


Prevalencia y perfil de fumadores: comparaciones en la población psiquiátrica y en la población general*

Renata Marques de Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7169-8309>

Jair Lício Ferreira Santos²

 <https://orcid.org/0000-0001-7367-4418>

Antonia Regina Ferreira Furegato³

 <https://orcid.org/0000-0002-7901-2965>

Objetivos: identificar prevalencia de fumadores entre la población psiquiátrica y la población general; comparar el perfil personal, sociodemográfico y clínico de los fumadores y no fumadores de la población psiquiátrica y de la población general; verificar las razones para fumar de esos dos grupos poblacionales. Método: estudio epidemiológico descriptivo-analítico, de corte transversal, con 378 pacientes de tres servicios: Ambulatorio Salud Mental, Hospital Psiquiátrico y Unidad Básica de Salud. Se realizaron entrevistas con tres cuestionarios. Se aplicaron pruebas chi-cuadrado y *Kruskal-Wallis*. Resultados: de los 378 participantes, 67% eran mujeres y 69% tenían más de 40 años. Identificada mayor prevalencia de fumadores entre hombres, jóvenes, analfabetos, solteros y recibidores de más de un beneficio del gobierno. Los fumadores prevalecieron entre los esquizofrénicos, pacientes crónicos, que utilizaban ≥ 3 psicofármacos y con histórico de ≥ 4 internaciones psiquiátricas y/o tentativas de suicidio. La principal razón alegada para fumar fue la mejoría de los afectos negativos. Conclusión: la prevalencia de fumadores es mayor en la población psiquiátrica (especialmente entre los pacientes graves) y entre los hombres, jóvenes, solteros y con prejuicios socioeconómicos. La principal razón para fumar es el alivio de la tensión/relajamiento. El presente estudio provee, a los enfermeros y demás profesionales, conocimiento capaz de subsidiar la planificación de intervenciones del tabaquismo en la población brasilera.

Descriptores: Tabaquismo; Prevalencia; Salud Mental; Psiquiatría; Epidemiología; Enfermería Psiquiátrica.





* Artículo parte de la 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.

¹ Faculdade de Medicina de Marília, Hospital das Clínicas de Marília, Marília, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 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. Prevalence and smokers' profile: comparisons between the psychiatric population and the general population. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3149. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2976.3149>. mes día año

URL

Introducción

Actualmente, la prevalencia mundial de fumadores es de 20,7%, al paso que, en 2007, era 23,5%. Ese resultado expresa una tendencia global, sin embargo, se observa que la reducción fue más expresiva en los países con renta per cápita elevada⁽¹⁾.

Estudios más localizados muestran divergencia en la prevalencia de fumadores entre diferentes grupos poblacionales, especialmente entre aquellos considerados vulnerables – pobres, homosexuales, portadores de trastornos mentales y usuarios de alcohol y de sustancias ilícitas⁽²⁻⁴⁾.

El tabaquismo es responsable por cerca de siete millones de muertes por año, o sea, una en cada 10 muertes es explicada por el uso del tabaco. A pesar del índice elevado de mortalidad, 30 millones de vidas podrían haber sido salvadas, en los últimos diez años en recurrencia del empeño de la Organización Mundial de la Salud y de los gobiernos en el control de esa epidemia⁽¹⁾.

Hace más de una década, la Organización Mundial de la Salud propuso acciones con la finalidad de controlar el tabaquismo, las cuales comprenden monitoreo del uso del tabaco, concientización sobre los maleficios para sí y para los fumadores pasivos, incentivo a la realización de propagandas sobre la prohibición de fumar, ayuda para parar el uso y aumento de impuestos sobre los productos derivados del tabaco. Se estima que dos tercios de la población mundial son protegidas por esas acciones, dado que 121 países adoptan, al menos, una de ellas⁽¹⁾.

Aunque mucho se haya avanzado, en las últimas décadas, la Organización Mundial de la Salud reconoce el fumar tabaco como una práctica letal, defendiendo el urgente fortalecimiento de las acciones de control⁽¹⁾.

