

Dependencia del tabaco entre la población psiquiátrica y la población general¹

Renata Marques de Oliveira²
Jair Lício Ferreira Santos³
Antonia Regina Ferreira Furegato⁴

Objetivo: estimar el grado de dependencia del tabaco, identificando los factores independientes asociados y comparando a la población psiquiátrica en los niveles secundario y terciario de atención a la salud con la población general de la red básica de salud. Método: estudio epidemiológico de corte transversal, en un municipio del estado de São Paulo, con 134 fumadores del Servicio Ambulatorio de Salud Mental, del Hospital Psiquiátrico y de una Unidad Básica de Salud. Fueron realizadas entrevistas individuales, con registro de respuestas en dispositivo móvil. El tratamiento estadístico fue realizado con el programa Stata/12. Resultados: de los 134 participantes, un 54,5% eran mujeres. Mientras el 49,1% de la población psiquiátrica tenía media/alta dependencia del tabaco, el 58,3% de los fumadores de la población general tenía dependencia muy baja/baja. Entre los fumadores con dependencia elevada, el modelo de regresión de Poisson indicó un mayor predominio de personas de sexo masculino (Razón de Prevalencia-RP de 1,41), personas con hasta 49 años de edad (de 15 a 29 años, RP=4,06; de 30 a 39 años, RP=2,96; de 40 a 49 años, RP=1,84), con trastornos mentales graves (RP=3,05), trastornos de ansiedad/otros (RP=3,98) y con riesgo alto de suicidio (RP=1,55). Conclusión: la dependencia del tabaco fue mayor en la población psiquiátrica que en la población general. Los factores independientes asociados a la dependencia intensa fueron sexo, grupo etario, diagnóstico y riesgo actual de suicidio. La reflexión que arrojan estos resultados contribuye para que la enfermería le otorgue una mayor atención al tema, con el cual los servicios de salud mental se han mostrado poco comprometidos.

Descriptores: Uso de Tabaco; Tabaquismo; Epidemiología; Estudios Trasversales; Salud Mental; Enfermería Psiquiátrica.

¹ Artículo parte de Tesis de Doctorado "La prevalencia y lo perfil epidemiológico del uso del tabaco de la población psiquiátrica de los niveles secundario e terciario de atención comparados a la población general de la red básica de salud", presentada en la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoyo financiero de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

² PhD, Enfermera, Hospital das Clínicas de Marília (HC-Famema), Marília, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Titular, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Oliveira RM, Santos JLF, Furegato ARF. Tobacco addiction in the psychiatric population and in the general population. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2945. [Access

mes	día	año

]; Available in:

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/1518-8345.2202.2945>.

Introducción

Los trastornos mentales pueden ser responsables por experiencias de intenso sufrimiento, comprometiendo la calidad de vida, la autoestima, el buen funcionamiento social y laboral, las relaciones interpersonales y los vínculos familiares⁽¹⁻³⁾.

A los perjuicios emocionales y sociales vividos por los pacientes psiquiátricos, se suma el comprometimiento de la salud física y la longevidad, generándose un aumento de complicaciones somáticas. Se estima que los portadores de trastornos mentales graves y persistentes mueren, en media, 25 años antes que la población general, y el tabaquismo es uno de los principales responsables por la disminución de su expectativa de vida⁽⁴⁻⁶⁾.

Aunque los portadores de trastornos mentales representen un 22% de la población de los Estados Unidos (EE.UU.), son responsables por el consumo de aproximadamente la mitad de los cigarrillos que se producen en el país y por el 46% de las muertes relacionadas al tabaco, lo que destaca la gravedad de esta epidemia. Además, entre los portadores de trastornos mentales graves y persistentes se encuentran los índices más elevados de dependencia del tabaco y las menores tasas de cese del tabaquismo⁽⁷⁻¹²⁾.

El elevado consumo de tabaco impacta en la vida financiera de los portadores de trastornos mentales, pues estos llegan a comprometer hasta un 30% de sus ingresos mensuales comprando cigarrillos, siendo que más de 4% ya es considerado perjudicial. La dificultad para adquirir cigarrillos conduce a algunos individuos con trastornos mentales a prácticas humillantes, como hurtar cigarrillos o fumar colillas, comprometiendo su autoestima y el autorespeto⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Además, se advierte que los trastornos mentales se manifiestan de modo más grave entre quienes usan tabaco. También se observa la existencia de surtos (delirios y alucinaciones), idealización e intento de suicidio y la necesidad de internaciones psiquiátricas^(7, 11, 16-18).

Ante las evidencias científicas que retratan los aspectos perjudiciales del tabaquismo para la población psiquiátrica, el uso del tabaco no puede continuar siendo ignorado por los profesionales de enfermería, ya que, según la Ley del Ejercicio Profesional (Resolución COFEN 311/2007) el ejercicio de la enfermería está comprometido con la salud, buscando el desarrollo del ser humano en su totalidad.

En este estudio se partió de los siguientes cuestionamientos: 1) ¿es diferente el grado de dependencia del tabaco entre la población psiquiátrica y la población general de la red básica de salud?; 2) ¿cuáles son los factores independientes asociados a la dependencia del tabaco en estas dos poblaciones?

Aunque el uso de tabaco entre la población psiquiátrica haya tenido destaque en la literatura

científica nacional e internacional en los últimos años, este es, hasta donde sabemos, el primer estudio brasileño que se propone comparar la dependencia del tabaco entre la población psiquiátrica y la población general.

