





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

	Página
I. RESUMEN	4
II. ANTECEDENTES	
II.1 El Tabaquismo como Problema de Salud Pública	5
II.2 La epidemiología del Tabaquismo en relación a trastornos mentales específicos.	7
III.3 Estudios de grupos de pacientes específicos.	7
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
IV. JUSTIFICACIÓN.	9
V. OBJETIVOS	9
VI. DISEÑO DEL ESTUDIO	10
VII. MATERIAL Y MÉTODOS	
VII.1 Elegibilidad de los Sujetos de Estudio	10
VII.2 Criterios de Inclusión	10
VII.3 Criterios de Exclusión	10
VIII. PROCEDIMIENTO	11
IX. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	11
X. RESULTADOS	12
XI. DISCUSION.	21
XII. CONCLUSION	23
XIII. BIBLIOGRAFÍA	24
XIV. ANEXOS	
XIV.1 ANEXO 1. ENCUESTA DE CONSUMO Y ADICCIÓN A LA NICOTINA.	27

Autizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en forma electrónica e impresa el contenido de mi trabajo recensional.

NOMBRE: Gabriel de Jesús

Alejo Galarraga

FECHA: 13-01-04

FIRMA: [Firma]

## I. RESUMEN

### ABSTRACT.

#### BACKGROUND

Tobacco use, primarily in the form of cigarettes, is the leading preventable cause of death. The increasing recognition of nicotine as a potent drug makes it extremely important to consider carefully the relationship between nicotine use and major mental disorders. Epidemiological and clinical studies have shown a positive correlation between smoking and psychiatric disorders. The study's goal was to investigate the smoking prevalence in hospitalized psychiatric patients.

#### METHOD:

One hundred eighteen patients were interviewed with a questionnaire about smoking behavior then were compared in relation to gender and diagnosis.

#### RESULTS:

The overall frequency of smoking was 47.5 % ( 56/118). Male patients had the highest frequency of smoking. The smokers had a lower mean age of initiate tobacco use. The diagnosis more frequently between male and female smokers were schizophrenia.

#### CONCLUSIONS.

We confirm that psychiatric inpatient have a higher smoking prevalence. Some specific features of our population might be responsible for these result. It is important to view the problem the nicotine dependence in our patients as a serious medical problem and implement nicotine replacement therapies

## **PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIATRICOS HOSPITALIZADOS.**

### **II. ANTECEDENTES**

#### **II. 1 El Tabaquismo como Problema de Salud Pública**

El tabaquismo es un factor de riesgo cardiovascular claramente identificado. Tiene un importante papel en el origen de padecimientos graves e incapacitantes, tales como el cáncer de pulmón y el enfisema pulmonar (1,2).

Los daños a la salud producidos por el tabaquismo en el mundo son múltiples; una forma simplificada de enumerarlos es describiendo los beneficios asociados al abandono del tabaco. La vigésima segunda edición del Reporte del Cirujano General (1), editado en los Estados Unidos, hace énfasis en los principales beneficios del dejar de fumar extensivos a todas las edades:

- 1) Los ex fumadores viven más que los que continúan fumando; por ejemplo, las personas que dejan de fumar antes de los 50 años tienen la mitad del riesgo de morir en los siguientes 15 años en comparación a los que continúan fumando.
- 2) El dejar de fumar disminuye el riesgo de cáncer pulmonar, infartos al miocardio, accidentes vasculares cerebrales y de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- 3) Las mujeres embarazadas que dejan de fumar disminuyen el riesgo de tener bebés con bajo peso.

De acuerdo a la misma fuente, se espera que aquellas personas sin evidencia de EPOC que dejan de fumar presenten una mejoría hasta del 5% en su función pulmonar y que eventualmente la disminución de dicha función relacionada con la edad sea comparable a los que nunca han fumado (3)

Los primeros estudios epidemiológicos sobre el tabaquismo en los Estados Unidos fueron realizados en 1955 por el Instituto Nacional de Cáncer. De acuerdo a esa época el 39% de los adultos mayores de 20 años fumaba. Para 1995 en los hombres la prevalencia disminuyó de 51.9% a 27.0%. De igual forma para las mujeres existió una disminución en la prevalencia del 33.9% a 22.6% (4).

Se estima que alrededor del mundo existen 100 mil millones de fumadores, de los cuales una gran parte vive en los países llamados en desarrollo (800 millones) (5). Mientras que en los últimos 15 años la prevalencia del tabaquismo ha disminuido en los países desarrollados, se ha encontrado hasta un 50% de incremento en nuestros países(6).

En México se tiene un marco de información general resultante de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), realizada por la Secretaría de Salud y por el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente". En este trabajo se establece el enorme impacto del tabaquismo a nivel nacional, como el hecho de que en la población de 12 a 65 años de edad, el 25.8% es fumadora. En los hombres, el porcentaje es de 38.3, y en las mujeres de 14.4. El grupo de edad con mayor prevalencia de tabaquismo (42.4%) es el de 18 a 29 años(7). Existen datos que sugieren un incremento en la prevalencia del tabaquismo, pues algunos estudios previos a la ENA (7) refieren prevalencias menores. Cinco años después la encuesta reportó un incremento anual de 0.5%, lo cual nos subraya la magnitud en el que este problema de salud pública se ha convertido.

El tabaquismo es referido como una de las causas potencialmente prevenibles de muerte y enfermedad. Es responsable del 20% de las muertes en EUA; se estima que el 45% de los fumadores morirá por un trastorno inducido por el tabaco (8).