El fumar tabaco, entre los portadores de trastornos mentales, siempre fue muy frecuente e incentivado hasta por los profesionales de la salud. Actualmente, es visto como un problema de salud pública, ya que la prevalencia de fumadores, entre ellos, es dos o tres veces mayor, si es comparada a la población en general. Ese hecho acarrea prejuicios físicos (alto índice de mortalidad precoz debido a comorbilidades clínicas), mentales (agravo de los síntomas psiquiátricos), sociales (aislamiento social) y financieros (supresión de gastos esenciales para comprar cigarrillos)^(3,5-7).

Trayendo esa discusión para nivel nacional, el último levantamiento brasileiro reveló prevalencia de fumadores en la población general de 14,7%. A título de comparación, en 1989, era 32,4%. Además, en un período de cinco años (2008 a 2013), las tentativas de parar de fumar aumentaron de 41,3% para 47,2%, según estudio realizado con 39.425 brasileiros en todo territorio nacional⁽⁸⁻⁹⁾.

Es indiscutible el empeño de Brasil en el control del tabaquismo, habiendo sido uno de los primeros países a firmar la "Convención-Cuadro para Control del Tabaco"⁽¹⁰⁾. Todavía, es preciso tener conciencia de que las acciones de control no están modificando solamente la prevalencia de fumadores, sino también a su distribución.

Ese pensamiento está en consonancia con la Organización Mundial de la Salud que defiende que la comprensión del perfil y de las tendencias del fumar tabaco contribuye para el fortalecimiento de las políticas de control del tabaquismo⁽¹⁾.

En esa perspectiva, es necesario no solo cuestionar cuantos fumadores hay, sino quienes son los fumadores actuales y cuáles son sus razones para fumar.

Este estudio tuvo por objetivos: 1) Identificar la prevalencia de fumadores entre la población psiquiátrica y la población general; 2) Comparar el perfil personal, sociodemográfico y clínico de los fumadores y de los no fumadores de la población psiquiátrica y de la población general; 3) Verificar las razones para fumar de los fumadores de esos dos grupos poblacionales.

Método

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo-analítico, de corte transversal, conducido con 378 pacientes, concomitantemente, en tres servicios de salud de un municipio paulista: Ambulatorio de Salud Mental, Hospital Psiquiátrico y Unidad Básica de Salud.

El Ambulatorio de Salud Mental y el Hospital Psiquiátrico fueron escogidos para que fuese posible contemplar la población de pacientes psiquiátricos, tanto hospitalizada como la atendida en servicios extra-hospitalarios. La Unidad Básica de Salud, a la vez, fue definida como local del estudio a fin de contemplar la población general.

Una muestra probabilística aleatoria simple fue calculada, estimándose que la prevalencia de fumadores en el ambulatorio de salud mental sería en torno de 40% y en el hospital psiquiátrico, 60%. Las prevalencias estimadas fueron basadas en la experiencia de los investigadores en servicios de salud mental, así como en la literatura científica⁽¹¹⁻¹²⁾. Con nivel de significancia (α) de 5% y beta (β) de 10%, el cálculo de la muestra indicó la necesidad de 126 participantes para cada local del estudio. Los individuos fueron incluidos en la investigación conforme orden de llegada al servicio o fecha de la internación, en el período de la colecta.

Para participar de esta investigación, el individuo debería residir en el municipio y tener, al mínimo, 15 años de edad. Fueron excluidos aquellos que tenían dificultad o imposibilidad de comunicarse debido

a prejuicios vocales o de audición, los que tenían diagnóstico de retardo mental y que declararon uso problemático de alcohol o sustancias ilícitas, sin comorbilidades psiquiátricas.

Fueron considerados los mismos criterios de inclusión y de exclusión para la población del Ambulatorio de Salud Mental, del Hospital Psiquiátrico y de la Unidad Básica de Salud. Así, se optó por no excluir los

portadores de trastornos mentales de la Unidad Básica de Salud de manera de poder mantener la comparación con los estudios realizados por la Organización Mundial de Salud y por demás autores, los cuales no utilizan el diagnóstico psiquiátrico como criterio de exclusión para investigar el tabaquismo en la población en general^(1,8-9).