Este estudio tuvo por objetivo analizar el grado de dependencia del tabaco e identificar los factores independientes asociados, comparando a la población psiquiátrica de los niveles secundario y terciario de atención a la salud con la población general que frecuenta la red básica de salud.

Método

Se trata de un estudio epidemiológico de corte transversal, realizado en un municipio del interior del estado de São Paulo.

Con el fin de comparar la dependencia del tabaco entre la población psiquiátrica y la población general, este estudio fue realizado con tres grupos poblacionales provenientes de distintos servicios de salud del municipio: el Ambulatorio de Salud Mental (ASM), el Hospital Psiquiátrico (HP) y la Unidad Básica de Salud (UBS).

La muestra fue compuesta por 134 fumadores: 34 del ASM, 76 del HP y 24 de la UBS. El número de participantes no fue el mismo en los tres servicios, ya que como el presente estudio forma parte de un proyecto mayor, en el que se busca identificar diferentes aspectos del tabaquismo entre la población psiquiátrica y la población general, el cálculo del tamaño muestral fue realizado considerándose el total de participantes por servicio, lo que incluyó fumadores, ex-fumadores y no fumadores.

El cálculo de la muestra para el proyecto mayor (nivel de significación $\alpha=5\%$, $\beta=10\%$, estimativa de fumadores en el HP=60%, estimativa de fumadores en el ASM=40%) había indicado la necesidad de entrevistar 126 personas por servicio (muestra total=378). La muestra en el presente estudio es menor, ya que fueron incluidos solamente los fumadores.

Se consideraron criterios de inclusión: 1) declararse fumador; 2) residir en el municipio; 3) frecuentar el servicio de salud en el periodo de recolección de datos. Fueron criterios de exclusión: 1) menores de 15 años; 2) diagnóstico de retardo mental; 3) uso problemático de alcohol o sustancias ilícitas sin comorbilidades psiquiátricas; 4) dificultad para comunicarse verbalmente.

El proyecto fue registrado en la Plataforma Brasil/ CONEP con el CAAE N° 21101113.3.0000.5393 y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto - EERP/ USP (308/2013). Los equipos técnicos de los lugares donde se realizó el estudio fueron consultados sobre la posibilidad de la recolección de datos.

Los participantes firmaron el Consentimiento Informado (CI) por duplicado, del cual la investigadora archivó una copia. En los casos en que se notó alguna incapacidad del participante para firmar el consentimiento, se obtuvo firma del responsable.

Tres menores de 18 años de edad firmaron la aceptación y sus responsables firmaron el CI autorizando la participación de los mismos en esta investigación.

Para la recolección de datos se utilizaron tres instrumentos. El primero fue el cuestionario de identificación de los participantes, elaborado especialmente por los investigadores para este proyecto seleccionando las siguientes variables: sexo (femenino, masculino); grupo etario (de 15 a 29 años, de 30 a 39 años, de 40 a 49 años, de 50 a 59 años, con 60 años o más); escolaridad (analfabeto, enseñanza primaria, secundaria o superior), estado civil (soltero, casado, separado/divorciado, viudo); diagnóstico psiquiátrico (trastornos mentales graves, trastornos de ansiedad/ otros, sin diagnóstico); uso actual de antipsicóticos (primera generación, segunda generación, primera y segunda generación, no se aplica); uso de alcohol (usa, usó, nunca usó); uso de sustancias ilícitas (usa, usó, nunca usó); importancia del tabaco (debajo de la media, encima de la media).

La variable importancia del tabaco se obtuvo a partir de una escala en la que el fumador atribuía un puntaje de 0 a 10. En el análisis descriptivo, la importancia del tabaco registró un promedio de 6,6. A partir de este valor fueron creadas dos categorías: por debajo de la media y por encima de la media.

El segundo instrumento utilizado fue una escala de monitoreo del riesgo actual de suicidio y estuvo compuesto por seis preguntas. A partir de las mismas fue posible clasificar el riesgo actual de suicidio en: bajo, moderado y/o alto. En cinco preguntas, el sujeto debería responder considerando lo ocurrido durante el último mes: 1) ¿ha pensado que sería mejor estar muerto o deseó estar muerto?; 2) ¿ha querido hacerse daño a sí mismo?; 3) ¿ha pensado en suicidio?; 4) ¿ha pensado en una forma de suicidarse?; y 5) ¿ha intentado el suicidio? La última pregunta se refería a lo ocurrido a lo largo de la vida: 6) ¿ya ha realizado alguna tentativa de suicidio?⁽¹⁹⁾.

El tercer instrumento fue el Test de Dependencia de la nicotina de Fagerström (en inglés FTDN), compuesto por seis preguntas a partir de las cuales se investigó la conducta en relación al consumo de cigarrillos (primer cigarrillo del día, dificultad para no fumar en lugares prohibidos, cigarrillo del día que trae más satisfacción, cantidad, periodo en que fuma con más frecuencia y si fuma aun estando enfermo). A cada respuesta se le atribuyó determinado valor de puntos y la dependencia del tabaco fue clasificada a partir de la suma total de esos puntos: muy baja (0 a 2 puntos); baja (3 a 4 puntos);

media (5 puntos); alta (6 a 7 puntos) y muy alta (8 a 10 puntos). El instrumento fue validado en Brasil (prueba-reprueba 0,915 y α de Cronbach 0,642) y considerado test estándar en la evaluación de la dependencia del tabaco⁽²⁰⁾.