La situación se ensombrece al conocer que cada año en los Estados Unidos, aproximadamente 35 millones de fumadores buscan ayuda en los sistemas de salud para dejar de fumar; no obstante, menos del 7% logra obtener la condición de abstinentes a un año, la mayor parte recae a los pocos días(9). Se han desarrollado muchas estrategias farmacológicas y no farmacológicas para dejar de fumar, entre las primeras se encuentran los tratamientos de reemplazo de la nicotina (TRN) (10-17) incluyendo parches transdérmicos, gomas de mascar, atomizadores nasales, etc.; así como el empleo de diversa variedad de fármacos como ciertos antidepresivos(18-20). La eficacia evaluada por el porcentaje de individuos abstinentes al año, incluyendo una o varias maniobras es únicamente entre el 7 - 23%, cifras realmente desalentadoras.

## **II.2 La epidemiología del Tabaquismo en relación a trastornos mentales específicos.**

Como se describió anteriormente existen datos detallados de la prevalencia de tabaquismo en la población general desde hace más de 30 años. Aunque la mayoría de los clínicos se percataba de la alta prevalencia de tabaquismo entre pacientes psiquiátricos, hasta hace relativamente poco tiempo se han realizado estudios cuantitativos.

La Encuesta Nacional de Comorbilidad ( ENC) fue realizada en EUA entre 1990 y 1992 para examinar la comorbilidad entre el uso y dependencia de sustancias y otros trastornos mentales. Los resultados iniciales mostraron que la prevalencia de tabaquismo en la población general era similar a la que se reportaba en la literatura 24.1%(21). Actualmente los datos obtenidos en esta base de datos continua en análisis. Por su parte Breslau y cols., realizaron un estudio de prevalencia en la comunidad. Exploraron la relación entre trastornos psiquiátricos y el uso de tabaco. En su muestra de 1007 jóvenes 40.9% reportaron haber fumado y 20% reportaron haber tenido dependencia al tabaco en alguna ocasión. La dependencia a nicotina fue positivamente asociada a historia de depresión mayor, trastornos de ansiedad, problemas tempranos de conducta y abuso de alcohol; no se incluyó a la esquizofrenia por las características de la muestra (22) .

## **II.3 Estudios de grupos de pacientes específicos.**

Hughes y cols., encuestaron a 277 pacientes ambulatorios que acudieron a un hospital psiquiátrico. De este grupo 52% fueron fumadores. Los porcentajes de fumadores de acuerdo a diagnósticos específicos fueron 88% con esquizofrenia, 70% con manía, 49% con depresión mayor, 47% con trastornos de ansiedad, 46% con trastornos de personalidad y 45 % para trastornos de ajuste (23). Hall por su parte estudio a un grupo de 300 pacientes ambulatorios de los cuales la mayoría eran esquizofrénicos. De su grupo 56 % fueron fumadores (24). Lawrie encontró un porcentaje elevado de tabaquismo en 35 pacientes con cuadros agudos que ameritaron hospitalización. Ochenta porciento de los pacientes con esquizofrenia fueron fumadores y 75% con trastornos afectivos fumaban (25).

De Leon encontró una prevalencia muy similar del 79% de fumadores en un grupo de 360 pacientes hospitalizados. En este grupo 53% de los pacientes tenían esquizofrenia. En pacientes con esquizofrenia la prevalencia de tabaquismo para pacientes del género masculino fue mayor en comparación contra las mujeres (93% vs. 70%). Varios estudios se han enfocado exclusivamente a grupos de pacientes con esquizofrenia, confirmado la alta prevalencia de tabaquismo descrita anteriormente(26).

En 1983 O'Farrel describió una prevalencia de 88% en pacientes con esquizofrenia(27). Masterson y O'Shea estudiaron a 100 pacientes con esquizofrenia encontrando que el 80% tenía una historia de fumar por mas de 16 años(28). Goff en 1992 estudió a 78 pacientes con esquizofrenia, 74 % eran fumadores. 12 % ex fumadores y 14 % nunca habían fumado. Los fumadores tendían a ser hombres, jóvenes con un inicio del consumo a edad temprana, con mayor número de hospitalizaciones y con dosis altas de antipsicóticos (29).

Un reporte de Sandyk mostró una menor prevalencia de tabaquismo en pacientes con esquizofrenia tardía (15.4%) que aquellos de inicio temprano (54.9%) (30).

En resumen mientras que el porcentaje de fumadores en la población general es cerca del 25 %, los grupos de individuos con trastornos psiquiátricos claramente demuestran una prevalencia más alta. Para pacientes con esquizofrenia los reportes han sido tal altos como del 93%, y en general cada reporte muestra una prevalencia 2 a 3 veces mayor que la observada en la población general. Para pacientes con Depresión Mayor la prevalencia en la mayoría de los reportes es 2 veces mayor que la observada en la población general.

A pesar de esto el tabaquismo es uno de los síndromes menos diagnosticados; menos de la mitad de los médicos lo reportan en los expedientes como se demuestra en un estudio previo realizado en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" donde este dato se reportó en el 25 % de los expedientes (35)

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El tabaquismo es un importante problema de salud pública. Relacionados a el existe una elevada morbilidad y mortalidad. Los pacientes con trastorno psiquiátricos son una población vulnerable. Previo a implementar estrategias de prevención y tratamiento es importante el conocer la prevalencia del consumo de tabaco y el grado el consumo en nuestra población.

### **IV. JUSTIFICACION.**

El conocer la prevalencia y magnitud del consumo de tabaco en nuestra población de pacientes con trastornos psiquiátricos nos orientara para implementar medidas preventivas y terapéuticas para la reducción del consumo. Esto llevará a la reducción de los importantes problemas de salud ocasionados por el tabaquismo ya que estos son potencialmente prevenibles.

### **V. OBJETIVOS**

- 1.- Conocer la prevalencia de tabaquismo en una muestra de pacientes con trastornos psiquiátricos hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- 2.- Conocer la magnitud del consumo de tabaco en una muestra de pacientes hospitalizados.

## **VI. DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Propósito: Descriptivo  
Agente: Procedimiento.  
Asignación: Observacional,  
Seguimiento: Transversal,  
Colección de datos: Prolectivo y Retrolectivo.