En la Figura 1, es ilustrado el proceso de definición de los participantes del estudio:

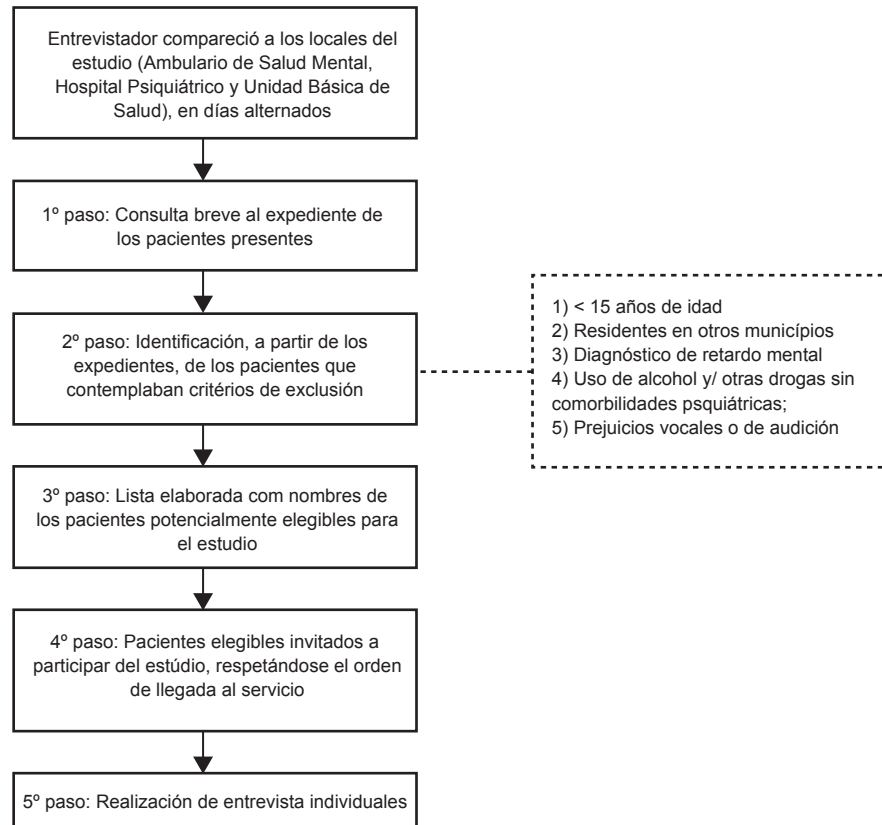


Figura 1 – Etapas de definición de los pacientes incluidos en el estudio

El proyecto fue registrado en la Plataforma Brasil/ CONEP (CAAE 21101113.3.0000.5393) y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto (308/2013). Los participantes firmaron dos vías del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE), habiendo sido archivada una copia con los investigadores. Los participantes entre 15 y 18 años de edad (n= 3) firmaron un término de asentimiento y sus responsables un TCLE para autorizar la participación del menor.

Los datos fueron obtenidos por un único investigador, a partir de entrevistas individuales con los 378 participantes, en una sala reservada. Las entrevistas tuvieron duración media de 18 minutos (10 a 47 minutos). Para eso, se utilizaron tres instrumentos: 1) Cuestionario de identificación de los pacientes que frecuentan los servicios de salud mental y de la atención básica, 2) Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica y 3) Escala Razones para Fumar Modificada.

Los instrumentos fueron digitalizados en el aplicativo *TabacoQuest* y las respuestas de los entrevistados fueron señaladas en un dispositivo móvil⁽¹³⁾.

El cuestionario de identificación de los pacientes fue elaborado especialmente para el proyecto del cual proviene el presente artículo, habiendo sido seleccionadas 15 variables. La variable resultado es "humo actual de tabaco" con las categorías dicotómicas fumador y no fumador. Las demás variables, seleccionadas con la intención de comparar el perfil de los fumadores y de los no fumadores, son: sexo (femenino, masculino); grupo de edad (15 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 49 años, 50 a 59 años, ≥ 60 años); escolaridad (analfabeto, enseñanza primaria, enseñanza secundaria, enseñanza superior); estado civil (soltero, casado, separado/divorciado, viudo); vida en domicilio (vive solo, sin compañero/con familiares, sin compañero/con otras personas, con compañero apenas, con compañero y familiares); ocupación (jubilado, ama