Los datos fueron recolectados mediante entrevistas individuales, realizadas en sala reservada y conducidas por un único entrevistador. Las respuestas de los participantes fueron registradas en dispositivo móvil (tableta) por medio de la aplicación *TabacoQuest*, desarrollada especialmente para este proyecto⁽²¹⁾.

Las respuestas de los sujetos, apuntadas por el investigador en la aplicación, fueron repasadas automáticamente a planilla Excel y, posteriormente, transferidas para el *software* Stata (versión 12) para su tratamiento estadístico.

Inicialmente fueron utilizadas herramientas de estadística descriptiva para la caracterización de los participantes (media, desviación estándar -- DE, mínimo y máximo, frecuencia absoluta y relativa). A continuación se realizó el análisis bivariado para la variable dependencia del tabaco, a partir del cálculo de la Razón de Prevalencia (RP) y de su respectivo Intervalo de Confianza (IC 95%).

El análisis multivariado fue realizado a partir del modelo de regresión múltiple de Poisson, que obtuvo como resultado un grado de dependencia del tabaco (puntuación FTDN ≤ 5 y ≥ 6). El modelo fue ajustado con control de exposición para la variable (*offset variable*) tiempo de uso de tabaco.

La dicotomización de los valores del FTDN fue posible por tratarse de un punto de corte reconocido en la literatura científica⁽⁹⁾.

Para la selección de las variables independientes, se consideraron aquellas que presentaron $p < 0,20$ en el análisis bivariado y fueron estimadas relevantes en la literatura científica. Se respetó el criterio de no rebasar el límite de diez casos por variable⁽²²⁾. De esta manera, el modelo podría tener hasta 13 variables ($134/10=13,4$).

Las variables independientes incluidas en el modelo fueron: sexo, grupo etario, antipsicóticos en uso en el momento, diagnóstico psiquiátrico principal, riesgo actual de suicidio, alcohol, sustancias ilícitas e importancia del uso del tabaco. Para evaluación de la posible presencia de colinealidad fueron calculados los factores de inflación de la varianza (en inglés VIF). Todos presentaron $VIF < 10$. El promedio del VIF fue 3. Los resultados fueron discutidos basándose en literatura científica.

Resultados

La mayoría de los 134 participantes era del sexo femenino, tenían estudios primarios y eran solteros. El promedio etario fue 46 años (de 15 a 78 años, DE=14).

Aproximadamente tres cuartas partes de los participantes tenían diagnóstico de trastornos mentales graves (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, de humor o de personalidad) y una parte bastante expresiva hacía uso de antipsicóticos de primera generación.

Aproximadamente un tercio corría alto riesgo de suicidio. La mayoría hizo referencia a uso actual de bebidas alcohólicas, mientras que una minoría admitió uso de sustancias ilícitas (Tabla 1).

Tabla 1 - Frecuencia absoluta y relativa (%) de las variables de caracterización de los participantes (n=134). Marília, SP, Brasil, 2014

Variables	n	%
Local:		
ASM*	34	25,4
HP†	76	56,7
UBS‡	24	17,9
Sexo		
Femenino	73	54,5
Grupo etario (años)		
15 a 29	22	16,4
30 a 39	25	18,7
40 a 49	29	21,6
50 a 59	35	26,1
≥60	23	17,2
Escolaridad		
Analfabeto	7	5,2
Primaria	86	64,2
Secundaria	32	23,9
Superior	9	6,7
Estado civil		
Soltero	74	55,2
Casado	29	21,6
Separado/divorciado	20	14,9
Viudo	11	8,2
Diagnóstico psiquiátrico principal		
Sin diagnóstico	16	11,9
Trastornos mentales graves	98	73,1
Trastornos de ansiedad/otros	20	14,9
Uso actual de antipsicótico		
No se aplica	40	29,8
1ª generación	56	41,8
2ª generación	19	14,2
1ª y 2ª generación	19	14,2
Riesgo actual de suicidio		
Sin riesgo	56	41,8
Bajo	25	18,7
Moderado	10	7,5
Alto	43	32,1
Alcohol		
Nunca usó	19	14,2
Usa	75	56,0
Usó	40	29,8
Sustancias ilícitas		
Nunca usó	89	66,4
Usa	17	12,7
Usó	28	20,9
Total	134	100,0

*ASM: Ambulatorio de Salud Mental; †HP: Hospital Psiquiátrico; ‡UBS: Unidad Básica de Salud

Setenta y un fumadores (el 53%) consideraron la importancia del tabaco como por encima de la media.

Los 134 fumadores habían comenzado a usar tabaco, en media, hace 28,5 años. Entre los fumadores del HP se verificó menor tiempo de tabaquismo (ASM=31, HP=25, UBS=35).

De los 134 fumadores, un 29,9% fueron clasificados con grado de dependencia del tabaco muy bajo/bajo, 47% con grado medio/alto y 23,1% con grado muy alto. Al comparar las dos poblaciones se notó que, mientras aproximadamente la mitad de la población psiquiátrica (ASM y HP) tenía medio/alto grado de dependencia, la mayoría de los fumadores de la población general, atendidos en la red básica de salud, tenía dependencia del tabaco muy baja/baja (Figura 1).

En el análisis por local de estudio se verificaron, en el ASM y en el HP, prevalencias similares de fumadores con grado de dependencia medio/alto. En el HP, sin embargo, fue identificada una frecuencia mayor de participantes con grado de dependencia muy alto. En la UBS, finalmente, el número de fumadores clasificados con grado muy alto fue irrisorio (Figura 2).

