

Análisis de la experiencia de prohibir el uso de tabaco en la Unidad de Agudos del Hospital de Jerez.

Smoking ban in the acute psychiatric unit of Jerez Hospital: analysis of the implementation process.

José M. Villagrán Moreno ^a, Francisco González Sáiz ^b, María José García del Río ^c, Emilia Fernández Nicolás ^d.

^aPsiquiatra. Coordinador de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz. Servicio Andaluz de Salud. España. ^bPsiquiatra. Coordinador de la Unidad de Salud Mental Comunitaria Sierra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz. Servicio Andaluz de Salud. España. ^cEnfermera Psiquiátrica. Coordinadora de Cuidados de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz. Servicio Andaluz de Salud. España. ^dResidente de Psiquiatría. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz. Servicio Andaluz de Salud. España.

Agradecimientos:

Equipo de la UHSM Jerez: Bermejo Frías D¹; Fernández Ferrero M¹; Alfaro Fuentes J¹; Requena Álvarez E²; Cerejido García MC³; Benítez Galván AM⁴; Bohórquez Díaz J⁵; Cintado Garrido G¹; Delgado Díaz I¹; Fernández Ramírez J¹; Fernández Rodríguez M¹; Galán Cordero JM¹; Galisteo García MC¹; García Romero J⁴; Guede Ocaña J⁴; Guerra Sanchez AM⁴; Guerrero Vida R⁴; Jiménez del Barco G¹; López García M⁴; Mestre Morales J⁴; Moreno Ortega O¹; Moreno Peña A1; Moreno Trujillano F¹; Navarro Ballesta E¹; Pascual Paño JM⁶; Pérez García M¹; Ramírez Atienza S¹; Ríos Aragón J⁶; Rocha Cendón F²; Rodríguez Gómez C⁶; Rodríguez Sanchez-Noriega AM¹; Román Ortiz M⁴; Sánchez Benítez M¹; Somoza Sánchez E¹.

¹Auxiliar de enfermería. ²Terapeuta ocupacional. ³Auxiliar administrativo. ⁴D.U.E. ⁵Celador. ⁶Psiquiatra. Facultativo especialista de área.

Correspondencia: José M. Villagrán (jmaria.villagran.sspa@juntadeandalucia.es)

Recibido: 01/03/2012; aceptado: 18/06/2012

RESUMEN: El uso del tabaco en la Unidades Psiquiátricas de Agudos ha sido, hasta hace bien poco, una anomalía generalizada en los establecimientos sanitarios. En el presente trabajo se describe la experiencia llevada a cabo en la Unidad Psiquiátrica de Agudos del Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz) para prohibir totalmente el uso del tabaco en sus instalaciones. Además, se analizan las distintas etapas del proceso que llevó a dicha prohibición, así como los obstáculos y las medidas tomadas para solventarlos. Finalmente, se aportan datos del coste de la medida y de los beneficios aportados.
PALABRAS CLAVE: Tabaquismo, Contaminación por Humo de Tabaco, Productos para Dejar de Fumar Tabaco, Hospitales Psiquiátricos.

ABSTRACT: Smoking in psychiatric inpatient units has been, until recently, a widespread anomaly among health settings. A total smoking ban was implemented in the Acute Psychiatric Unit at Jerez Hospital (Cadiz) and this experience is here described. Different stages of the implementation process, caveats and ways of sorting them out, are then described. Finally, cost and advantages are also presented.

KEY WORDS: Smoking, Tobacco Smoke Pollution, Tobacco Use Cessation Products, Hospitals, Psychiatric.

Introducción

La limitación del uso del tabaco en los centros sanitarios, incluidos los de Salud Mental, constituye desde hace unos años una de las líneas de actuación en la política sanitaria del mundo occidental. Numerosos países han desarrollado legislación a tal efecto que explícitamente prohíbe el consumo de tabaco en unidades de hospitalización psiquiátrica (1,2), con especial énfasis en las unidades de agudos. Sin embargo, en todos estos países han existido voces críticas que han argumentado contra la prohibición aduciendo que los pacientes psiquiátricos eran grandes fumadores por necesidad y que la retirada del consumo de tabaco al ingreso podría producir un aumento de la psicopatología (3-5), aparición de nuevos síntomas que podrían confundir el cuadro clínico previo (6), aumento de los niveles plasmáticos de psicofármacos con el consiguiente riesgo de toxicidad (7,8), altas voluntarias prematuras (9) y un deterioro del ambiente terapéutico del centro con un mayor riesgo de conductas agresivas hacia personal, sí mismos u otros pacientes (10-12). Otras objeciones han puesto el acento en la presunta violación de los derechos de los pacientes, en particular en aquellos ingresados involuntariamente (13,14) o incapaces de aceptar una terapia sustitutiva por el grado de afectación de su competencia para tomar decisiones clínicas (15), la escasa eficacia de la medida para erradicar el consumo ya que la gran mayoría de los pacientes vuelven a consumir tabaco inmediatamente tras el alta (1,2,16), o la dificultad para extrapolar o generalizar las experiencias exitosas de otros contextos (15).

Sin embargo, la tradicional permisividad hacia el consumo de tabaco en las unidades de salud mental, más que basada en datos científicos (presunto efecto beneficioso de la nicotina sobre los procesos cognitivos o los efectos secundarios de los pacientes fuertemente medicados), parece basarse en actitudes y creencias mantenidas por pacientes, familiares y personal asistencial entre las que destaca el papel desempeñado por el tabaco para controlar la ansiedad o excitación psicomotriz de los pacientes, el uso recreativo del mismo en ausencia de otras actividades o la evitación de alteraciones conductuales secundarias a abstinencia nicotínica en pacientes fuertemente dependientes (12). Los datos existentes apuntan a que, cuando se lleva a cabo adecuadamente la implantación de una prohibición total del consumo de tabaco en unidades de hospitalización psiquiátricas, ninguno de estos temores se cumple (17-22). Por otro lado, la limitación del derecho del paciente a fumar debe verse necesariamente limitada por el derecho de los pacientes y del personal no fumador a no verse afectados (23, 24). Además, resulta cuando menos incoherente que no se cuestione la prohibición de beber alcohol o consumir cannabis en los centros psiquiátricos y sí la de consumir tabaco.

En España, a pesar de que la ley 28/2005 de medidas sanitarias contra el tabaquismo establecía la prohibición total del uso del tabaco en centros sanitarios, la

ambigüedad de la misma en lo que respecta a la posibilidad de habilitar zonas de fumadores en “establecimientos penitenciarios y psiquiátricos” contribuyó a que dicho uso se permitiera *de facto* en la gran mayoría de unidades de psiquiatría de los hospitales generales, y eso a pesar de que existían pruebas contundentes de que precisamente los enfermos mentales (particularmente los pacientes psicóticos, esquizofrénicos, polimedcados) poseen un riesgo incrementado de problemas de salud relacionados con el consumo de tabaco, además de la incidencia negativa que dicho consumo tiene con sus regímenes terapéuticos (por ejemplo, la interferencia en el metabolismo de los antipsicóticos). La reciente ley 42/2010, que modifica la anterior, es más precisa y restringe expresamente el uso de tabaco en la unidades de agudos, si bien admite la excepción de que, en unidades de media y larga estancia, pudieran habilitarse espacios para fumadores. Esta excepción, por ejemplo, fue rechazada tras extenso debate en la Mental Health Act del 2006 en el Reino Unido y Gales. A pesar de que la promulgación de la ley 42/2010 impulsó durante el 2011 directrices en las distintas administraciones para su implementación (por ejemplo, en nuestra comunidad la Estrategia para Unidades de Salud Mental libres de humo), lo cierto es que ésta se ha llevado a cabo de forma desigual (25).