de casa, trabajador, sin ocupación); abandono del vínculo laboral después del diagnóstico del trastorno mental (sí, no, no se aplica); beneficios del gobierno (ninguno, uno, dos o más); diagnóstico psiquiátrico (esquizofrenia/trastorno esquizo-afectivo); tiempo de diagnóstico (< 1 año, 1 a 12 años, > 12 años); psicofármacos en uso (ninguno, uno, dos, tres, cuatro, entre cinco y siete); uso actual de antipsicóticos (primera generación, segunda generación, primera y segunda generación, no se aplica); internaciones psiquiátricas (ninguna, una, dos, tres, cuatro o más); tentativas de suicidio (ninguna, una, dos, tres, cuatro o más).

Con la intención de comparar la sintomatología psiquiátrica de los fumadores y de los no fumadores, se utilizó la "Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica", la cual evalúa, en los últimos tres días, la presencia y la gravedad de 18 síntomas – preocupaciones somáticas; ansiedad psíquica; retraimiento emocional; desorganización conceptual (incoherencia); auto depreciación y sentimientos de culpa; ansiedad somática; disturbios motores específicos; autoestima exagerada; humor deprimido; hostilidad; desconfianza; alucinaciones; retardo psicomotor; falta de cooperación; contenido del pensamiento no común; afecto embotado o inapropiado; agitación psicomotora y desorientación/confusión –. La evaluación de la gravedad de cada síntoma (0= ausente, 1= muy leve o con presencia dudosa, 2= presente en grado leve, 3= presente en grado moderado, 4= presente en grado grave o extremo). La confiabilidad inter-clase fue 0,93⁽¹⁴⁾.

La "Escala Razones para Fumar Modificada" fue desarrollada con la intención de evaluar las razones de las personas para fumar tabaco⁽¹⁵⁾. Está compuesta por 21 afirmativas y evalúa siete factores 1) dependencia 2) placer de fumar 3) reducción de la tensión/relajamiento 4) tabaquismo social 5) estimulación 6) hábito/automatismo y 7) manoseo. Los participantes indican el cuánto cada afirmativa se aplica a su cotidiano: (1) nunca; (2) raramente; (3) a veces; (4) frecuentemente e (5) siempre.

El análisis estadístico fue realizado en el Stata/SE (versión 12.1). Se calculó frecuencia absoluta y relativa (%) con aplicación de la prueba del chi-cuadrado, al nivel de significancia (α) de 5%. La prueba del chi-cuadrado fue utilizada con la intención de identificar evidencias estadísticas de asociación entre la variable resultado "fumar tabaco actual" con las demás variables, testadas dos a dos.

Aunque la "Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica" provea cinco posibles clasificaciones para los síntomas - 1) ausente, 2) muy leve o con presencia dudosa, 3) presente en grado leve, 4) presente en grado moderado y 5) presente en grado grave o extremo⁽¹⁴⁾, debido al tamaño de la muestra para el análisis estadístico del presente estudio se optó por tres categorías para cada síntoma: 1) ausente; 2) muy

leve, presencia dudosa o leve; 3) moderado a severo extremo.

Para estimar la fuerza de la asociación, se aplicó el coeficiente V de *Cramér* en los casos en que la prueba chi-cuadrado indicó $p < 0,05$. La clasificación de la asociación fue débil, moderada y fuerte.

Por fin, se analizaron las respuestas de los 134 fumadores por medio de la escala "Razones para Fumar Modificada". Para eso, se consideró como variable el resultado de cada uno de los siete dominios evaluados por la escala (reducción de la tensión/relajamiento, dependencia, placer de fumar, manoseo, estimulación, tabaquismo social y hábito/automatismo). El test de *Kruskal-Wallis* fue aplicado para analizar los dominios (razones para fumar) según los locales del estudio (Ambulatorio de Salud Mental, Hospital Psiquiátrico y Unidad Básica de Salud).

Los resultados fueron discutidos basados en la literatura científica, relativa a este tema.

Resultados

De los 378 participantes, 67% eran mujeres, 69% tenían más de 40 años de edad y 56% habían estudiado hasta enseñanza primaria. En la Unidad Básica de Salud, 29% tenían diagnóstico psiquiátrico, registrado en su expediente. En el Ambulatorio de Salud Mental y en el Hospital Psiquiátrico, ese porcentaje fue de 100%.