El análisis bivariado ofreció evidencia estadística de que la alta dependencia del tabaco (puntuación FTDN ≥6) estaba asociada a trastornos mentales graves, uso de antipsicóticos de 2ª generación, uso concomitante de antipsicóticos de 1ª y 2ª generación, alto riesgo de suicidio y uso actual y anterior de sustancias ilícitas.

Al ser ajustado a las demás variables, el modelo final de regresión múltiple de Poisson indicó mayor prevalencia de fumadores con dependencia alta entre hombres, personas con hasta 49 años de edad, e individuos con diagnóstico de trastornos mentales graves o trastornos de ansiedad/otros, así como con riesgo alto de suicidio.

En el modelo múltiple, la asociación de la dependencia del tabaco con antipsicóticos y sustancias ilícitas dejó de manifestarse, lo que puede haber ocurrido debido a la interferencia de otras variables (Tabla 2).

El modelo múltiple reveló que la prevalencia de fumadores con dependencia alta era un 41% mayor entre los hombres que entre las mujeres.

Los participantes con 15 a 29 años presentaron prevalencia de fumadores con grado alto de dependencia 4,06 mayor en comparación a los adultos mayores. La Razón de Prevalencia disminuyó con el aumento de la edad, sugiriendo efecto dosis-respuesta (Figura 3).

Independientemente de las variables incluidas en el modelo de regresión de Poisson, la prevalencia de fumadores con puntuación ≥6 en el FTDN fue, respectivamente, un 205% y un 298% mayor entre los participantes con trastornos mentales graves y trastornos de ansiedad/otros, en comparación con quienes no tenían diagnóstico.

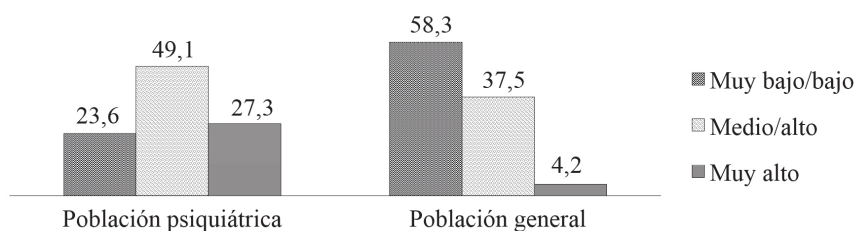
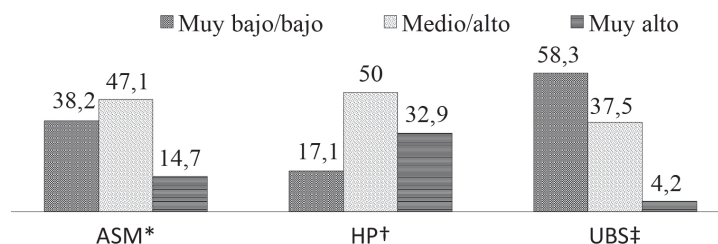


Figura 1 – Frecuencia relativa (%) del grado de dependencia del tabaco entre la población psiquiátrica en niveles secundario y terciario de atención, comparada a la población general de la red básica de salud. Marília, SP, Brasil, 2014



*ASM: Ambulatorio de Salud Mental; † HP: Hospital Psiquiátrico; ‡ UBS: Unidad Básica de Salud

Figura 2 – Frecuencia relativa (%) del grado de dependencia del tabaco, según local de estudio. Marília, SP, Brasil, 2014

Tabla 2 – Razón de Prevalencia bruta y ajustada al grado de dependencia del tabaco. Marília, SP, Brasil, 2014

Variables	Dependencia tabaco FTDN*		Bruta	Ajustada†
	≤5 puntos n (%)	≥6 puntos n (%)	RP (IC 95%)‡	RP (IC 95%)‡
Sexo				
Femenino	34 (46,6)	39 (53,4)	1	1
Masculino	21 (34,4)	40 (65,6)	1,23 (0,93; 1,63)	1,41 (1,01; 1,95)§
Grupo etario (años)				
≥60	11 (47,8)	12 (52,2)	1	1
15 a 29	8 (36,4)	14 (63,6)	1,22 (0,74; 2,02)	4,06 (1,86; 8,87)§
30 a 39	6 (24)	19 (76)	1,46 (0,93; 2,28)	2,96 (1,64; 5,32)§
40 a 49	10 (34,5)	19 (65,5)	1,26 (0,78; 2,01)	1,84 (1,05; 3,25)§
50 a 59	20 (57,1)	15 (42,9)	0,82 (0,47; 1,42)	0,90 (0,50; 1,60)
Diagnóstico				
Sin diagnóstico	13 (81,3)	3 (18,7)	1	1
Trastornos mentales graves	33 (33,7)	65 (66,3)	3,54 (1,26; 9,90)§	3,05 (1,06; 8,80)§
Trastornos de ansiedad/otros	9 (45)	11 (55)	2,93 (0,98; 8,76)	3,98 (1,40; 11,33)§
Uso actual de antipsicóticos				
No se aplica	21 (52,5)	19 (47,5)	1	1
1ª generación	25 (44,6)	31 (55,4)	1,17 (0,78; 1,74)	0,77 (0,52; 1,14)
2ª generación	4 (21)	15 (79)	1,66 (1,11; 2,48)§	1,21 (0,79; 1,83)
1ª e 2ª generación	5 (26,3)	14 (73,7)	1,55 (1,02; 2,37)§	0,93 (0,57; 1,52)
Riesgo actual de suicidio				
Sin riesgo	30 (53,6)	26 (46,4)	1	1
Bajo	12 (48)	13 (52)	1,12 (0,70; 1,79)	1,14 (0,71; 1,81)
Moderado	4 (40)	6 (60)	1,29 (0,72; 2,30)	1,22 (0,70; 2,12)
Alto	9 (20,9)	34 (79,1)	1,70 (1,23; 2,35)§	1,55 (1,02; 2,35)§
Alcohol				
Nunca usó	11 (57,9)	8 (42,1)	1	1
Usa	19 (47,5)	21 (52,5)	1,25 (0,68; 2,28)	0,84 (0,45; 1,59)
Usó	25 (33,3)	50 (66,7)	1,58 (0,91; 2,74)	1,01 (0,58; 1,76)
Substancias ilícitas				
Nunca usó	45 (50,6)	44 (49,4)	1	1
Usa	2 (11,8)	15 (88,2)	1,78 (1,36; 2,34)§	1,46 (0,95; 2,23)
Usó	8 (28,6)	20 (71,4)	1,44 (1,06; 1,98)§	1,19 (0,76; 1,88)
Importancia del tabaco				
Debajo de la media	31 (49,2)	32 (50,8)	1	1
Encima de la media	24 (33,8)	47 (66,2)	1,30 (0,97; 1,75)	1,12 (0,77; 1,63)
Total	55 (41)	79 (59)		