## **VII. MATERIAL Y METODOS.**

### **VII.1 Elegibilidad de los sujetos de estudio.**

Se entrevistó a 118 pacientes del área de hospital para el estudio, 60 de ellos fueron mujeres y 58 hombres. Previamente se obtuvo una lista de los pacientes hospitalizados; posteriormente se realizó un muestro aleatorio simple utilizando una tabla de números aleatorios para tal propósito.

### **VII.2 Criterios de inclusión.**

- Mayores de 18a
- Población de cualquier género
- Pacientes hospitalizados.
- En condiciones clínicas de responder el cuestionario.

### **VII.3 Criterios de exclusión.**

- 1.- Encuestas incompletas
- 2.- Negativa a responder el cuestionario.

## **VIII. PROCEDIMIENTO.**

Una vez seleccionado el paciente se procedió a la realización de la entrevista utilizando el cuestionario diseñado para tal propósito (ANEXO 1). El cuestionario explora en una primera parte aspectos sociodemográficos. La segunda parte recaba datos acerca del consumo de tabaco. La tercera parte esta conformada por una serie de preguntas que van enfocadas a obtener información sobre la opinión de los pacientes sobre el tabaquismo. Los diagnósticos de los pacientes se obtuvieron de los expedientes clínicos; estos se realizan con base a la clasificación del CIE-10

Con base a estudios similares que reportan 40% de fumadores en población de pacientes con trastornos psiquiátricos, para estimar el porcentaje de fumadores en nuestra población con un (+-) 10% con un intervalo de confianza del 95 % el resultado final fué ~ 93 pacientes.

## **IX. ANALISIS ESTADISTICO.**

Se efectuó la concentración de los resultados para variables dimensionales en medias de tendencia central y dispersión. Las variables nominales se concentraron en frecuencias absolutas. Cuando se realizaron comparaciones se utilizó la prueba de T- student para variables dimensionales.

## X. RESULTADOS.

La muestra total estudiada fue de 118 pacientes. La causa más frecuente por lo que no se realizó la entrevista fue la negativa de los pacientes para participar. Esto se dio solo en 4 casos. Del total de la muestra el 49% (n= 58) fueron hombres. El promedio de edad en hombres fue de 28.45 años con una Desviación Estándar (DS) de 7.65 años. Para las mujeres el promedio de edad fue 34.73 años con una DS 9.5 años.

<b>Características de los 118 sujetos entrevistados</b>				
<b>Característica</b>	<b>Hombre (n = 58)</b>	<b>Mujeres (n =60)</b>	<b>Intervalo confianza 95% (IC)</b>	<b>p</b>
Edad <sup>a</sup>	28.45 (DS= 7.65)	34.73 (DS=9.57)	3.117-9.453	0.0001
No Fumadores	21% (12/58)	37 % (22/60)		
Ex Fumadores	24 % (14/32)	23 % (14/60)		
Fumadores	55 % (32/58)	40 % (24/60)		

<sup>a</sup> t= 3.930, (g.l.116)

En cuanto a el estado civil los hombres reportaron que el 76 % (n = 44) eran solteros, 14% (n = 8) casados y el 10% (n = 6) separados; por su parte las mujeres el 58% (n = 35) fueron solteras, 24% (n = 14) casadas, 10 % (n =6) separadas y el 8 % (n = 5) divorciadas.

De los 118 sujetos el 25% (n = 30) eran empleados y comerciantes, 24%(n = 28) desempleados, 22% (n = 26) subempleados o eventuales, 19% (n = 23) se dedicaban al hogar, el 8% (n = 9) estudiantes y el 2% (n = 2) profesionistas.

Del total de la muestra el 59% tenían una escolaridad igual o menor a secundaria completa. Con solo 5.1% con estudios de escolaridad superior completa. Ver tabla2

Tabla 2. Nivel Educación	
Escolaridad	n = 118
<b>Primaria Incompleta</b>	11.9
<b>Primaria completa</b>	18.6
<b>Secundaria incompleta</b>	8.5
<b>Secundaria completa</b>	18.6
<b>Técnica incompleta</b>	3.4
<b>Técnica completa</b>	8.5
<b>Preparatoria incompleta</b>	10.2
<b>Preparatoria completa</b>	11.9
<b>E. Sup. Incompleta</b>	3.4
<b>E Sup. Completa</b>	5.1
<b>Total</b>	100%

Para un mejor análisis descriptivo los pacientes fueron divididos de acuerdo a las variables "No Fumadores", "Ex Fumadores" y "Fumadores". Se definió a "No fumadores" a aquellos que reportaron que nunca habían fumado. "Ex Fumadores" a los que reportaron fumar alguna vez en su vida y durante el último año pero no durante el último mes; y "Fumadores" a aquellos que fumaron alguna vez, durante el último año y durante el último mes. Se tomó en cuenta la frecuencia de consumo en días por mes y promedio de cigarrillos por día para los "Ex fumadores" el año previo a que dejaron de fumar. Como se muestra en la tabla 2 la prevalencia de "No Fumadores" fue mayor entre las mujeres (37% vs 21%); se encontró un porcentaje mayor de "Fumadores" entre los hombres (55% vs 40%); el porcentaje de "Ex fumadores" fue similar en ambos grupos (Tabla 1).