La prevalencia de fumadores fue diferente en los tres locales investigados (ambulatorio= 27%, hospital= 60%, unidad básica de salud= 19%).

En la Tabla 1, son comparadas las características personales y sociodemográficas de los fumadores ($n= 134$) y de los no fumadores ($n= 244$).

A partir de esos datos, se observa que, mientras, aproximadamente mitad de los hombres fumaba tabaco, la mayoría de las mujeres era no fumadora. Los no fumadores prevalecieron en todas las edades, sin embargo su mayor frecuencia fue notada entre los más viejos (≥ 60 años). La prevalencia de fumadores fue mayor entre los jóvenes (15 a 29 años) y disminuía conforme el envejecimiento.

La mayor prevalencia de fumadores fue identificada entre los analfabetos y entre quien estudió hasta la enseñanza primaria. La de no fumadores, entre aquellos con enseñanza superior.

Mientras los no fumadores sobresalieron entre los casados, separados/divorciados y viudos, entre los solteros, casi la mitad era fumador. Coherente con el estado civil, las mayores prevalencias de fumadores fueron identificadas entre quien vivía sin compañero.

Hubo mayor prevalencia de fumadores entre los entrevistados sin ocupación y entre los aposentados. La prevalencia de no fumadores fue superior entre los trabajadores y las amas de casa.

Tabla 1 – Frecuencia absoluta y relativa (%) de la identificación y perfil sociodemográfico de los participantes, según el fumar tabaco (n= 378). Marília, SP, Brasil, 2016

Variables	Fumador	No fumador	Total	X ² p-value (fuerza asociación)
	n (%)	n (%)	N	
Sexo				
Femenino	73 (28,6)	182 (71,4)	255	X ² = 15.9395 p < 0,001* (débil)
Masculino	61 (49,6)	62 (50,4)	123	
Grupo de edad (años)				
15 a 29	22 (45,8)	26 (54,2)	48	X ² = 6.6642 p= 0,155
30 a 39	25 (36,8)	43 (63,2)	68	
40 a 49	29 (40,3)	43 (59,7)	72	
50 a 59	35 (34,6)	66 (65,4)	101	
≥ 60	23 (25,8)	66 (74,2)	89	
Escolaridad				
Analfabeto	7 (35)	13 (65)	20	X ² = 6.4728 p= 0,091
Enseñanza primaria	86 (40,6)	126 (59,4)	212	
Enseñanza secundaria	32 (29,9)	75 (70,1)	107	
Enseñanza superior	9 (23,1)	30 (76,9)	39	
Estado civil				
Soltero	74 (48)	80 (51,9)	154	X ² = 22.0985 p < 0,001* (débil)
Casado	29 (21,8)	104 (78,2)	133	
Separado/divorciado	20 (37,0)	34 (63)	54	
Viudo	11 (29,7)	26 (70,3)	37	
Modo de vida en domicilio				
Vive solo/a	19 (38,8)	30 (61,2)	49	X ² = 13.0584 p= 0,011* (débil)
Sin compañero, con familiares	68 (42,8)	91 (57,2)	159	
Sin compañero, con otras personas	5 (62,5)	3 (37,5)	8	
Con compañero apenas	13 (24,1)	41 (75,9)	54	
Con compañero y familiares	29 (26,8)	79 (73,2)	108	
Ocupación				
Aposentado	40 (40,4)	59 (59,6)	99	X ² = 10.2195 p= 0,017* (débil)
Ama de casa	26 (29,2)	63 (70,8)	89	
Trabajador	30 (27,5)	79 (72,5)	109	
Sin ocupación	38 (46,9)	43 (53,1)	81	
Abandono del vínculo de empleo después del diagnóstico de trastorno mental				
Sí	74 (49,3)	76 (50,7)	150	X ² = 25.6849 p < 0,001* (débil)
No	44 (31,9)	94 (68,1)	138	
No se aplica	16 (17,8)	74 (82,2)	90	
Beneficios del gobierno				
Ninguno	67 (35,6)	121 (64,4)	188	X ² = 0.2250 p= 0,894
Uno	59 (34,7)	111 (65,3)	170	
Dos o más	8 (40)	12 (60)	20	
Total	134 (35,4)	244 (64,6)	378	

*evidencia de asociación estadística (p < 0,05)

La prevalencia de fumadores fue mayor entre quien declaró no tener ocupación actual, así como fue superior entre aquellos que recibían más de un beneficio del gobierno. Mitad de los fumadores declaró tener abandonado algún vínculo de empleo cuando fue diagnosticado con el trastorno mental.