*FTDN: Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerström; †ajustada: modelo de regresión múltiple de Poisson; ‡RP (IC 95%): Razón de Prevalencia e Intervalo de Confianza del 95%; §evidencia de asociación estadística ($p < 0,05$)

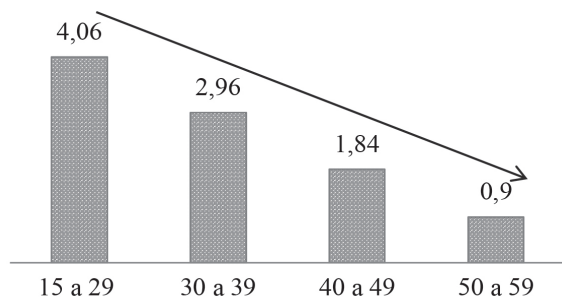


Figura 3 – Razón de Prevalencia ajustada al grado alto de dependencia del tabaco, según grupo etario (grupo de referencia: adultos mayores, con 60 años o más). Marília, SP, Brasil, 2014

Ser evaluado con alto riesgo de suicidio aumentó la prevalencia de fumadores con dependencia alta en 1,55 en relación a los que no presentaron riesgo de suicidio.

Los datos obtenidos por medio de esta muestra sugieren que la importancia dada al tabaco por el fumador no tenía relación con la intensidad de su dependencia. En el modelo bivariado, esta relación podría haber quedado de manifiesto con una muestra mayor, ya que el límite inferior del Intervalo de Confianza estuvo próximo de 1 (si fuera mayor que 1, habría indicio de asociación). En el modelo múltiple, sin embargo, la Razón de Prevalencia disminuyó y los límites del IC (95%) mostraron claramente que no había posibilidad de asociación.

Discusión

La dependencia del tabaco fue más intensa entre la población psiquiátrica, especialmente la internada en el HP, y en esta población la alta dependencia del tabaco coincide con resultados nacionales e internacionales^(8-11, 23).

En la población general atendida por la red básica de salud predominaron los fumadores con dependencia del tabaco muy baja/baja. En ese mismo ámbito, en una encuesta nacional reciente, se indicó que un 81% de los fumadores de la población general brasileña tenían baja dependencia del tabaco⁽²⁴⁾.

En el análisis multivariado, se reveló una mayor dependencia entre los hombres de grupos etarios más jóvenes, portadores de trastornos mentales graves, trastornos de ansiedad/otros e individuos con alto riesgo de suicidio.

La prevalencia superior de hombres entre los fumadores con intensa dependencia del tabaco es reflejo de las ideas diseminadas por la industria tabacalera. Éstas incentivaban entre ellos el consumo del cigarrillo asociándolo a la imagen de masculinidad/virilidad. Aunque años más tarde las industrias incluyeron a las mujeres en su público objetivo, el tabaco se diseminó en

menor escala entre ellas, ya que encontró resistencia en la sociedad⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Además de la influencia de la industria y la aceptación por la sociedad, el mayor grado de dependencia del tabaco entre los hombres es explicado por el hecho conocido de que las hormonas femeninas protegen a las mujeres de un desarrollo más intenso de la dependencia⁽²⁷⁻²⁸⁾.

El conocimiento de este factor es importante, pues indica que las estrategias para tratar la dependencia del tabaco pueden ser diferentes entre hombres y mujeres. Frente a esto, los hombres responderían mejor a los tratamientos medicamentosos enfocados en la dependencia y las mujeres a los que son dirigidos al comportamiento de fumar⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Esta información está vinculada a los enfermeros, puesto que, como integrantes del equipo de salud, deben actuar de modo activo en el grupo multidisciplinario, aplicando su conocimiento técnico-científico en la planificación de mejores estrategias para ayudar a los pacientes a dejar de fumar.

La mayor dependencia del tabaco entre los jóvenes, comparada a la de los adultos mayores, se mantuvo incluso después de los ajustes según sexo, diagnóstico psiquiátrico, uso actual de antipsicóticos, riesgo de suicidio, uso de alcohol, uso de sustancias ilícitas e importancia asignada al tabaco.