Al valorar el inicio del consumo de tabaco entre los "Fumadores" se encontró que los hombres iniciaron a una edad más temprana comparado con las mujeres ( 16 vs. 20.8 años;  $p = 0.02$ ). También se encontró diferencia cuantitativa y estocástica significativa entre el inicio del consumo de tabaco en pacientes "Ex – fumadores" del género masculino al compararse contra la edad de inicio de "Ex fumadores" del género femenino ( 17.1 vs 23.4 años  $p= 0.013$  )

**Tabla 2 Edad promedio del inicio del consumo de tabaco.**

	HOMBRES		MUJERES	
	Ex - Fumadores	Fumadores	Ex- Fumadores	Fumadores
Edad promedio inicio consumo	17.1 <sup>b</sup>	16 <sup>a</sup>	23.4 <sup>b</sup>	20.8 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>  $p= 0.02$

<sup>b</sup>  $p= 0.013$

La frecuencia del consumo de cigarrillos en días durante el mes resultó similar en "Fumadores" hombres como mujeres ya que arriba del 45% reportaron una frecuencia de consumo mayor o igual a 20 días al mes. En este mismo grupo la proporción de hombres en comparación a los mujeres que reportaron una frecuencia de consumo entre 6-19 días al mes fue mayor (32.5% vs. 9%); invirtiendo la proporción para la categoría 1-5 días donde existe una mayor porcentaje de mujeres ( Figura 1). Se observó que los "Ex fumadores" en general más del 40% presentaron una frecuencia de consumo entre 1 a 5 días al mes( figura 2). En cuanto a el promedio de consumo por día del total de las mujeres "Fumadoras" (N= 22) el 82% reportó una cantidad de consumo menor a 10 cigarrillos al día en comparación a los hombres (n= 32) que fue de 62.5% (n = 20). El 31% (n= 10) de los hombres reportó un consumo de 11 a 20 cigarrillos en promedio al día y sólo el 6% (n =2) reportó un consumo mayor a 31 cigarrillos al día (Figura 3). Resumiendo se puede observar que existen diferencias cuantitativas tendiendo los Ex Fumadores a reportar una menor frecuencia de consumo en días y promedio de cigarrillos por día .

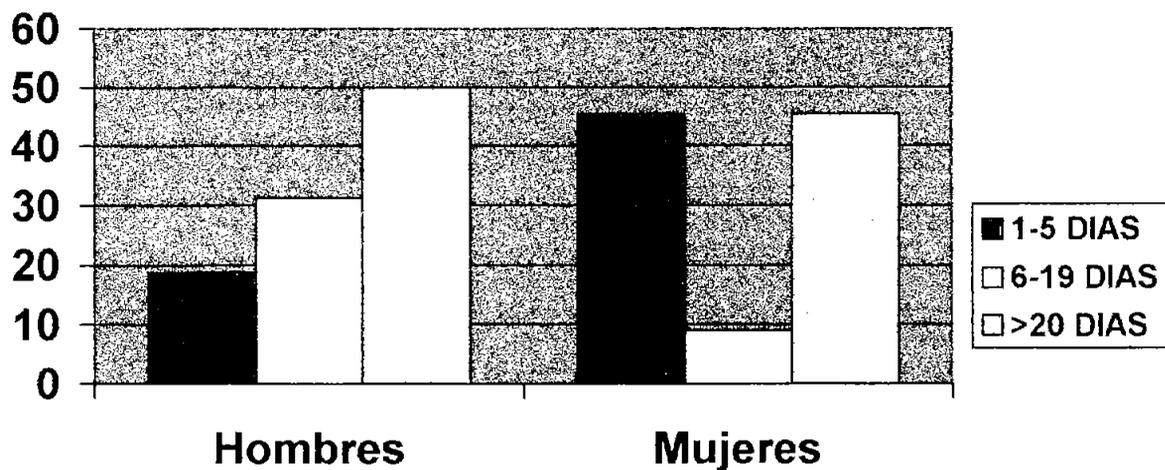


Figura 1. Proporción Frecuencia de Consumo por mes en "Fumadores"

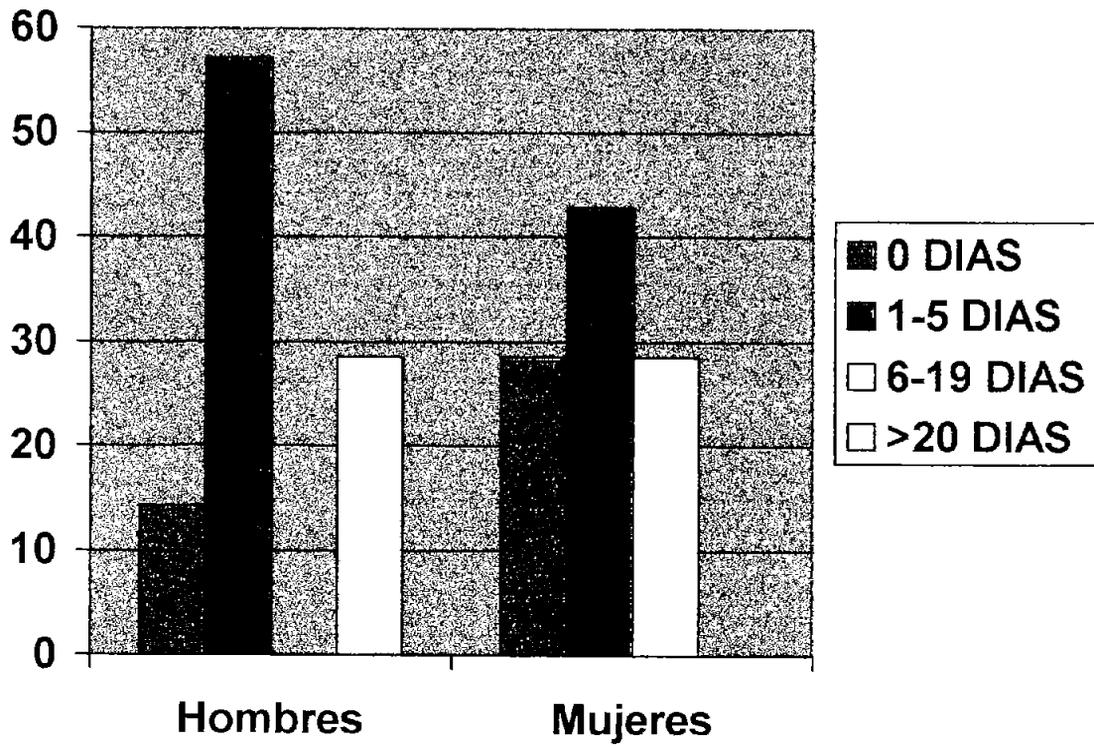


Figura 2. Proporción Frecuencia de Consumo por mes en Ex- Fumadores.