Se estima que más del 80% de los pacientes esquizofrénicos y un 65% de los pacientes afectivos son fumadores (26), mientras que lo son el 20-30% de la población general (27). Tres de cada cuatro pacientes psiquiátricos con trastorno mental grave que residen en establecimientos de salud mental u hogares supervisados lo son (28), y en la mayoría de los casos son grandes fumadores de 20 o más cigarrillos al día (29, 30), suponiendo esto hasta un 30% de su paga mensual (31). Esta hábito exacerba la ya existente exclusión social de la que son objeto (32). Más del 70% de los pacientes ingresados en las UHSM son fumadores (33). En unidades hospitalarias permisivas o con restricciones parciales, tras el ingreso los fumadores leves o moderados incrementan su consumo, mientras que los grandes fumadores lo disminuyen (33). Los pacientes psiquiátricos fumadores poseen un mayor porcentaje de mortalidad precoz secundaria a enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco (29) y hasta diez veces más probabilidades de muerte por enfermedades respiratorias que la población general (34).

Tradicionalmente, se han venido apuntando dos tipos de razones para explicar por qué los esquizofrénicos son grandes fumadores (35). Por un lado, la explicación *social*, que apunta a un mayor tiempo ocioso en estos pacientes que se rellena con el hábito tabáquico (36-40). Por otro, la explicación *farmacológica*, que relaciona el mayor consumo con las propiedades farmacodinámicas y farmacocinéticas de los fármacos antipsicóticos y cómo se ven afectadas por los componentes del tabaco (41): en cuanto a la *farmacodinámica*, la acción central de la nicotina sobre las neuronas dopaminérgicas pueden ayudar a contrarrestar los efectos de bloqueo dopaminérgico en receptores D2 postsinápticos, paliando el secundaris-

mo (sedación, extrapiramidalismo, depresión farmacogénica); en lo que respecta a la *farmacocinética*, la inducción enzimática sobre el citocromo P450 1A2, de los carbohidratos aromáticos policíclicos producidos por la combustión del cigarrillo acelera el metabolismo hepático de determinados antipsicóticos (haloperidol, clorpromazina, olanzapina, clozapina) minimizando el secundarismo por ellos producido. Una tercera explicación, sin embargo, ha tomado cuerpo en las últimas dos décadas: la denominada *hipótesis de la automedicación*, que apunta a que la nicotina tendría un efecto beneficioso sobre determinados síntomas de la esquizofrenia, en particular los síntomas cognitivos y, posiblemente, los negativos, lo que contribuiría a que el paciente esquizofrénico buscara en el consumo de tabaco cierto alivio para estos (37, 42-45). La mejoría cognitiva se basaría fundamentalmente en la acción de la nicotina para paliar los déficit relacionados con alteraciones de los genes que codifican los receptores nicotínicos $\alpha 7$ y $\alpha 4 \alpha 2$ (46), que a su vez se han relacionado con los déficits en el procesamiento sensorial temprano (onda P50, inhibición prepulso -PPI, movimientos oculares sacádicos y antisacádicos) presentes en la esquizofrenia (43, 47, 48) y con la mejoría en atención y memoria de trabajo (49, 50). A pesar de todo, es preciso resaltar que los efectos beneficiosos de la nicotina sobre los aspectos cognitivos del paciente esquizofrénico parecen deberse más al consumo agudo y que un consumo continuado o crónico, especialmente en jóvenes aún en proceso de maduración cerebral, revertiría dicho beneficio (51).

Debido a que rara vez las unidades hospitalarias poseen un diseño estructural con espacios abiertos para que el eventual consumo de tabaco no afecte a los pacientes y al personal no fumador, éstos están expuestos la mayoría de las veces al denominado humo de tabaco ambiental (HTA), un conocido factor cancerígeno (52). Se estima que un fumador pasivo tiene un 50-60% más de padecer enfermedad coronaria (53). Nueve de cada 10 trabajadores de unidades psiquiátricas no libres de humos están expuestos al HTA y esto es así incluso si hay espacios acotados para fumar (54).

Además de los evidentes efectos nocivos sobre la salud de los pacientes y el personal sanitario, la gestión de esta práctica dentro de la unidad (control y administración de cigarrillos, supervisión de encendedores, vigilancia de lugares acotados) ha supuesto tradicionalmente una importante carga de trabajo y una fuente de conflictos entre pacientes y personal de enfermería. En aquellas unidades en donde se han implantado políticas de prohibición completa, esta carga se ha visto aliviada pudiendo dedicarse más tiempo y esfuerzo a construir una relación empática con los pacientes sin el recurso al objeto relacional del cigarrillo (55, 56) por no hablar de la reducción en el riesgo de incendios accidentales o provocados o en gastos de limpieza (57).

Las políticas de prohibición total del consumo de tabaco en las unidades psiquiátricas hospitalarias han tenido una desigual aplicación en EEUU, Australia o

Europa. En EEUU, casi todos los hospitales psiquiátricos las han aplicado (58) aunque con un peor cumplimiento a mayor número de camas (59). En Australia, 1 de cada 3 unidades psiquiátricas de agudos de Nueva Gales del Sur tienen prohibición total; únicamente en 2 de cada 3 enfermería se implica en implementarla, mientras que en 7 de cada 10 no evalúan el grado de dependencia (60). En Europa, hasta mediados de la década pasada, la mayoría de países si acaso aplicaban una prohibición parcial (61), si bien en los últimos años países como Italia o Reino Unido han llevado a cabo políticas más agresivas. Por ejemplo, en el Reino Unido, desde la promulgación de la Mental Health Act de 2006 y la finalización de los plazos permitidos hasta finales de 2007, prácticamente todas las unidades están libres de humos, si bien en uno de cada dos unidades de agudos se permiten excepciones y en 2 de cada 3 existen infracciones frecuentes (62).

A día de hoy, numerosas experiencias positivas de prohibición total del uso de tabaco en las unidades de agudos de hospitales generales han sido publicadas, tanto fuera (1, 2, 63, 64) como dentro de España, por ejemplo, en Asturias (22, 65) y Valencia (66). A pesar del posible sesgo de publicación hacia la experiencias exitosas (3), en algunos casos se detectaron incidencias, generalmente mínimas (por ejemplo, un ligero aumento de la medicación opcional para agitación o ansiedad – (17, 18, 20), que no pusieron en riesgo la realización de las mismas. En aquellos casos en los que la experiencia fracasó o generó problemas más importantes (3), los motivos fundamentales fueron la falta de planificación y de preparación de personal y pacientes, la falta de entrenamiento del personal en el manejo de posibles situaciones difíciles, permisividad hacia las transgresiones y excepciones a la prohibición, ausencia de alternativas ocupacionales al uso del tabaco y la escasa implicación del personal en la implementación de la política prohibitiva (67). A pesar que en ciertos contextos se ha preferido una prohibición parcial (por ejemplo, Suiza – (33, 68-70), la mayoría de los autores concuerdan que la prohibición total es menos conflictiva y más eficaz si se realiza de forma planificada (23, 62, 71, 72).