Este resultado es preocupante, ya que los jóvenes son los que menos buscan tratamiento psiquiátrico. Por lo tanto, para que las intervenciones en el tabaquismo puedan alcanzar a ese público, los enfermeros y demás profesionales necesitan pensar estrategias efectivas para quienes aún no fueron incluidos en la red de servicios de salud mental⁽²⁹⁾.

La fuerte asociación entre la dependencia del tabaco y los trastornos mentales era esperada, considerando la elevada prevalencia de fumadores en la población psiquiátrica. Se cree que la mayor dependencia en esa población pueda tener relación con la búsqueda cada vez mayor de cigarrillos, en la tentativa de automedicación ante síntomas psiquiátricos.

En estudio norteamericano de cohorte (n=43.093), se reveló que cada diagnóstico psiquiátrico, adicional al diagnóstico psiquiátrico principal, aumenta en un 67% la probabilidad de que el individuo sea clasificado como fumador severo (≥ 24 cigarrillos/día)⁽²⁹⁾. Sin embargo, este efecto no pudo ser evaluado en el presente estudio, pues se obtuvo solamente el diagnóstico principal.

En estudio brasileño, realizado con portadores de trastornos mentales con ingreso en Unidad Psiquiátrica en Hospital General (UPHG), se reveló que el 78% de los fumadores usaban el tabaco como forma de auto-medicar los síntomas psiquiátricos, visto que un 79% dijo que el tabaco aliviaba la ansiedad, un 57,3% que mejoraba

el humor y un 29,2% que aumentaba la concentración. A pesar de esto, algunos pacientes reconocieron que el alivio de esos síntomas era temporario, lo que los inducía a fumar mayor cantidad de cigarrillos^(10,30).

La asociación entre una intensa dependencia del tabaco y un alto riesgo de suicidio fue mantenida en el modelo múltiple.

La relación entre suicidio y tabaquismo ganó destaque cuando, en estudios de cohorte, fue identificado el uso de tabaco y su alta dependencia como factor de riesgo para comportamientos suicidas, incluso después del ajuste según las variables psiquiátricas. En este sentido se encontraron evidencias de efecto dosis-respuesta, de modo que cuanto mayor es el número de cigarrillos fumados por día, mayor es el riesgo de suicidio. Hay, también, indicios de disminución de este riesgo con el cese del consumo de tabaco⁽³¹⁻⁴⁰⁾.

En algunos estudios se intenta explicar la asociación entre el uso de tabaco y el suicidio a partir de la acción de los neurotransmisores. En suma, se cree que el tabaco, al disminuir la actividad de la enzima monoaminoxidasa (MAO-A y MAO-B), contribuye con el aumento del comportamiento impulsivo, uno de los factores que predispone al individuo a realizar tentativas de suicidio⁽⁴¹⁻⁴³⁾.

Observando el agravante por riesgo de suicidio, se recomienda intensificar investigaciones y acciones sociales y terapéuticas acerca de este tema⁽³²⁾.

En estudio americano se constató una reducción del riesgo de suicidio después de la implementación de acciones de control del tabaquismo, como por ejemplo el aumento de los impuestos sobre los cigarrillos y de los ambientes libres de tabaco. Se estimó que el aumento de un dólar en los impuestos sobre los cigarrillos sería capaz de reducir en 10,5% el riesgo de suicidio. Considerando el número absoluto de suicidios ocurridos en 2012, esto correspondería a la reducción de 4.000 suicidios/año en el país⁽⁴⁴⁾.

La asociación entre dependencia del tabaco y riesgo de suicidio es un descubrimiento importante para la enfermería, ya que, a pesar de que la Ley brasileña 12.546/2011 prohíba fumar en ambientes colectivos, el tabaquismo aún está presente en muchos servicios brasileños de salud mental. Considerando que los pacientes que presentan riesgo de suicidio requieren observación rigurosa del equipo de enfermería, especialmente durante la internación psiquiátrica, permitir que el paciente psiquiátrico fume contrariaría el principio ético de no maleficencia.

La asociación entre dependencia del tabaco, bebida alcohólica y sustancias ilícitas, en el presente estudio, no fue consistente al categorizar el grado de dependencia de forma dicotómica (≤ 5 puntos y ≥ 6 puntos), aunque estos puntos de corte sean reconocidos en la literatura científica⁽⁹⁾.

Los resultados aquí destacados son valiosos para fundamentar las acciones de los enfermeros, ya que además de confirmar la mayor prevalencia de fumadores con dependencia intensa del tabaco entre la población psiquiátrica, permitieron identificar, a partir de la realización del modelo múltiple, las variables independientes asociadas a la dependencia. Estos son conocimientos y argumentos necesarios para que el tabaquismo pueda ser integrado al diálogo entre los pacientes y el equipo multidisciplinario.

Entre las limitaciones de este estudio se destaca el método utilizado (estudio transversal), el cual no permite inferir causalidad.

Conclusión

La dependencia del tabaco fue más alta entre la población psiquiátrica en niveles secundario y terciario de atención que entre la población general que busca atención en la red básica de salud.

Con los resultados del modelo múltiple, los factores independientes asociados a la intensa dependencia del tabaco fueron sexo, grupo etario, diagnóstico psiquiátrico y riesgo actual de suicidio

La reflexión que arrojan estos resultados contribuye para que la enfermería brasileña le dedique más atención a este tema, con el cual los servicios de salud mental se han mostrado poco comprometidos.