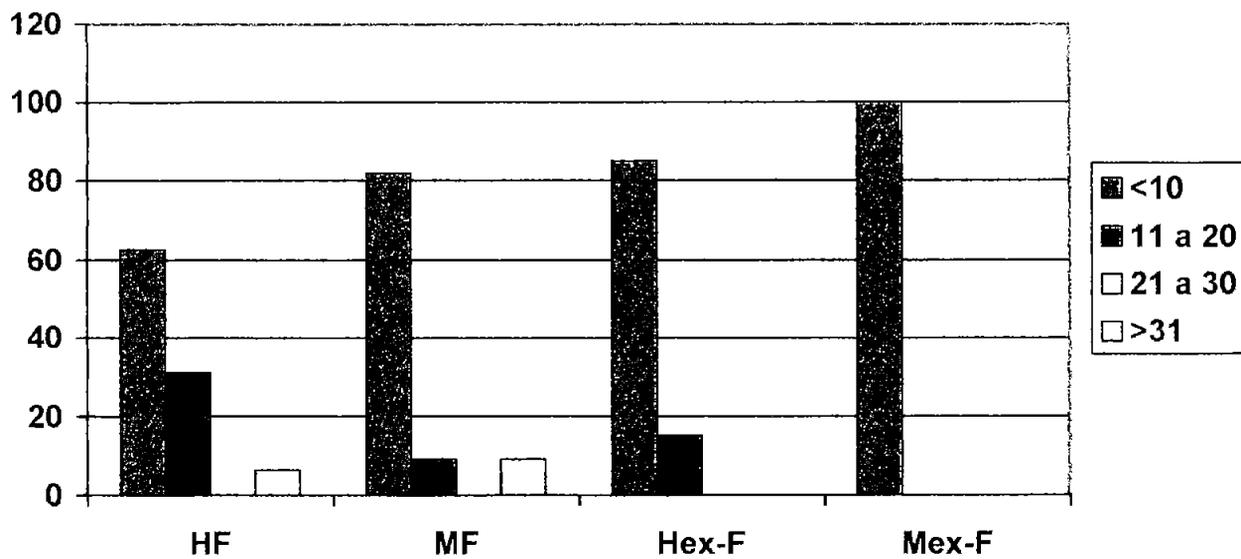


Figura 3. Consumo Promedio Cigarros Dia

Del total de los 32 “Fumadores” hombres los diagnósticos se presentaron de la siguiente manera Esquizofrenia en el 62.5% de los casos; siguiendo el diagnóstico de Trastorno Psicótico secundario a uso de sustancias en el 19% (Figura 4). En cambio de las 22 mujeres dentro de la categoría “ Fumadores” la prevalencia de Esquizofrenia fue menor con un 36%, habiendo un mayor número de Trastornos afectivos como Trastorno Bipolar en Fase de Manía en el 18% y Psicosis Breve en el mismo porcentaje. Los trastornos psicóticos secundarios al consumo de sustancias se encontró en una prevalencia similar a los “ Fumadores” Hombres (Figura 4).

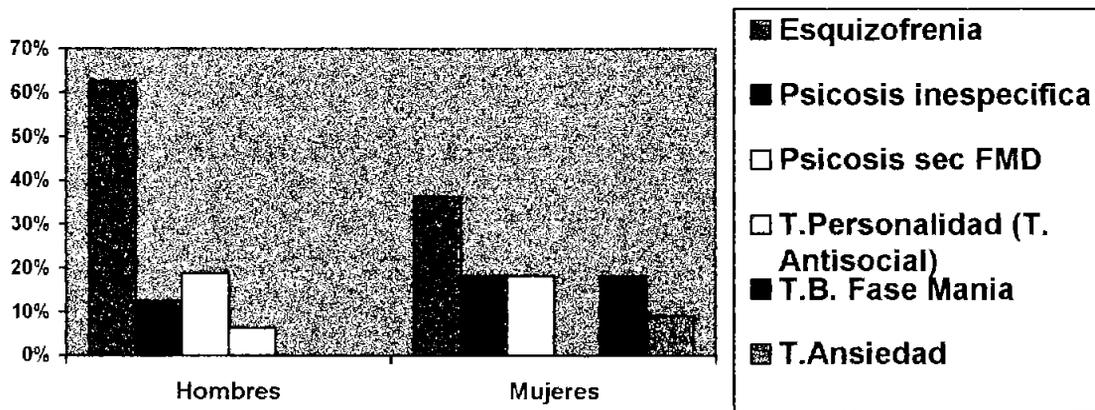


Figura 4. Prevalencia de Diagnósticos entre Fumadores.

En cuanto a la parte que exploró la percepción y forma de concebir el tabaquismo de los 118 pacientes el 93 % de la muestra total reconoció que el fumar afecta a su salud en general; el 37% señaló que el fumar le ayuda a controlar sus problemas psicológicos contra el 60% que señaló que no ( Figura 6); 87% así mismo mencionó que el tabaco tiene acciones en el cerebro y el 91% reconoce que el tabaco es una sustancia que produce adicción (figura 7) , sin embargo entre los fumadores solo la mitad (54%) mencionó que solicitaría para dejar de fumar (Figura 8).