En relación al perfil clínico, mayor prevalencia de fumadores fue observada entre las personas con diagnóstico de esquizofrenia/trastorno esquizo-afectivo, seguidas por aquellas con trastornos de personalidad. Los no fumadores predominaron entre aquellos sin diagnóstico psiquiátrico, con trastornos de humor y con trastornos ansiosos (Tabla 2).

Tabla 2 – Frecuencia absoluta y relativa (%) del perfil clínico de los participantes de este estudio, según el fumar tabaco (n= 378). Marília, SP, Brasil, 2016

Variables	Fumadores	No fumadores	Total	X ² p-value (fuerza asociación)
	n (%)	n (%)	N	
Diagnóstico psiquiátrico				
Esquizofrenia/esquizo-afectivo	62 (56,4)	48 (43,6)	110	X ² = 37.4027 p < 0,001* (moderada)
Trastornos del humor	20 (27,8)	52 (72,2)	72	
Trastornos de personalidad	16 (43,2)	21 (56,8)	37	
Trastornos ansiosos	20 (29)	49 (71)	69	
Sin diagnóstico	16 (17,8)	74 (82,2)	90	
Tiempo de diagnóstico (años)				
< 1	5 (13,2)	33 (86,8)	38	X ² = 30.9847 p < 0,001* (moderada)
1 a 12	57 (46)	67 (54)	124	
> 12	56 (44,4)	70 (55,6)	126	
Psicofármacos en uso				
Ninguno	16 (18,4)	71 (81,6)	87	X ² = 22.8938 p < 0,001* (moderada)
Uno	13 (25)	39 (75)	52	
Dos	35 (38,9)	55 (61,1)	90	
Tres	40 (47,6)	44 (52,4)	84	
Cuatro	22 (47,8)	24 (52,2)	46	
Entre cinco y siete	8 (42,1)	11 (57,9)	19	
Uso actual de antipsicóticos				
Primera generación	56 (61,5)	35 (38,5)	91	X ² = 43.5395 p < 0,001* (moderada)
Segunda generación	19 (33,3)	38 (66,7)	57	
Primera y segunda generación	19 (42,2)	26 (57,8)	45	
No se aplica	40 (21,6)	145 (78,4)	185	
Internaciones psiquiátricas				
Ninguna	39 (21,8)	140 (78,2)	179	X ² = 51.7600 p < 0,001* (moderada)
Una	13 (25)	39 (75)	52	
Dos	12 (38,7)	19 (61,3)	31	
Tres	6 (40)	9 (60)	15	
Cuatro o más	64 (63,4)	37 (36,6)	101	
Tentativas de suicidio				
Ninguna	80 (30,3)	184 (69,7)	264	X ² = 13.2887 p= 0,010* (moderada)
Una	13 (37,1)	22 (62,9)	35	
Dos	11 (47,8)	12 (52,2)	23	
Tres	12 (48)	13 (52)	25	
Cuatro o más	18 (58,1)	13 (41,9)	31	
Total	134 (35,4)	244 (64,6)	378	

*evidencia de asociación estadística (p < 0,05)

Conforme observado en la Tabla 2, entre los 288 portadores de trastornos mentales, la amplia mayoría de los que habían sido diagnosticados hace menos de un año era no fumador. Los fumadores prevalecieron entre aquellos con más tiempo de diagnóstico. Sin embargo, no fue constatada diferencia expresiva entre los participantes diagnosticados entre 12 años o menos y aquellos diagnosticados hace más de 12 años.

Las mayores prevalencias de fumadores ocurrieron entre quien utiliza tres o más psicofármacos y antipsicóticos de 1ª generación.