Referências

1. Hasan AAH, Musleh M. Self-stigma by people diagnosed with schizophrenia, depression and anxiety: cross-sectional survey design. *Perspect Psychiatr Care*. 2017;1-7. doi: 10.1111/ppc.12213.
2. Ramírez A, Palacio JD, Vargas C, Díaz-Zuluaga AM, Duica K, Berruecos YA, et al. Expressed Emotions, Burden and Family Functioning in Schizophrenic and Bipolar I Patients of a Multimodal Intervention Program: PRISMA. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2017;46(1):2-11. doi: 10.1016/j.rcp.2016.02.004.
3. Ritsner MS, Arbitman M, Lisker A, Ponizovsky AM. Ten-year quality of life outcomes among patients with schizophrenia and schizoaffective disorders II. Predictive value of psychosocial factors. *Qual Life Res*. 2012;21(6):1075-84. doi:10.1007/s11136-011-0015-4.
4. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis*. [Internet]. 2006 Mar 15 [cited Apr 24, 2017];3(2):1-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1563985/pdf/PCD32A42.pdf>
5. Dickerson F, Origoni A, Schroeder J, Schweinfurth LA, Stallings C, Savage CL, et al. Mortality in schizophrenia

- and bipolar disorder: clinical and serological predictors. *Schizophr Res.* 2016;170(1):177-83. doi: 10.1016/j.schres.2015.11.010.
6. Srihari VH, Phutane VH, Ozkan B, Chwastiak L, Ratliff JC, Woods SW, et al. Cardiovascular mortality in schizophrenia: defining a critical period for prevention. *Schizophr Res.* 2013;146(1-3): 64-8. doi: 10.1016/j.schres.2013.01.014.
7. Aubin HJ, Rollema H, Svensson TH, Winterer G. Smoking, quitting, and psychiatric disease: a review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2012;36(1):271-84. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.06.007.
8. Chen J, Bacanu SA, Yu H, Zhao Z, Jia P, Kendler KS, et al. Genetic Relationship between Schizophrenia and Nicotine Dependence. *Sci Rep.* 2016;6:25671. doi: 10.1038/srep25671.
9. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res.* 2005;76(2-3):135-157. doi:10.1016/j.schres.2005.02.010.
10. Oliveira RM, Siqueira Júnior AC, Santos JL, Furegato ARF. Nicotine dependence in the mental disorders, relationship with clinical indicators, and the meaning for the user. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014;22(4):685-92. doi: 10.1590/0104-1169.3549.2468
11. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, Mental Illness, and Public Health. *Annu Rev Public Health.* 2017;38:165-85. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044618.
12. Schroeder SA, Morris CD. Confronting a neglected epidemic: tobacco cessation for persons with mental illnesses and substance abuse problems. *Annu Rev Public Health.* 2010;31:297-314. doi: 10.1146/annurev-publhealth.012809.103701.
13. Lawn SJ, Pols RG, Barber JG. Smoking and quitting: a qualitative study with community-living psychiatric clients. *Soc Sci Med.* [Internet]. 2002 Jan 1 [cited Apr 24, 2017];54(1):93-104. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11820684>
14. Steinberg M, Williams J, Ziedonis D. Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. *Tob Control.* [Internet]. 2004 Jun 1 [cited Apr 24, 2017]; 13(2):206. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1747846/pdf/v013p00206.pdf>
15. World Bank [Internet]. The economics of tobacco use & tobacco control in the developing world. 2003. [cited Mar 17, 2017]. Available from: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/tobacco/documents/world_bank_en.pdf.
16. Krishnadas R, Jauhar S, Telfer S, Shivashankar S, McCreadie RG. Nicotine dependence and illness severity in schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2012;201(4):306-12. doi: 10.1192/bjp.bp.111.107953.
17. Prochaska JJ. Smoking and mental illness: breaking the link. *N Engl J Med.* 2011;365(3): 196-8. doi: 10.1056/NEJMp1105248.
18. Winterer G. Why do patients with schizophrenia smoke? *Curr Opin Psychiatry.* 2010;23(2):112-9. doi:10.1097/YCO.0b013e3283366643.
19. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim LI, Bonora JP, Sheehan FD, et al. MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview, Brazilian Version 5.0.0. [cited Mar 17, 2017]. Available from: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Cursos/Saude-Mental-DSM-07-03.pdf>.
20. Carmo JT, Andrés-Pueyo AA. Adaptation into portuguese for the Fagerström test for nicotine dependence (FTND) to evaluate the dependence and tolerance for nicotine in brazilian smokers. *RBM Rev Bras Med.* [Internet]. 2002 Jan 1 [cited Apr 24, 2017]; 59(1/2):73-80. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=319174&indexSearch=ID>
21. Oliveira, RM, Duarte AF, Alves D, Furegato ARF. Development of the TabacoQuest app for computerization of data collection on smoking in psychiatric nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016;24(e2726):1-10. doi:10.1590/1518-8345.0661.2726.
22. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol.* [Internet]. 1996 [cited Apr 24, 2017];49(12):1373-9. Available from: [http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(96\)00236-3/abstract](http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(96)00236-3/abstract)
23. Chaves L, Shirakawa I. Nicotine use in patients with schizophrenia evaluated by the Fagerström Tolerance Questionnaire: a descriptive analysis from a Brazilian sample. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; 30(4):350-352. doi:10.1590/S1516-44462008005000014
24. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Global Adult Tobacco Survey – Brazil Report. 2011 [cited Apr 24, 2017]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf.
25. Eriksen M, Mackay J, Schluger N, Gomeshtapeh FI, Drope J. The Tobacco Atlas. 2015 [cited Apr 24, 2017]. Available from: http://3pk43x313ggr4cy0lh3tctjh.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/03/TA5_2015_WEB.pdf.
26. Pogun S, Yazarbas G, Nesil T, Kanit L. Sex differences in nicotine preference. *J Neurosci Res.* 2017;95(1-2):148-62. doi: 10.1002/jnr.23858.
27. Allen AM, Oncken C, Hatsukami D. Women and Smoking: The Effect of Gender on the Epidemiology, Health Effects, and Cessation of Smoking. *Curr Addict Rep.* 2014;1(1):53-60.