Por otra parte, aunque la hospitalización de pacientes psiquiátricos en unidades libres de humo favorece la aparición del deseo de dejar el hábito en un buen número de casos (73), esto no suele ser efectivo si no se diseña una serie de estrategias encaminadas a la deshabituación durante y después del ingreso (9,16, 74-77). A este respecto, el uso de antipsicóticos atípicos junto a terapia sustitutiva con nicotina en forma de parches y/o chicles (78, 79) (sin embargo, Alpert et al (80), difieren), junto a bupropion (81, 82), y un programas por etapas de acuerdo a la gravedad de la dependencia (83) que incluya elementos de apoyo, asesoramiento y modificación cognitivo-conductual (74, 84) parecen ser lo más eficaz (85, 86). Uno de los aspectos fundamentales en cualquier intento de aplicación de una política de unidades psiquiátricas libres de humo es la implicación del personal sanitario (87-90). En un principio, el personal que trabaja en unidades psiquiátricas suele

oponerse a la implantación de una política prohibitiva del uso del tabaco en un porcentaje tres veces mayor que el de otras plantas (89), especialmente si son ellos mismos fumadores (91, 92). Es por ello por lo que una adecuada implantación de esta política debe contemplar estrategias de formación y apoyo al personal sanitario para facilitar un cambio de actitudes (1, 54, 62, 72, 89, 92), cambio que, en cierta medida, suele producirse una vez implantada (93, 94).

En resumen, no hay razones de peso para que las unidades psiquiátricas de agudos no estén libres de humos (95), si bien la implantación de la medida debe realizarse de forma planificada, que minimice los riesgos para pacientes y personal (9), que respete los derechos de los pacientes, especialmente aquellos internados contra su voluntad, a que se les ofrezca una terapia sustitutiva durante el ingreso (15), y que favorezca la continuación de la abstinencia mediante estrategias de deshabituación al alta (83).

Descripción de la experiencia de implantación en la UHSM del Hospital de Jerez

La Unidad Hospitalaria de Salud Mental del Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz) (UHSM Jerez) es un dispositivo de 28 camas para internamientos de pacientes en fase aguda de su trastorno, que forma parte, junto a otros dispositivos comunitarios, de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC-SM) del mismo hospital, en el seno del Servicio Andaluz de Salud. La UGC-SM atiende a unos 400 mil habitantes y la UHSM es la única unidad de agudos para esta población. Se trata de una unidad cerrada que, en los últimos 5 años, ha tenido una media de ingresos de 435, con un índice de ocupación medio de 77% y una estancia media de 18 días. De los ingresos, alrededor de un 60% son voluntarios y aproximadamente un 40% involuntarios urgentes de los que menos del 1% tienen autorización judicial previa. Es de destacar que nuestra unidad fomenta el acompañamiento familiar de los pacientes ingresados desde 2003, por lo que uno de cada 3 ingresos está acompañado fuera de los horarios de visita. En el momento de implantar la política de “unidad libre de humo” (PULH), no teníamos conocimientos de que una política similar se estuviera aplicando en alguna otra unidad similar de Andalucía.

Para la implantación nos fijamos una serie de etapas:

1. Planteamiento de la estrategia en el seno de la UGC-SM.

En el último trimestre de 2009 se llevaron a cabo una serie de reuniones de equipo dentro de la UHSM para evaluar la evidencia disponible de experiencias

similares, establecer los objetivos, analizar pros y contras y estimar una posible fecha de implantación. En un primer momento, la mayoría de los miembros del equipo se mostraron partidarios de la PULH, si bien expresaban sus dudas a que el contexto terapéutico del dispositivo se viera alterado. Algunos plantearon una prohibición parcial pero, finalmente, se decidió aplicarla de forma completa. El acuerdo era total en que la PULH debía implantarse tras una cuidadosa planificación y debía incluir algún tipo de terapia sustitutiva para paliar en los pacientes los efectos de la abstinencia. Se decidió como fecha de implantación en 1 de Febrero de 2010 (para evitar las fiestas navideñas y la probable ausencia de parte del personal). Acto seguido se informó, en el seno de las reuniones de la comisión de dirección de la UGC-SM, del objetivo acordado, siendo refrendado por ésta.

2. *Contactos institucionales.*

El siguiente paso, fundamental para el éxito de nuestra empresa (al menos tal y como la concebimos originariamente), fue informar a la dirección del hospital y a las comisiones relevantes de nuestra intención de aplicar la PULH. En primer lugar se informó al servicio de medicina preventiva y a la comisión del PITA (Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía) del hospital quienes apoyaron el plan. Acto seguido, los jefes de la UGC-SM y la UHSM se reunieron con los directores gerente y médico del hospital para plantearles el plan diseñado y, dado que se contemplaba como elemento central la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) proporcionada a los pacientes que lo quisieran como una medicación más durante su ingreso, el posible coste de éste. La estimación de costes se realizó para 500 ingresos anuales con una estancia media de 20 días, de los cuales un 70% serían fumadores y, por lo tanto, la cobertura de la TSN sería para unas 7000 estancias. Se utilizó como precio aproximativo el previo de venta al público (PVP) de los productos de TSN comercializados que se eligieron: parches transdérmicos (de 21 y 14 mgr) y chicles (de 2 y 4 mg). Se expusieron varias estimaciones, siempre teniendo en cuenta una cobertura de todas las estancias (estimación de *máximos*): mediante parches (unos 20.000 euros anuales) o chicles (70% de 2 mgr y 30% de 4 mgr, unos 15.500 euros) para las hipotéticas condiciones arriba señaladas y para las reales del año anterior, 2008 (468 ingresos con estancia media de 17,8 días, 17.000 y 13.000 euros, respectivamente). Tras consultar con el servicio de farmacia, se consideró que las estimaciones podían establecerse en cifras considerablemente menores, entre otras cosas porque el precio de la TSN para el hospital sería mucho menor que el PVP. No obstante, la dirección dio luz verde a la propuesta, aunque apuntó que el gasto generado se sumaría al gasto de farmacia interna de la UHSM (cuyo control era, como siempre, objetivo ligado a incentivos del personal de la UGC-SM).

3. Etapa informativa.

Inmediatamente, se elaboró una estrategia informativa consistente en: a) Información a todos los profesionales de la UGC-SM de la inminente implantación de la PULH para que, a su vez, pudieran ir informando sus pacientes y familiares de la misma; b) Inicio de una política de información mediante escritos, paneles y comunicaciones orales a pacientes ingresados (y a sus familiares) en los meses previos a la fecha de inicio de la PULH. A este respecto, se remitió a las asociaciones de pacientes y familiares de la zona, así como a los hogares residenciales dependientes de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), una carta del jefe de la UHSM en donde se exponían brevemente los motivos de la medida y la futura fecha de implantación; c) Elaboración, con la ayuda del servicio de farmacia hospitalaria, de dípticos informativos sobre la deshabitación tabáquica y los recursos asistenciales disponibles en la comunidad, con el fin de incluirlos en la documentación entregada a cada paciente al alta.

4. Diseño del protocolo de valoración de dependencia tabáquica y de terapia sustitutiva (protocolo Tabaco).

Al mismo tiempo que la política informativa se llevaba a cabo, desde la UHSM se elaboró el protocolo TABACO, una serie de actividades asistenciales dirigidas al paciente dependiente de tabaco que ingresa en la UHSM y que incluye desde la evaluación del grado de consumo, dependencia y motivación al cambio (96, 97), hasta las pautas de TSN (parches y chicles) acordes con el nivel de consumo previo al ingreso y de acuerdo a las guías clínicas más conocidas (98-101), así como los registros correspondientes de la TSN administrada, incidentes reseñables, información impresa al alta, etc.

5. Formación al personal de la UHSM Jerez sobre manejo de contingencias.

Una de las principales preocupaciones del equipo de la UHSM, antes de la puesta en marcha de la prohibición, fue la de tratar de analizar las resistencias, los temores y las necesidades de formación del personal. Para ello, se llevaron a cabo una serie de reuniones en donde se expusieron las posibles situaciones problemáticas que pudieran darse y el adecuado manejo de las mismas, además de informar sobre aspectos de la dependencia tabáquica, la TSN y los recursos de deshabitación al alta. Así mismo, se estableció que, tras la implantación de la PULH, se dedicara un espacio para tratar posibles contingencias en la reunión mensual del equipo de la UHSM.

