



# Tabaco y enfermedad mental: ¿Podemos hacer algo?

Dr. Juan Lahuerta  
Especialista en Medicina Interna. Clínica Psiquiátrica Padre Menni

**Los pacientes con determinados trastornos mentales fuman más que la población general. Es decir, hay un mayor porcentaje de personas fumadoras y el consumo de cigarrillos es mayor en ellas. Así, si en la población general de nuestro país fuma el 25%-30% de las personas, en pacientes con esquizofrenia este porcentaje puede ser del 80%-90% y en otros trastornos psiquiátricos alcanzar el 45%-70%.**

Hay varias razones que pueden explicar esta situación. En primer lugar, se han invocado causas de origen genético que pudieran subyacer al hábito de fumar en enfermos mentales. Además, muchas enfermedades mentales suelen acompañarse de trastornos de abuso y adicción a sustancias (alcohol, cannabis, etc.) y no podemos olvidar que la nicotina es una sustancia que crea una potente dependencia. También, en aquellas personas con enfermedad mental grave (trastornos psicóticos como la esquizofrenia), el hábito de fumar y fumar determinados cigarrillos a ciertas horas, conlleva una rutina diaria que supone una ayuda para estructurar su día. Se ha postulado igualmente un posible papel terapéutico para algunos de los síntomas psicóticos, de modo que el hábito de fumar lo mantendría el paciente por el alivio que nota. Quizás los factores de tipo social: educación limitada, pobreza, desempleo, el ejemplo de compañeros también con enfermedad mental y fumadores, y un sistema sanitario tolerante con el hábito tabáquico de los enfermos mentales (los hospitales psiquiátricos son

las únicas instituciones sanitarias donde se permite fumar), tengan una trascendencia más importante. De modo inverso, entre los fumadores hay un mayor número de personas con enfermedad mental, siendo los problemas más frecuentes la depresión, los trastornos de ansiedad (fobias), el abuso de alcohol y de otras sustancias.

**Esquizofrenia y el hábito tabáquico**  
Sea cual sea la causa de esta situación, el hecho es que –como en el resto de personas– el consumo de tabaco aumenta el riesgo de los pacientes con enfermedad mental de padecer enfermedades relacionadas con aquél: principalmente, cáncer de pulmón, laringe o vejiga, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad cardiovascular isquémica (infarto de miocardio). En España, el tabaco puede relacionarse con la muerte de unas 45.000 personas al año, lo que representa un 16% de la mortalidad. De forma adicional, la repercusión del tabaco en la presencia de enfermedades crónicas (especialmente respiratorias) trae como resultado una menor calidad de vida de las personas que las padecen y un considerable coste para el sistema de salud. Posiblemente sea en la esquizofrenia donde más se ha estudiado el hábito tabáquico. En los pacientes con esta enfermedad ingresados en centros hospitalarios por reagudizaciones de su enfermedad o en residentes en unidades de larga estancia, es muy habitual observar determinadas conductas relacionadas con el fumar: solicitudes constantes de tabaco al personal y a otros pacientes, el "trapicheo" de cigarrillos, esconder mecheros y tabaco, fumar

fuera de las zonas designadas, una forma de fumar peculiar apurando con inspiraciones profundas hasta el final del cigarrillo, recogida de colillas, etc. También se crea entre los pacientes un espíritu de "compañerismo" dando y recibiendo tabaco unos de otros, lo cual es causa a veces de desavenencias y problemas entre ellos si no se cumplen los pactos de reciprocidad. Los cigarrillos pueden convertirse en "moneda" dentro de algunas instituciones residenciales. Todo ello, otorga al fumar una consideración de función social sobre la que es más difícil de intervenir para conseguir una reducción o un cese del hábito de fumar en estas personas, del mismo modo que en la población general.

**Deshabitación tabáquica**  
Porque de esto se trata al fin y al cabo: ofrecer a los pacientes fumadores con trastornos mentales la posibilidad de que obtengan una deshabituación tabáquica en pie de igualdad con el resto de personas. Para ello, es necesario realizar las mismas acciones de educación sanitaria, promoción de la salud, intervenciones psicoeducativas, psicoterapéuticas y farmacológicas que se aplican en la población general, y de las que no debe privarse a los enfermos mentales. Es cierto que puede ser más difícil de realizar estas labores en personas que, por un lado, tienen limitaciones en la comprensión y motivación, y, por otro, tienen un hábito arraigado y viven en un ambiente en el que los apoyos sociales para dejar de fumar son menos firmes. No obstante, la potencial ganancia en salud de los enfermos psiquiátricos fumadores hace que el objetivo valga la pena y para que se le



dedique el esfuerzo y los recursos adecuados. De hecho, entre los pacientes con enfermedad mental hay muchas personas que desean dejar de fumar, por razones de salud y por el gran coste que supone la adquisición de cigarrillos para personas con escasos recursos económicos.