### ¿El fumar le condiciona?

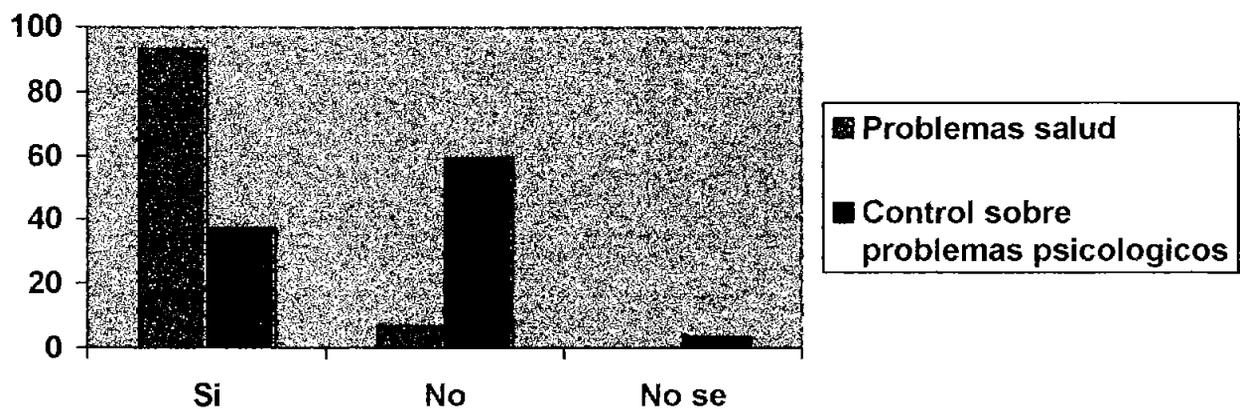


Figura 6. Percepción relación tabaquismo y salud.

### ¿Piensa que el tabaco...?

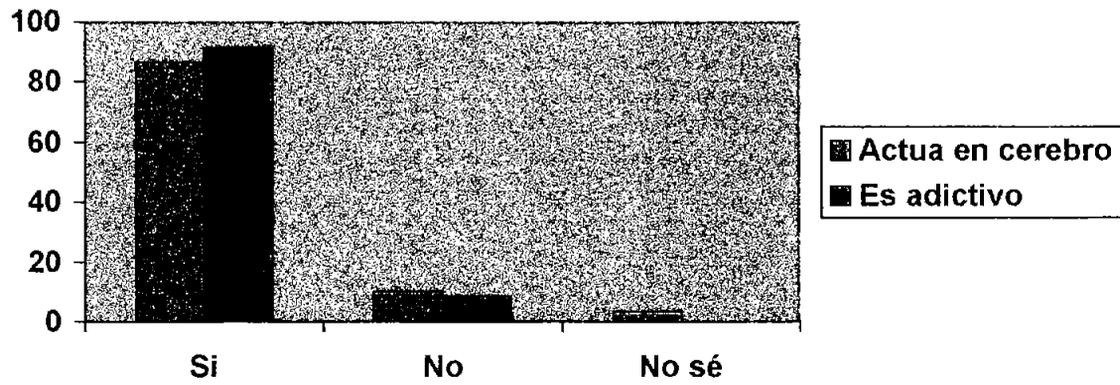


Figura 7. Percepción de la nicotina como sustancia adictiva.

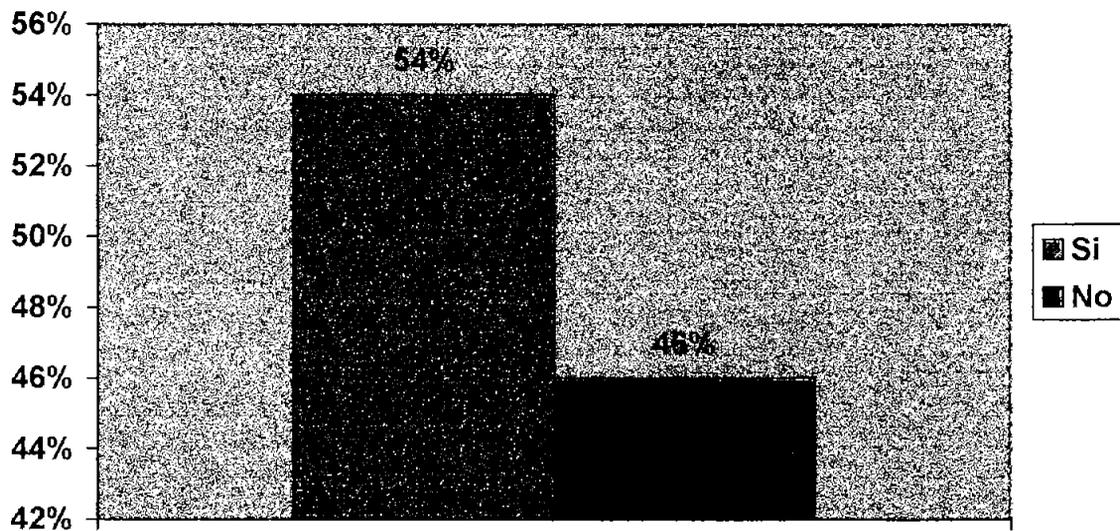


Figura 8. ¿ Buscaría ayuda para dejar de fumar?

## XI. DISCUSION.

La frecuencia de tabaquismo en nuestro estudio es consistente con la reportada en la literatura que va desde el 52% a 79% en pacientes con trastornos psiquiátricos (23,26 ). En nuestra muestra al igual que reportes previos la mayor frecuencia de fumadores se observó en hombres, los que presentaron una edad de inicio del consumo de tabaco más temprana, así como una mayor frecuencia de pacientes con esquizofrenia (25,26 ). Esto debido quizás a factores socioculturales en donde el consumo de tabaco es "mejor visto y permitido" en los hombres. Un hecho a considerar es que la variable esquizofrenia incrementa el riesgo de ser fumador; en estos pacientes se han asociado positivamente la frecuencia y magnitud del consumo tabaco con la cronicidad del cuadro y dosis altas de antipsicóticos. No se realizó en nuestro estudio una prueba estadística para avalar esta asociación ya que no era nuestro objetivo; para tal deberá de diseñarse un estudio en un futuro para tal propósito.