6. *Potenciación de actividades ocupacionales.*

Con el fin de evitar el *craving* por el tabaco motivado por su papel relacional y de uso de tiempo libre, se contempló la posibilidad de aumentar la oferta ocupacional y de actividades de *milieu* de la planta. En la cartera de servicios de la UHSM Jerez ya se incluían actividades de relajación, psicoestimulación, psicomotricidad, así como taller ocupacional y de uso del tiempo libre, bajo la supervisión de la terapeuta ocupacional. A raíz de la implantación de la PULH se amplió la oferta por las tardes y durante los fines de semana y se completó con un programa individualizado a las necesidades de los pacientes de actividades de ejercicio físico en bicicletas estática y elíptica.

7. *Diseño del estudio de investigación e indicadores de resultado.*

Finalmente, en la última etapa, se diseñó un cuadro de indicadores de resultados de la implantación de la PULH que incluían distintos registros (de incidencias relacionadas con la prohibición de fumar, de uso de TSN, del gasto generado, de uso de contención mecánica, avisos a personal de seguridad, uso de medicación opcional o *prn* (*pro re nata*), altas voluntarias prematuras, participación en actividades de *milieu*, vinculación a programas de deshabituación al alta), así como evaluación del grado de satisfacción del personal y de usuarios (familiares y pacientes). Así mismo, la adaptación del cuestionario de actitudes de Bloor et al (91) a nuestro medio, permitió, junto a las variables arriba descritas, elaborar un diseño de investigación pre/post para evaluar los efectos de la implantación de la PULH en el funcionamiento del servicio y en las actitudes de los profesionales.

Análisis de la experiencia al cabo de 1 año.

El 1 de febrero de 2010 se implantó la prohibición total de fumar en el recinto de la UHSM Jerez, incluido en la zona de patio, al aire libre. Al cabo de 1 año, se realizó una primera evaluación, cuyos resultados se exponen a continuación.

Incidencias relacionadas con el tabaco.

Desde el 1 de Febrero de 2010 hasta el 31 de Enero de 2011 no se registró ningún incidente de importancia relacionado con la prohibición de fumar. No hubo, por tanto, episodios de agresividad hacia el personal y de agitación que pudieran imputarse a esta, en contra de lo esperado.

En 3 ocasiones, en los primeros 3 meses tras la implantación, un grupo de pacientes más o menos numeroso (en una ocasión 7, en las otras, 2) pidieron hablar con el jefe de la unidad para entregarle un escrito firmado por ellos en el que pedían que se permitiera fumar en el patio. En las 3 ocasiones, el responsable de la unidad se entrevistó con ellos explicándoles, nuevamente, los motivos de la prohibición y la posibilidad de que recurrieran a la TSN si experimentaban síntomas de malestar o abstinencia.

En ocasiones puntuales, algún paciente fue encontrado fumando en el patio o en el baño de su habitación, pero rápidamente se detectó y se le conminó a que lo dejara, cosa que hizo sin problemas.

Es de destacar que el personal fumador de la unidad cumplió a rajatabla con la prohibición, saliendo del recinto del hospital cuando precisaba fumar. Previamente a la implantación de la PULH, cuando los pacientes podían fumar en un espacio determinado (sala prepatio y patio), el personal fumador solía frecuentemente transgredir las limitaciones.

Uso de la terapia sustitutiva de nicotina (TSN).

Durante el primer año de implantación de la PULH se contabilizaron 381 ingresos que dieron cuenta de 6750 estancias. La estancia media fue aproximadamente de 18,5 días. De estos ingresos, 175 fueron de personas fumadoras (el 45,9%), lejos del 70% recogido en la literatura y que fundamentó nuestra previsión inicial. A todos los pacientes fumadores se les ofreció y pautó terapia sustitutiva con nicotina (TSN), ya sea en forma de chicles (2 y 4 mgr) o de parches (14 y 21 mgr), de acuerdo al protocolo de la UHSM. El porcentaje de ingresos a los que se pautó una u otra modalidad de TSN queda reflejado en la Tabla 1, siendo los chicles de 4 mgr los más utilizados (en un 44% de los ingresos con TSN). Nótese que la suma de los porcentajes es mayor del 100% ya que en un 8% de los ingresos (14) se pautó más de una modalidad de TSN de forma sincrónica o diacrónica a lo largo de los mismos. Lo que resulta llamativo es que de todas las modalidades de TSN pautadas, únicamente en alrededor de un 20-40% de los casos llegaban a ser administradas ya que el paciente no las demandaba o, directamente, las rehusaba (Tabla 1).

Con consecuencia de esto, el coste imputado por el servicio de farmacia de nuestro hospital por la TSN en el primer año de implantación de la PULH fue de unos 2000 euros, sensiblemente menor del máximo previsto (¡unas 10 veces menos!).

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 1.
Uso de la Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) durante los 12 meses posteriores a la implantación de la PULH.

Ingresos (de 1/2/10 a 31/1/11)	381		
Estancias	6750		
Ingresos de Fumadores	175 (45,9%)		
Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)			
	<i>Ingresos con TSN</i>	<i>Unidades pautadas</i>	<i>Unidades administradas</i>
Chicles 2 mgr	59 (33,7%)	5.729	1.115 (19,46%)
Chicles 4 mgr	77 (44%)	10.015	2.767 (27,6%)
Parches 14 mgr	22 (12,6%)	187	67 (35,8%)
Parches 21 mgr	31 (17,7%)	324	121 (37,3%)
Gasto imputado por farmacia de TSN (1/2/10 a 31/1/11)	2.019,56 euros		

Uso de contención mecánica.

La disminución de la aplicación de medidas de contención mecánica ha sido uno de los objetivos de nuestra UHSM desde mediados de los 90. Desde entonces, año tras año se han conseguido los objetivos de disminución contemplados en los acuerdos de gestión y ligados a incentivos. Una de las preocupaciones del personal al implantar la PULH era que podría incluir en un mayor recurso a la aplicación de esta medida. Sin embargo, la comparación de los 12 meses previos y posteriores a dicha implantación mostró escasa variación en los índices de contención y, aunque en los 3 primeros meses pareciera que se recurría más a la medida, a los 6 meses los índices ya se habían igualado y, en algunos casos, incluso mejoraron, mejoría que se mantuvo hasta los 12 meses (por ejemplo, el índice de prescripción de la medida o la duración media por ingreso con contención) (ver Tabla 2).

Intervención del personal de seguridad.

Otra de las medidas indirectas de que la implantación de la PULH no fue problemática es el *número de ocasiones en que se solicitó la presencia del personal de seguridad del hospital*. En el Hospital de Jerez la seguridad corre a cargo de una empresa privada que desde hace años presta su servicio en el recinto hospitalario. En todo este tiempo, la colaboración con la UHSM ha sido fluida y de acuerdo a un protocolo según el cual, ante una situación de riesgo en la planta, el personal de

Tabla 2.
Contención mecánica (CM) en la UHSM Jerez a los 3, 6 y 12 meses antes y después de la implantación de la prohibición de fumar.