- doi: 10.1007/s40429-013-0003-6
28. Vogel RI, Hertsgaard LA, Dermody SS, Luo X, Moua L, Allen S, et al. Sex differences in response to reduced nicotine content cigarettes. *Addict Behav.* 2014;39(7):1197-204. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.03.021.
29. Smith PH, Mazure CM, McKee SA. Smoking and mental illness in the US Population. *Tob Control.* 2014; 23(e2):e147-e153. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2013-051466.
30. Oliveira RM, Siqueira AC Júnior, Furegato AR. The meaning of smoking for patients with mental disorder. *Issues Ment Health Nurs.* 2015;36(2):127-34. doi: 10.3109/01612840.2014.953277.
31. Berlin I, Covey LS, Donohue MC, Agostin V. Duration of smoking abstinence and suicide-related outcomes. *Nicotine Tob Res.* 2011;13(10):887-93. doi: 10.1093/ntr/ntr089.
32. Berlin I, Hakes JK, Hu MC, Covey LS. Tobacco use and suicide attempt: longitudinal analysis with retrospective reports. *PLoS One.* 2015;10(4):e0122607. doi: 10.1371/journal.pone.0122607. eCollection 2015.
33. Covey LS, Berlin I, Hu MC, Hakes JK. Smoking and suicidal behaviours in a sample of US adults with low mood: a retrospective analysis of longitudinal data. *BMJ Open.* 2012;2(3):876. doi: 10.1371/journal.pone.0122607
34. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ.* [Internet]. 1994 [cited Apr 24, 2017]; 309(6959):901-11. Available from: <http://www.bmj.com/content/309/6959/901.long>
35. Ducasse D, Jaussent I, Guillaume S, Azorin JM, Bellivier F, Belzeaux R, et al. Increased risk of suicide attempt in bipolar patients with severe tobacco dependence. *J Affect Disord.* 2015;183:113-8. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.038.
36. Li D, Yang X, Ge Z, Hao Y, Wang Q, Liu F, et al. Cigarette smoking and risk of completed suicide: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Psychiatr Res.* 2012;46(10):1257-66. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.03.013.
37. Lucas M, O'Reilly EJ, Mirzaei F, Okereke OI, Unger L, Miller M, et al. Cigarette smoking and completed suicide: results from 3 prospective cohorts of American adults. *J Affect Disord.* 2013;151(3):1053-8. doi: 10.1016/j.jad.2013.08.033.
38. Sankaranarayanan A, Clark V, Baker A, Palazzi K, Lewin TJ, Richmond R, et al. Reducing smoking reduces suicidality among individuals with psychosis: Complementary outcomes from a Healthy Lifestyles intervention study. *Psychiatry Res.* 2016;243:407-12. doi: 10.1016/j.psychres.2016.07.006.
39. Tverdal A, Thelle D, Stensvold I, Leren P, Bjartveit K. Mortality in relation to smoking history: 13 years' follow-up of 68,000 Norwegian men and women 35-49 years. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 1993 [cited Apr 24, 2017];46(5):475-87. Available from: [http://www.jclinepi.com/article/0895-4356\(93\)90025-V/abstract](http://www.jclinepi.com/article/0895-4356(93)90025-V/abstract)
40. Yaworski D, Robinson J, Sareen J, Bolton JM. The relation between nicotine dependence and suicide attempts in the general population. *Can J Psychiatry.* 2011;56(3):161-70. doi: 10.1177/070674371105600306.
41. Hogg RC. Contribution of monoamine oxidase inhibition to tobacco dependence: a review of the evidence. *Nicotine Tob Res.* 2016;18(5):509-23. doi: 10.1093/ntr/ntv245.
42. Meyer-Lindenberg A, Buckholtz JW, Kolachana B, Hariri A, Pezawas L, Blasi G, et al. Neural mechanisms of genetics risk for impulsivity and violence in humans. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2006;103(16):6269-74. doi: 10.1073/pnas.0511311103
43. Orelund L, Damberg M, Hallman J, Garpenstrand H. Smoking only explains part of the associations between platelet monoamine oxidase activity and personality. *J Neural Transm. (Vienna).* 2002;109(5-6):963-75. doi: 10.1007/s007020200079
44. Grucza RA, Plunk AD, Krauss MJ, Cavazos-Rehg PA, Deak J, Gebhardt K, et al. Probing the smoking-suicide association: do smoking policy interventions affect suicide risk? *Nicotine Tob Res.* 2014;16(11):1487-94. doi: 10.1093/ntr/ntu106.

Recibido: 19.5.2017

Aceptado: 2.8.2017

Correspondencia:

Antonia Regina Ferreira Furegato
 Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
 Av. dos Bandeirantes, 3900
 Bairro: Monte Alegre
 CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
 E-mail: furegato@eerp.usp.br

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.