La magnitud del consumo es menor a la reportada en otros estudios. Esto debido a que en nuestro hospital existen limitantes para el consumo de tabaco en lugares cerrados siendo únicamente permitido en jardines. Nos percatamos que una gran parte de los pacientes asociaban el consumo de tabaco como conducta potencialmente "reprendida" y por lo tanto el mencionarla abiertamente podría llevar a repercusiones como mayor tiempo de estancia.

Aun a pesar de aparentemente existe una magnitud menor, la prevalencia de tabaquismo es más alta si se compara a la población en general. Un punto importante a destacar es que a pesar de que el 93% reconoce que el fumar afecta a su salud y que el 91% lo reconoce el uso del tabaco como potencialmente adictivo solo el 56% esta dispuesto a solicitar ayuda para dejar de fumar.

Frecuentemente se ha realizado la pregunta del ¿ Porque los pacientes con trastornos psiquiátricos fuman más?. Existen las teorías de que las personas con trastornos psiquiátricos fuman como una medida de auto medicación( 31,32). Esta teoría asume que la enfermedad mental condiciona el tabaquismo. Sin embargo hallazgos recientes ponen en duda esta causalidad (33) . En un estudio de niños y adolescentes el antecedente de tabaquismo incrementó el riesgo para depresión, no encontrando un incremento en el riesgo para el consumo de tabaco cuando la depresión antecedió (33); y en personas con esquizofrenia se ha señalado que el inicio del consumo de tabaco precede al inicio del trastorno (34).

Otros asumen que se trata de una vulnerabilidad biológica que pudiera condicionar ambos trastornos.

Como limitantes a nuestra estudio está el tipo de población de pacientes hospitalizados en el que fue realizado en la que existió un predominio de trastornos psicóticos y orgánicos con pocos pacientes con alteraciones afectivas; no siendo generalizables a toda la población de enfermos psiquiátricos. Es probable que la frecuencia de tabaquismo encontrada por nosotros sea mayor a la de la población de pacientes ambulatorios; ya que la severidad de los cuadros y la cronicidad ( a la cual se han asociado un mayor consumo de tabaco) son mayores.

## **XII. CONCLUSIONES.**

A pesar del progreso en recientes años, apenas estamos empezando a construir una base adecuada de conocimientos entre el tabaquismo y la enfermedad mental. Un número de importantes preguntas permanecen sin resolver, Un punto importante a resolver es la relación temporal entre el inicio del consumo de cigarrillos y el inicio del trastorno psiquiátrico; no solo se trata de una simple relación causal : El tabaquismo causa la enfermedad mental o que el trastorno mental causa el consumo de tabaco. Es probable que la relación sea mucho más compleja con factores genéticos, ambientales y psicológicos que contribuyen a ser susceptible a ambos.

Históricamente pocos ensayos clínicos controlados han identificado el estado de fumador en los sujetos. Esto podría ser especialmente problemático en estudios neuroquímicos enfocados a neurotransmisores y sus metabolitos. Dados los efectos significativos del tabaquismo en sistemas de neurotransmisión y hormonales los resultados en estos estudios pueden ser sesgados por un mayor porcentaje de fumadores entre los pacientes comparados contra los controles. Estudios futuros deberán de tener control sobre esta variable para asegurarse que el consumo de tabaco no produce artificios en los hallazgos. Es de vital importancia el no minimizar o ignorar el problema de dependencia a la nicotina como un problema médico serio en los pacientes con trastornos psiquiátricos. Aún si los pacientes fuman como " auto-medicación" esto condicionará en ellos una disminución en su calidad de vida y en su longevidad; por lo que será necesario instaurar programas para el tratamiento del tabaquismo en un futuro inmediato.

### XIII. BIBLIOGRAFIA.

1. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M & Heath jr. Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339:1268-1278.
2. Hughes JR, Fiester S, Goldstein M, Resnick M, Rock N & Ziedonis D. Treatment of patients with nicotine dependence in : American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the treatment of Psychiatric Disorders. Compendium 2000, 1<sup>st</sup> edn. American Psychiatric Press, Washington, DC, USA.
3. US Department of Health and Human services. The health consequences of smoking: Nicotine Addiction. A report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Services, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No (CDC) 88-8406, 1988.
4. National Center for Health Statistics: Health, United States, 1998 With Socioeconomic Status and Health Chartbook. DHHS Publication (PHS) 98-1232.)
5. Collinshaw NE, Lopez AD. The tobacco epidemic: a global public health emergency. *Tobacco Alert*. Geneva: World Health Organization, 1996.
6. Yu JJ, Shopland DR. Cigarette smoking behavior and consumption characteristics for the Asia-Pacific region. *World Smoking and Health* 1989;14:7.
7. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Encuesta Nacional de las Adicciones al Tabaco. México D.F., 1993.
8. Hughes JR : Funding for nicotine research : slim pickinmngs. *Society for Research Nicotine and Tobacco Newsletter* 1:2, 1994.
9. Fiore MD. Trends in cigarette smoking in the United States: the epidemiology of tobacco use. *Med Clin North Am* 1992;76:289
10. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The Effectiveness of the Nicotine Patch for Smoking Cessation. *JAMA* 1994; 27(1):1940-1947.
11. Puska P, Korhonen H, Vartiainen E, Urjanheimo EL, Gustavsson G, Westin A. Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation: a clinical trial in North Karelia. *Tobacco Control* 1995; 4:231-235.
12. Hughes JR, Miller SA. Nicotine Gum to Help Stop Smoking *JAMA* 1984; 252:2855-2858.