<i>3 meses</i>	Antes (de 1/11/09 a 31/1/10) 92 días	Después (de 1/2/10 a 30/4/10) 89 días
Ingresos	95	111
Ingresos con CM	7	17
% Ingresos con CM	7,3	15,3
Horas totales de CM	40	146
Episodios de CM	12	33
Duración media de CM por episodio (h)	3,3	4,4
Duración media de CM por ingreso con CM (h)	5,7	8,5
Índice de prescripción de CM (nº episodios x 1000/nº ingresos/nº días)	1,37	3,3

<i>6 meses</i>	Antes (de 1/8/09 a 31/1/10) 184 días	Después (de 1/2/10 a 31/7/10) 183 días
Ingresos	212	200
Ingresos con CM	20	25
% Ingresos con CM	9,4	12,5
Horas totales de CM	217	215
Episodios de CM	52	50
Duración media de CM por episodio (h)	4,17	4,3
Duración media de CM por ingreso con CM (h)	10,85	8,6
Índice de prescripción de CM (nº episodios x 1000/nº ingresos/nº días)	1,33	1,36

<i>12 meses</i>	Antes (de 1/2/09 a 31/1/10) 365 días	Después (de 1/2/10 a 31/1/11) 365 días
Ingresos	449	381
Ingresos con CM	51	45
% Ingresos con CM	11,3	11,8
Horas totales de CM	458	389
Episodios de CM	112	88
Duración media de CM por episodio (h)	4,1	4,4
Duración media de CM por ingreso con CM (h)	8,9	8,6
Índice de prescripción de CM (nº episodios x 1000/nº ingresos/nº días)	0,68	0,63

ORIGINALES Y REVISIONES

seguridad acude inmediatamente para servir de apoyo al personal sanitario. Este protocolo incluye un pequeño registro de las ocasiones en que se solicita la ayuda (hora, motivo, actuación, etc). Aunque los motivos por los que se requiere la participación del personal de seguridad pueden ser muy variados (desde una presencia preventiva ante la posibilidad de un *acting* violento en un paciente hasta la directa colaboración en la reducción de una crisis de gran agitación), el número global de solicitudes durante un determinado periodo de tiempo puede ser considerado, al igual que las horas de contención mecánica, un índice indirecto de la naturaleza del ambiente terapéutico. La comparación entre el número de solicitudes de ayuda en los 11 meses previos y posteriores a la implantación de la medida muestra como no sólo no aumentaron sino que, incluso, disminuyeron (de 310 a 278, ver Tabla 3).

Altas en menos de 48 horas.

Una posible consecuencia de la implantación de la PULH podría ser el aumento de ingresos breves con altas prematuras contra el criterio médico. En nuestra UHSM, el porcentaje de ingresos de menos de 48 horas es pequeño (entre un 3 y un 5%) pero podría pensarse que aumentaría tras la implantación de la medida. Sin embargo la realidad no fue así. Comparando el número de ingresos de menos de 48 horas en los 12 meses previos y posteriores a la implantación de la PULH, se pro-

Tabla 3.

Solicitud de ayuda al personal de seguridad y altas en menos de 48 horas del ingreso a los 3, 6 y 12 meses antes y después de la implantación de la prohibición de fumar.

		Antes (de 1/2/09 a 31/1/10) 365 días	Después (de 1/2/10 a 31/1/11) 365 días
<i>3 meses</i>	Solicitud de ayuda a personal de seguridad	96	88
	Altas en menos de 48 horas	3	3

		Antes (de 1/8/09 a 31/1/10) 184 días	Después (de 1/2/10 a 31/7/10) 183 días
<i>6 meses</i>	Solicitud de ayuda a personal de seguridad	177	146
	Altas en menos de 48 horas	9	6

		Antes (de 1/11/09 a 31/1/10) 92 días	Después (de 1/2/10 a 30/4/10) 89 días
<i>12 meses</i>	Solicitud de ayuda a personal de seguridad	310	278
	Altas en menos de 48 horas	16	14

dujo una mínima variación. Así, mientras que en los 6 meses previos el porcentaje de estos ingresos fue del 4,24% (9 de 212 ingresos), en los 6 meses posteriores fue del 3% (6 de 200). La comparación de los 12 meses previos y posteriores arrojó unas cifras muy parecidas: 3,56% (16 de 449) y 3,67% (14 de 381) (ver Tabla 3).

Participación en actividades de milieu.

Durante 2009, el porcentaje de participación en las actividades de *milieu* diurnas de lunes a viernes de la UHSM Jerez fue del 71,64% de los pacientes ingresados a los que se les ofertaron. En 2010, tras la implantación de la PULH, el porcentaje de participación ascendió hasta el 75%. Junto a esto, la ampliación de la oferta a tardes y fines de semanas durante el 2010 arrojó un porcentaje de participación del 69,25%.

Modificación de actitudes del personal.

La administración de un cuestionario de actitudes hacia la implantación de la medida antes y al cabo de un año de llevarse a cabo mostró cambios interesantes en el personal, en el sentido de opiniones y actitudes más favorables a la PULH. Si antes de la implantación el personal fumador era más propenso que el no fumador a considerar injusta para los pacientes la prohibición, y el personal de enfermería sopesaba más que el facultativo los problemas de manejo que ésta pudiera acarrear, estas diferencias desaparecían al cabo del año (ver Tablas 4 y 5). Las características del cuestionario (Anexo 1), basado en el utilizado por Bloor et al (91), y los resultados de su aplicación se recogen en otro artículo (102).

Conclusiones

A lo largo del presente artículo se han justificado los beneficios de la implantación de una política libre de humos en las unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos y se ha descrito la experiencia de la unidad del Hospital de Jerez, aportando algunos criterios de evaluación de dicha experiencia. En el momento actual, esta política parece haberse ya extendido por toda Andalucía y en gran parte del territorio español, lo que contrasta con la escasez de publicaciones al respecto. Al cabo de dos años de la implantación de la PULH en nuestro medio la conclusión más destacada es que se trata de una medida que, adecuadamente planificada y teniendo en cuenta los riesgos de personal y paciente y los derechos de éstos a recibir alguna terapia sustitutiva, es factible, menos costosa de lo que se pensaba, no genera alteraciones reseñables del contexto terapéutico y produce una evidente satisfacción entre personal y usuarios, promoviendo en estos un manifiesto cambio de actitudes hacia la misma.

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 4.

Diferencias basales en la puntuación del cuestionario de actitudes entre personal fumador y no fumador y entre personal facultativo y no facultativo.

Ítems	"FUMA"			"CATEG-PRO"		
	Fumador N=8	No fumador N=17	Sig. *	"MedicalStaff" N=3	"NonMedicalStaff" N=22	Sig.*
S1	3.62	3.41		4.33	3.36	
S2	1.75	2.47		2.33	2.22	
S3	3.75	4.00		4.33	3.86	
S4	1.75	2.29		3.00	2.00	
S5	1.00	1.35		1.33	1.22	
S6	3.62	4.29		4.66	4.00	
S7	1.75	1.35		1.00	1.54	
S8	3.37	4.00		5.00	3.63	
S9	2.75	2.94		3.00	2.86	
S10	2.50	3.41		3.33	3.09	
S11	2.50	2.11		1.33	2.36	
S12	1.00	1.35		1.00	1.27	
S13	1.00	1.11		1.00	1.09	
S14	2.12	3.58	*	4.00	3.00	
S15	3.25	4.35		4.33	3.95	
S16	1.87	2.05		1.33	2.09	
S17	2.75	2.17		2.33	2.36	
S18	1.75	1.47		1.00	1.63	
S19	1.00	1.23		1.33	1.22	
S20	1.25	1.23		1.33	1.22	
S21	1.37	1.70		2.06	1.54	
S22	1.37	2.17		3.66	1.68	*

(* estadísticamente significativa $p < .05$)

Tabla 5.
Diferencias entre puntuación basal y al cabo de un año en el cuestionario de actitudes administrado al personal de la UHSM Jerez.