## Hospitales sin humo

Así se ha entendido en los últimos años en el entorno hospitalario con la iniciativa "hospitales sin humo" que se extiende ya a los centros psiquiátricos. Los datos (no muy numerosos) fiables que se tienen de estudios de intervención para lograr la deshabituación tabáquica en enfermos mentales (esquizofrenia, depresión, trastornos adictivos) indican que los resultados son sólo ligeramente menores (10% -20% de exfumadores a los 12 meses) a los que se obtienen en la población general. Las técnicas que se emplean son en ambos casos similares. Es decir, aquellas que se han mostrado más eficaces: la combinación de estrategias de educación, abordaje psicoterapéutico cognitivo-conductual y tratamientos farmacológicos (parches de nicotina y otros de administración oral) que reducen la ansiedad y el ansia por fumar en los primeros días.

De forma esquemática, la estrategia puede resumirse en las siguientes acciones:

- Preguntar de forma sistemática a cada persona con enfermedad mental que es atendida (o ingresada) por un médico si fuma.
- Aconsejar de forma clara, personalizada y resulte a todo paciente a que deje de fumar.
- Evaluar lo firme de la decisión de dejar de fumar (por ejemplo, en los próximos 30 días), así como el resultado de intentos previos.
- Referir a aquellos pacientes que estén interesados en dejar de fumar a unidades especializadas de deshabituación tabáquica. Estas unidades, si están disponibles, obtienen mejores resultados.
- Proponer al paciente un plan concreto y detallado para dejar de fumar.
- Mantener un seguimiento tras el éxito inicial para lograr la consolidación del abandono del hábito tabáquico.

## Tabaco y fármacos

Durante el proceso de deshabituación tabáquica es también necesario un seguimiento estrecho del paciente por su psiquiatra. Cabe la posibilidad de que algunos síntomas psiquiátricos empeoren durante el periodo de tratamiento, especialmente aquellos de

carácter ansioso. Además hay que evaluar que los síntomas frecuentes por la "retirada" del tabaco no sean confundidos con otros derivados de la enfermedad mental del paciente y que podrían requerir de tratamiento. Una de las posibles complicaciones de dejar de fumar en los pacientes psiquiátricos que están recibiendo tratamiento farmacológico para su enfermedad mental, es el efecto que ello tenga en los niveles sanguíneos de los fármacos. Algunas de las sustancias del tabaco hacen que los fármacos se metabolicen por el paciente de forma más rápida, lo que da lugar a la necesidad de dosis más altas. Al cesar de fumar, esta situación cambia y los pacientes pueden sufrir los efectos de una dosis alta ya no necesaria.

Dejar de fumar debe de ser un objetivo tan válido y alcanzable para los enfermos con trastornos mentales como para el resto de la población. Los psiquiatras y otros profesionales sanitarios que son responsables del cuidado de estas personas están cada vez más concienciados en el abordaje integral para lograrlo. La sociedad, por su parte, debe también colaborar para que el cigarrillo deje de ser un estigma más de los pacientes con enfermedad mental.



**Hermanas Hospitalarias**

*"Curar y Cuidar"*

En colaboración con



**Gobierno de Navarra**

Pamplona  
**CLÍNICA PADRE MENNI**  
Servicios  
Unidad de Hospitalización  
Residencia Asistida | Unidad de Psicogeriatría  
Centro de Día | Servicio de consultas externas e interconsultas  
Pisos tutelados

CLÍNICA PADRE MENNI  
C. JOAQUÍN BEUNZA 45  
31014 PAMPLONA, NAVARRA  
T CONSULTAS EXTERNAS 948 13 67 37  
T 948 14 04 11 F 948 12 02 38  
[www.hospitalariasnavarra.org](http://www.hospitalariasnavarra.org)

Elizondo  
**CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI**  
Servicios  
Residencia Asistida | Unidad de Psicogeriatría | Centros de Rehabilitación | Psicossocial  
Discapacidad Intelectual (con enfermedad mental asociada)

CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI  
C. MENDIQUETA S/N  
31700 ELIZONDO, NAVARRA  
T 948 45 21 62 F 948 45 24 78  
[www.hospitalariasnavarra.org](http://www.hospitalariasnavarra.org)