13. Murray RP, Bailey WC, Daniels K, Bjornson WM, Kurnow K, Connett JE, et al. Safety of Nicotine Polacrilex Gum Used by 3,094 Participants in the Lung Health Study. *CHEST* 1996; 109:438-445.
14. Blondal T, Gudmundsson LJ, Olafsdottir I, Gustavsson G, Westin A. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomised trial with six year follow up. *BMJ* 1999; 318:285-289.
15. Hjalmarson A, Franzon M, Westin A, Wilund O. Effect of Nicotine Nasal Spray on Smoking Cessation. *Arch Intern Med* 1994; 154:2567-2572.
16. Blöndal T, Franzon M, Westin A. double-blind randomized trial of nicotine nasal spray as an aid in smoking cessation. *Eur Respir J* 1997; 10:1585-1590.
17. Henningfield JE. Nicotine medication for smoking cessation. *N Engl J Med* 1995; 333:1196-1203.
18. Hurt RD, Sachs DPL, Glover DE, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, et al. A comparison of sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337:1195-1202.
19. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA., Rennard SI., Johnston JA, Hughes AR., et al., A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Eng J Med* 1999; 340:685-691.
20. Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, Buist S, Anderson P, Nides MA, González D, Dozier G, Patel MK, Jamerson BD. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomized trial. *Lancet* 2001;357:1571-1575.
21. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA* 1990; 264: 2511-2518.
22. Breslau N: Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet* 1995; 25:95-101.
23. Hughes JR. Possible effects of smoke-free inpatient units on psychiatric diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry* 1993; 54 : 109-114.
24. Hall RG, Duhamel M, McClanahan R, et al: Level of functioning, severity of illness, and smoking status among chronic psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 1999; 183: 468-471.
25. Lawrie SM, Buckley LA, Ulyatt BC, et al: Cigarette smoking in psychiatric inpatients (letter). *J R Soc Med* 1995; 88: 59.
26. De Leon J, Dadvand M, Canuso C et al: Schizophrenia and smoking: an epidemiological survey in a state hospital. *AM J Psychiatry* 1995; 152:453-455.
27. O'Farrel TJ, Connors CJ, Upper D: Addictive behaviors among hospitalized psychiatric patients. *Addict Behav* 1983;8: 329-333.
28. Masterson E, O'Shea B: Smoking and Malignancy in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 429-432, 1984.

29. Goff DC, Henderson DC, Amico E: Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. *AM J Psychiatry* 1992;149: 1189-1194.
30. Sandyk R, Awebuch G: Late-onset schizophrenia: relationship to awareness of abnormal involuntary movements and tobacco addiction. *Int J Neurosci* 1993b;71:9-19.
31. Addington J, el Guebaly N, Campbell W, Hodking DC et al: Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia *Am J Psychiatry* 1998; 155:974-976.
32. Cormody TP. Affect regulation, nicotine addiction and smoking cessation. *J Psychoactive Drugs*, 1989; 24:111-122.
33. Wu L, Anthony JV. Tobacco Smoking and depressed mood in late childhood and early adolescence *Am J Public Health*. 1999; 89:1837-1840.
34. Kelly C, McCreadie RG. Smoking habits, current symptoms, and premorbid characteristics of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland. *AM J Psychiatry* 1999;156:1751-1757.
35. Rosas ML, Salín-Pascual R, Llamas T, López A. Encuesta retrospectiva sobre el uso de tabaco en pacientes psiquiátricos. *Psiquis* 1996;(5) 6:145-148



- 1.3.1.2 Consumo Promedio Cigarros día:  
 0. <10                      1. 11-20  
 2. 21-30                     3. >31.

- 1.3.1.3 Tipo Cigarro de consumo habitual:  
 1. Con Filtro.            2. Sin Filtro.  
 3. Light                    4. Normales.  
 5. Indistinto.

**1.3.2. NO**

1.3.2.1 ¿ Hace cuánto que dejó de fumar? \_\_\_\_\_

- 1.3.2.2 Días de Consumo habitual al mes cuando fumaba.  
 0. Ninguno                1. 1-5 días.  
 2. 6-19 días.            3. > 20 días

- 1.3.2.3 Consumo Promedio Cigarros día cuando fumaba.  
 0. <10                      1. 11-20  
 2. 21-30                     3. >31.

- 1.3.2.4 Tipo Cigarro de consumo habitual:  
 1. Con Filtro.            2. Sin Filtro.  
 3. Light                    4. Normales.  
 5. Indistinto.

2. Edad Inicio Consumo Tabaco. \_\_\_\_\_  
 3. Época de Mayor consumo: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 4. Intentó dejar de fumar: 1.SI    2.NO  
 5. Número de Ocasiones. \_\_\_\_\_  
 6. ¿ Cuanto tiempo, en días, es el periodo que mas ha estado sin fumar? \_\_\_\_\_  
 7. ¿Le ha costado trabajo dejar de fumar aun cuando este enfermo? 1. SI    2.NO  
 8. ¿Cuál de los síntomas que se enumeran a continuación han estado presentes las veces que ha dejado de fumar por largos periodos de tiempo?

- |                    |                       |                      |
|--------------------|-----------------------|----------------------|
| a. Apatía          | d. Somnolencia (sueño | g. Dificultades para |
| b. Aumento de peso | excesivo en el día)   | concentrarse         |
| c. Tristeza        | e. Pesadillas.        | h. Irritabilidad     |
|                    | f. Ansiedad           | i. Otro _____        |

9. ¿ El fumar afecta su salud en general?                      1.SI.    2.NO  
 10. ¿ El fumar le ayuda a controlar sus problemas Psicológicos?    1. SI    2.NO  
 11. ¿ Piensa que el tabaco actúa en su cerebro?                      1.SI.    2.NO  
 12. ¿Considera Usted que el tabaco es adictivo?                      1.SI.    2.NO  
 13. ¿Piensa que el fumar afecta a personas que lo rodean?                      1.SI.    2.NO  
 14. ¿Buscaría ayuda para dejar de fumar?                      1.SI.    2.NO

[ PARA SER LLENADO POR EL PERSONAL MÉDICO]

DIAGNOSTICOS DSM-IV:

EJE I: \_\_\_\_\_

EJE II: \_\_\_\_\_

EJE III: \_\_\_\_\_