Ítems	Puntuación basal	Puntuación al año	Sig.*
S1	3.48	3.23	
S2	2.24	1.69	
S3	3.92	4.57	*
S4	2.12	2.92	*
S5	1.24	1.57	
S6	4.08	4.19	
S7	1.48	1.76	
S8	3.80	4.46	
S9	2.88	2.42	
S10	3.12	3.38	
S11	2.24	2.11	
S12	1.24	1.19	
S13	1.08	1.34	
S14	3.12	4.53	**
S15	4.00	2.38	***
S16	2.00	1.50	*
S17	2.36	2.80	
S18	1.56	1.15	
S19	1.00	1.19	
S20	1.24	1.42	
S21	1.60	1.80	
S22	1.92	3.26	**

(* estadísticamente significativa $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$)

ORIGINALES Y REVISIONES

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Lawn S, Pols R. Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39:866-885.
- (2) el-Guebaly N, Cathcart J, Currie S, Brown D, Gloster S. Public health and therapeutic aspects of smoking bans in mental health and addiction settings. *Psychiat Serv* 2002; 53:1617-1622.
- (3) Greeman M, McClellan T. Negative effects of a smoking ban on an inpatient psychiatric service. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42:408-441.
- (4) Mester R, Toren P, Ben-Moshe Y, Weizman A. Survey of smoking habits and attitudes of patients and staff in psychiatric hospitals. *Psychopathology* 1993; 26(2):69-75.
- (5) Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet* 2001; 357(9272):1929-1932.
- (6) Dalak G, Meador-Woodruff J. Smoking withdrawal, and schizophrenia: case reports and a review of the literature. *Schizophr Res* 1996; 22:133-141.
- (7) Hughes JR. Possible effects of smoke-free inpatient units on psychiatric diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry* 1993; 54:109-114.
- (8) Cormac I, Brown A, Creasey A, Ferriter M, Huckstep B. A retrospective evaluation of the impact of total smoking cessation on psychiatric inpatients taking clozapine. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 1-5 DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01482.x
- (9) Prochaska JJ, Gill P, Hall S. Treatment of tobacco use in an inpatient psychiatric setting. *Psychiat Serv* 2004; 55:1265-1270.
- (10) Erwin S, Biordi D. A smoke-free environment: Psychiatric nurses respond. *J Psychosoc Nursing* 1991; 29:12-18.
- (11) Beemer BR. Hospital psychiatric units: Nonsmoking policies. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1993; 31:12-14.
- (12) Lawn S. Cigarette smoking in psychiatric settings: occupational health, safety, welfare and legal concerns. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39(10):886-891.
- (13) Julyan TE. Exempting mental health units from smoke-free laws. Nicotine can have beneficial effects (letter). *BMJ* 2006; 333, 9: 551.
- (14) Williams A. Smoke-free mental health units. *Br J Psychiatry* 2007; 190:449-450.
- (15) Arnone D, Simmons LJ. Smoke-free mental health units. *Br J Psychiatry* 2007; 190:449.
- (16) Prochaska JJ, Fletcher L, Hall SE, Hall SM. Return to smoking following a smoke-free psychiatric hospitalization. *Am J Addict* 2006; 15:15-22.
- (17) Thorward SR, Birnbaum. Effects of a smoking ban on a general hospital psychiatric unit. *Gen Hosp Psychiatry* 1989;11:63-67.
- (18) Ryabik BM, Lippmann SB, Mount R. Implementation of a smoking ban on a locked psychiatric unit. *Gen Hosp Psychiatry* 1994;16:200-204.
- (19) Patten CA, Martin JE, Owen N. Can psychiatric and chemical dependency treatment units be smoke free? *J Subst Abuse Treat* 1996;13, 2:107-118.
- (20) Velasco J, Eells TD, Anderson R, Head M, Ryabik B, Mount R, Lippmann S. A two-year follow-up on the effects of smoking ban in an inpatient psychiatric service. *Psychiat Serv* 1996;47:869-871.
- (21) Smith CM, Pristach CA, Cartagena M. Obligatory cessation of smoking by psychiatric inpatients. *Psychiat Serv* 1999;50:91-94.

(22) Iglesias C, López G, Alonso MJ. Efectos de la prohibición de fumar en una unidad de hospitalización psiquiátrica. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36:60-62.

(23) Campion J, McNeill A, Checinski K. Exempting mental health units from smoke-free laws. *BMJ* 2006;333:407-408.

(24) R(G) v Nottinghamshire Health Care NHS Trust, 2008 EWHC 1096 (Admin). http://www.mentalhealthlaw.co.uk/R_%28G%29_v_Nottinghamshire_Healthcare_NHS_Trust_%282008%29_EWHC_1096_%28Admin%29

(25) Ballbè M, Nieva G, Mondon S, Pinet C, Bruguera E, Saltó E, Fernández E, Gual A, the Smoking and Mental Health Group. Smoke-free policies in psychiatric services: identification of unmet needs. *Tob Control* 2011; doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050029.

(26) De Leon J, Diaz FJ, Rogers T, Browne D, Dinsmore L. Initiation of daily smoking and nicotine dependence in schizophrenia and mood disorders. *Schizophr Res* 2002; 56(1-2):47-54.

(27) Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, Breslau N, Brown RA, George TP, Williams J, Calhoun PS, Riley WT. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res* 2008; 10:1691-1715.

(28) Meltzer H, Gill B, Hinds K, Petticrew M. Economic activity and social functioning of residents with psychiatric disorders. OPCS surveys of psychiatric morbidity in Great Britain. Report No. 6. London: Stationery Office, 1996.

(29) McNeill A. Smoking and patients with mental health problems. London: Health Development Agency, 2004.

(30) De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005; 76:135-157.

(31) Steinberg ML, Williams JM, Ziedonis DM. Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. *Tob Control* 2004; 13:206-208.

(32) Office of the Deputy Prime Minister. Mental health and social exclusion: social exclusion unit report. London: ODPM, 2004.

(33) Keizer I, Eytan A. Variations in smoking during hospitalization in psychiatric in-patient units and smoking prevalence in patients and health-care staff. *Int J Soc Psychiatry* 2005; 51:317-328.

(34) Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, Lehtinen V. Mental disorders and cause-specific mortality. *Br J Psychiatry* 2001;179:498-502.

(35) Winterer G. Why do patients with schizophrenia smoke? *Curr Opin Psychiatry* 2010; 23: DOI:10.1097/YCO.0b013e3283366643

(36) Maiuro RD, Michael MC, Vitaliano PP, Chiles JA, Davis PM. Patient reactions to a no smoking policy in a community mental health center. *Community Ment Health J* 1989; 25:71-77.

(37) Ziedonis DM, Kosten TR, Glazer WM, Frances RJ. Nicotine dependence and schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:204-206.

(38) Lawn SJ. Systemic barriers to quitting smoking among institutionalised public mental health service populations: a comparison of two Australian sites. *Int J Soc Psychiatry* 2004; 50: 204-215.

(39) Brown C. Tobacco and Mental Health: A Literature Review. Action on Smoking and Health, Edinburgh 2004.

<http://www.ashscotland.org.uk/ash/files/tobacco%20and%20mental%20health.pdf>

(40) Roick C, Fritz-Wieacker A, Matschinger H, Heider D, Schindler J, Riedel-Heller S, Angermeyer MC. Health habits of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:268-276.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (41) Kroon LA. Drug interactions with smoking. *Am J Health Syst Pharm* 2007; 64:1917–1921.
- (42) Hughes JR. Treatment of smoking cessation in smokers with past alcohol/drug problems. *J Subst Abuse Treat* 1993; 10:181–187.
- (43) Adler LE, Hoffer LD, Wisner A, Freedman R. Normalization of auditory physiology by cigarette smoking in schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1856–1861
- (44) Smith RC, Infante M, Ali A, Nigam S, Kotsaftis A. Effects of cigarette smoking on psychopathology scores in patients with schizophrenia: an experimental study. *Subst Abuse* 2001; 22:175–186.
- (45) Patkar AA, Gopalakrishnan R, Lundy A, Leone FT, Certa KM, Weinstein SP. Relationship between tobacco smoking and positive and negative symptoms in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190:604–610.
- (46) Ochoa ELM, Lasalde-Dominicci J. Cognitive deficits in schizophrenia: focus on neuronal nicotinic acetylcholine receptors and smoking. *Cell Mol Neurobiol* 2007; 27:609–639.
- (47) George TP, Termine A, Sacco KA, Allen TM, Reutenauer E, Vessicchio JC, Duncan EJ. A preliminary study of the effects of cigarette smoking on prepulse inhibition in schizophrenia: involvement of nicotinic receptor mechanisms. *Schizophr Res* 2006; 87:307–315.
- (48) Tanabe J, Tregellas JR, Martin LF, Freedman R. Effects of nicotine on hippocampal and cingulate activity during smooth pursuit eye movement in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2006; 59:754–761.
- (49) Rezvani AH, Levin ED. Cognitive effects of nicotine. *Biol Psychiatry* 2001; 49:258–267.
- (50) Sacco KA, Termine A, Seyal A, Dudas MM, Vessicchio JC, Krishnan-Sarin S, Jatlow PI, Wexler BE, George TP. Effects of cigarette smoking on spatial working memory and attentional deficits in schizophrenia. Involvement of nicotinic receptor mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:649–659.
- (51) Ferrea S, Winterer G. Neuroprotective and neurotoxic effects of nicotine. *Pharmacopsychiatry* 2009; 42:255–265.
- (52) Boffetta P, Agudo A, Ahrens W, Benhamou E, Benhamou S, Darby SC, Ferro G, Fortes C, Gonzalez CA, Jöckel KH, Krauss M, Kreienbrock L, Kreuzer M, Mendes A, Merletti F, Nyberg F, Pershagen G, Pohlmann H, Riboli E, Schmid G, Simonato L, Trédaniel J, Whitley E, Wichmann HE, Winck C, Zambon P, Saracci R. Multicenter case–control study of exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer in Europe. *J. Natl. Cancer Inst.* 1998; 90:1440–1450.
- (53) Whincup PH, Gilg JA, Emberson JR, Jarvis MJ, Feyerabend C, Bryant A, Walker M, Cook DG. Passive smoking and risk of coronary heart disease and stroke: a prospective study with cotinine measurement. *BMJ* 2004; 329:200–5.
- (54) Willemsen MC, Görts CA, Van Soelen P, Jonkers R, Hilberink SR. Exposure to environmental tobacco smoke (ETS) and determinants of support for complete smoking bans in psychiatric settings. *Tob Control* 2004; 13:180–185.
- (55) Ziedonis DM, Williams JM. Management of smoking in people with psychiatric disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16:305–15.
- (56) Lawn S, Pols RG. Nicotine withdrawal: pathway to aggression and assault in the locked psychiatric ward. *Australas Psychiatry* 2003; 11:199–203.
- (57) McKee M, Gilmore A, Novotny TE. Smoke free hospitals. *BMJ* 2003; 326:941–942.
- (58) Longo DR, Brownson RC, Kruse RL. Smoking bans in US hospitals. Results of a national survey. *JAMA* 1995; 274(6):488–491.
- (59) Joseph AM, Knapp JM, Nichol KL, Pirie PL. Determinants of compliance with a national smoke-free hospital standard. *JAMA* 1995; 274(6):491–494.

(60) Wye PM, Bowman JA, Wiggers JH, Baker A, Knight J, Carr VJ, Terry M, Clancy R. Smoking restrictions and treatment for smoking: policies and procedures in psychiatric inpatient units in Australia. *Psychiat Serv* 2009; 60:100–107.

(61) European Network of Smoke-Free Hospitals and Maternity Services (ENSH), 2005. European directory of smoke-free hospitals. ENSH, Paris, 2005.

(62) Ratschen E, Britton J, McNeill A. Smoke-free hospitals – the English experience: results from a survey, interviews, and site visits. *BMC Health Services Research* 2008; 8:41 doi:10.1186/1472-6963-8-41

(63) Villari V, Barzega G. Smoking bans on psychiatric units: boundaries and health promotion. *Psychiat Serv* 2008; 59, 9:1063-1064.

(64) Soares RC, Risi JL, Zacche F, Botega NJ, Hori CM. Implementation of a smoke-free psychiatric unit in a general hospital. *Rev Bras Psiquiat* 2010; 32, 2:197-198.

(65) Iglesias C, Alonso MJ, Bernaldo de Quirós JC, Bocanegra E, Cueta J, García del Valle R, González JM, Miranda A, Palacio AB. Modificación del patrón de consumo de tabaco en una unidad de psiquiatría de Hospital General. *NURE Inv.* 2009;6 (38): http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/modpat_original_38.pdf

(66) De Vicente T, Porcel A. Supresión del consumo de tabaco durante el ingreso hospitalario en psiquiatría. *Med Clin (Barc)* 2006;127(19):756.

(67) Campion J, Lawn S, Brownlie A, Hunter E, Gynther B, Pols R. Implementing smoke-free policies in mental health inpatient units: learning from unsuccessful experience. *Australas Psychiatry* 2008; 16, 2:92-97.

(68) Etter M, Etter J-F. Acceptability and impact of a partial smoking ban in a psychiatric hospital. *Prev Med* 2007; 44: 64–69.

(69) Etter M, Khan AN, Etter J-F. Acceptability and impact of a partial smoking ban followed by a total smoking ban in a psychiatric hospital. *Prev Med* 2008; 46:572–578.

(70) Keizer I, Descloux V, Eytan A. Variations in smoking after admission to psychiatric inpatient units and impact of a partial smoking ban on smoking and on smoking-related perceptions. *Int J Soc Psychiatry* 2009; 55; 109-123.

(71) Jochelson K. Smoke-free legislation and mental health units: the challenges ahead. *Br J Psychiatry* 2006; 189:479-480.

(72) 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. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31:576–582.

(73) 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, 5:875-881.

(74) Prochaska JJ, Hall SE, Hall SM. Stage-tailored tobacco cessation treatment in inpatient psychiatry. *Psychiatr Serv* 2009; 60(6): 848. doi:10.1176/appi.ps.60.6.848.

(75) Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, 3.

(76) Hitsman B, Moss TG, Montoya ID, George TP. Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. *Can J Psychiatry* 2009; 54, 6:368-378.

(77) Lawrence D, Lawn S, Kisely S, Bates A, Mitrou F, Zubrick SR. The potential impact of smoke-free facilities on smoking cessation in people with mental illness. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45:1053–1060.

ORIGINALES Y REVISIONES

(78) George TP, Ziedonis DM, Feingold A, Pepper WT, Satterburg CA, Winkel J, Rounsaville BJ, Kosten TR. Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000; 157,11:1835-1842.

(79) Hughes JR, Shiffman S, Callas P, Zhang J. A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. *Tob Control* 2003; 12:21-27.

(80) Alpert HR, Connolly GN, Biener L. A Prospective cohort study challenging the effectiveness of population-based medical intervention for smoking cessation. *Tob Control* 2012, doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050129.

(81) George TP, Vessicchio JC, Sacco KA, Weinberger AH, Dudas MM, Allen TM, Creeden CL, Potenza MN, Feingold A, Jatlow PI. A placebo-controlled trial of bupropion combined with nicotine patch for smoking cessation in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2008; 63(11):1092-1096. doi:10.1016/j.biopsych.2007.11.002.

(82) Lising-Enriquez K, George TP. Treatment of comorbid tobacco use in people with serious mental illness. *J Psychiatry Neurosci* 2009,34,3 E1-E2.

(83) West R. Helping patients in hospital to quit smoking. Dedicated counselling services are effective - others are not. *BMJ* 2002; 324:64.

(84) Ziedonis D, Williams JM, Smelson D. Serious mental illness and tobacco addiction: a model program to address this common but neglected issue. *Am J Med Sci* 2003;326(4):223-230.

(85) Bader P, McDonald P, Selby P. An algorithm for tailoring pharmacotherapy for smoking cessation: results from a Delphi panel of international experts. *Tob Control* 2009;18:34-42. doi:10.1136/tc.2008.025635.

(86) Molina-Linde JM. Efectividad de los programas de deshabituación tabáquica para enfermos mentales graves. *Actas Esp Psiquiatr* 2011; 39 (2):106-114.

(87) Dickens GL, Stubbs JH, Haw CM. Smoking and mental health nurses: a survey of clinical staff in a psychiatric hospital. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11:445-451.

(88) Dickens G, Stubbs J, Popham R, Haw C. Smoking in a forensic psychiatric service: a survey of inpatients' views. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12:672-678.

(89) McNally L, Oyefeso A, Annan J, Perryman K, Bloor R, Freeman S, Wain B, Andrews H, Grimmer M, Crisp A, Oyebode D, Ghodse AH. A survey of staff attitudes to smoking-related policy and intervention in psychiatric and general health care settings *J Public Health* 2006;28,3:192-196.

(90) Wye P, Bowman J, Wiggers J, Baker A, Knight J, Carr V, Terry M, Clancy R. Total smoking bans in psychiatric inpatient services: a survey of perceived benefits, barriers and support among staff. *BMC Public Health* 2010, 10:372 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/372>

(91) Bloor RN, Meeson L, Crome IB. The effects of a non-smoking policy on nursing staff smoking behaviour and attitudes in a psychiatric hospital. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13:188-196.

(92) Garg S, Shenoy S, Badee M, Varghese J, Quinn P, Kent J. Survey of staff attitudes to the smoking ban in a medium secure unit. *J Forensic Leg Med* 2009;16:378-380.

(93) Taylor NE, Rosenthal RN, Chabus B, Levine S, Hoffman AS, Reynolds J, Santos L, Willets I, Friedman P. The feasibility of smoking bans on psychiatric units. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15, 1:36-40.

(94) Haller E, McNeil DE, Binder RL. Impact of a smoking ban on a locked psychiatric unit. *J Clin Psychiat* 1996;57:329-32.

(95) Alam FD. Exempting mental health units from smoke-free laws. Issue should no longer be ignored (letter). *BMJ* 2006;333, 9: 551-2.

(96) Chabrol H, Niezborala M, Chastan E, de Leon J. Comparison of the Heavy Smoking Index and of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a sample of 749 cigarette smokers. *Addict Behav* 2005; 30:1474–1477.

(97) DiFranza J. A new approach to the diagnosis of tobacco addiction. *Addiction* 2010; 105: 381–382

(98) Kisely S, Campbell LA. Use of smoking cessation therapies in individuals with psychiatric illness: an update for prescribers. *CNS Drugs* 2008;22(4):263-73.

(99) Williams JM, Gandhi KK, Karavidas MK, Steinberg ML, Lu S-E, Foulds J. Open-label study of craving in smokers with schizophrenia using nicotine nasal spray compared to nicotine patch. *J Dual Diagn.* 2008; 4(4): 355–376.

(100) Piper ME, Smith SS, Schlam TR, Fiore MC, Jorenby DE, Fraser D, Baker TB. A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66(11):1253-1262.

(101) Rey L, Vaucher P, Secretan F, Zellweger J-P, Bodenmann P. Use of nicotine substitute prescribed at hourly plus ad libitum intake or ad libitum for heavy smokers willing to quit: a randomized controlled trial. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2009, 4:12 doi:10.1186/1747-597X-4-12

(102) García del Río MJ, González F, Fernández E, Villagrán JM y Equipo de la UHS; Jerez. Modificación de las actitudes del personal de una unidad psiquiátrica de agudos ante la prohibición total de fumar [En prensa]. *Presencia*.

ORIGINALES Y REVISIONES

Anexo I.

Cuestionario de actitudes hacia el tabaco

El objetivo de este cuestionario es conocer sus opiniones sobre la implantación de la política de prohibición de fumar en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos. Responda...

Sexo: V M

Edad: 20-30 31-40 41-50 51-60 >60

Categoría profesional (subraye la que corresponda):

facultativo; residente; enfermero; trabajador social; terapeuta ocupacional; monitor ocupacional; auxiliar; administrativo; celador.

Fumador: NO SI

Si fuma:

¿Cuántos cigarrillos fuma? (subraye la que corresponda)

de 1 a 5 cig/d ; de 6 a 10 cig/d ; de 11 a 20 cig/d ; > de 20 cig/d

¿Fuma durante su horario laboral?

NO

SI 1 cig 2 cig 3 cig 4 cig 5 cig >5 cig

¿Ha intentado previamente dejar de fumar? SI NO

¿Le gustaría dejar de fumar? SI NO

¿Cree que el que fume interfiere en su capacidad para aconsejar a los pacientes que no fumen? SI NO

¿Cree que el que fume interfiere en su implicación en que se lleve a cabo la prohibición total de fumar en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos? SI NO

Responda a las siguientes afirmaciones señalando su grado de acuerdo

1: Totalmente de acuerdo

2: Parcialmente de acuerdo

3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4: Parcialmente en desacuerdo

5: Totalmente en desacuerdo

1.- Una política de prohibición de fumar en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos viola la libertad personal de los pacientes fumadores, especialmente de los ingresados involuntariamente	
2.- Una política de prohibición de fumar en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos anima al personal fumador a que deje de fumar	

3.- Creo que los fumadores son unas víctimas persecutorias de la prohibición de fumar en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos	
4.- La política de prohibición de fumar en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos favorece que el personal fume a escondidas durante las horas laborales	
5.- El personal debería ser un ejemplo para los pacientes, al no fumar	
6.- El personal debería tener el derecho de fumar si lo desea	
7.- La política de prohibición de fumar en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos protege a los no fumadores de que fumen pasivamente durante las horas laborales o el ingreso	
8.- Creo que la política de prohibición de fumar en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos es injusta con el personal	
9.- Al personal fumador no se le ofrece ayuda suficiente por parte del hospital para que lo dejen	
10.- Es injusto que se permita que los paciente puedan fumar en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos pero no al personal	
11.- Saber que los enfermeros/auxiliares fuman influye en las actitudes de los paciente hacia fumar	
12.- Los hospitales deben liderar y ser ejemplo en la aplicación de políticas de prohibición de fumar en los lugares de trabajo	
13.- Una política restrictiva del uso del tabaco en los hospitales es una buena idea	
14.- Creo que la política de prohibición de fumar en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos es injusta con los pacientes	
15.- La política de prohibición de fumar en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos puede aplicarse con facilidad	
16.- Los pacientes no deben fumar durante su ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos	
17.- Las restricciones para fumar en el trabajo aumenta los niveles de estrés del personal fumador	
18.- Apoyo la política de prohibición total de fumar en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos	
19.- Todo el personal sanitario debería aconsejar a los pacientes que dejaran de fumar, sean ellos fumadores o no	
20.- Los no fumadores no deberían de estar en contacto con el humo del tabaco en el lugar de trabajo	
21.- Una política de prohibición de fumar en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos motiva a los fumadores, pacientes y personal, a que lo dejen	
22.- La implantación de la política de prohibición de fumar en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos conlleva importantes problemas de manejo de los pacientes durante el ingreso	