Se constató diferencia en la historia de internaciones psiquiátricas, según el uso de tabaco. Entre quien nunca había estado internado, la mayoría era no fumador, mientras que la mayoría de los que habían pasado por

cuatro o más internaciones era fumador. Conforme el aumento del número de internaciones, la prevalencia de fumadores aumentó y la de no fumadores, disminuyó.

Mientras la mayoría de los participantes que nunca habían tentado suicidio no fumaba tabaco, la mayoría de los que habían tentado cuatro o más veces era fumador.

Al evaluar la presencia y la gravedad de los síntomas psiquiátricos, durante los tres días que antecedieron a la entrevista, los fumadores se destacaron con los síntomas más graves. Tres cuartos de los entrevistados clasificados, en el score total de la "Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica", como "síndrome mayor" fumaban tabaco.

En la Tabla 3, son comparados, entre los fumadores y los no fumadores, la sintomatología psiquiátrica relacionada al pensamiento, a la senso-percepción y al comportamiento.

Tabla 3 – Frecuencia absoluta y relativa (%) de la gravedad de los síntomas psiquiátricos relacionados al pensamiento, a la senso-percepción y al comportamiento, presentados durante los tres días anteriores a la entrevista, según por fumar tabaco (n= 378). Marília, SP, Brasil, 2016

Variables	Fumadores n (%)	No fumadores n (%)	Total N	X ² p-value (fuerza asociación)
Escore total BPRS*				
Síndrome ausente	93 (30,7)	210 (69,3)	303	X ² =15,8631 p < 0,001 [†] (moderada)
Síndrome menor	38 (53,5)	33 (46,5)	71	
Síndrome mayor	3 (75)	1 (25)	4	
Preocupaciones somáticas				
Ausente	119 (34,5)	226 (65,5)	345	X ² = 1,5816, p= 0,209
Muy leve, presencia dudosa o leve	14 (43,8)	18 (54,5)	32	
Moderado a Severo/extremo	1 (100)		1	
Desorganización conceptual/incoherencia				
Ausente	131 (35,4)	239 (64,6)	370	X ² = 0,0150, p= 0,902
Muy leve, presencia dudosa o leve	3 (37,5)	5 (62,5)	8	
Desconfianza				
Ausente	95 (33,3)	190 (66,7)	285	X ² = 6,1241 p= 0,047 [†] (moderada)
Muy leve, presencia dudosa o leve	32 (38,5)	51 (61,5)	83	
Moderado a Severo/extremo	7 (70)	3 (30)	10	
Contenido incomún del pensamiento				
Ausente	107 (32,8)	219 (67,2)	326	X ² = 7,4941 p= 0,024 [†] (moderada)
Muy leve, presencia dudosa o leve	25 (53,2)	22 (46,8)	47	
Moderado a Severo/extremo	2 (40)	3 (60)	5	
Alucinaciones				
Ausente	101 (32,4)	211 (67,6)	312	X ² =17,1682 p< 0,001 [†] (moderada)
Muy leve, presencia dudosa o leve	18 (38,3)	29 (61,7)	47	
Moderado a Severo/extremo	15 (79)	4 (21)	19	
Disturbios motores específicos				
Ausente	132 (35,3)	242 (64,7)	374	X ² = 1,8307 p= 0,400
Muy leve, presencia dudosa o leve		1 (100)	1	
Moderado a Severo/extremo	2 (66,7)	1 (33,3)	3	
Hostilidad				
Ausente	76 (31,1)	169 (68,9)	245	X ² = 7,2664 p= 0,026 [†] (moderada)
Muy leve, presencia dudosa o leve	49 (40,8)	71 (59,2)	120	
Moderado a Severo/extremo	9 (69,2)	4 (30,8)	13	
Retardo psicomotor				
Ausente	132 (35,4)	241 (64,6)	373	X ² = 0,0458 p= 0,830
Muy leve, presencia dudosa o leve	2 (40)	3 (60)	5	
Falta de cooperación				
Ausente	132 (35,5)	240 (64,5)	372	X ² = 0,0119 p= 0,913
Muy leve, presencia dudosa o leve	2 (33,3)	4 (66,7)	6	
Agitación psicomotora				
Ausente	130 (35,1)	240 (64,9)	370	X ² = 2,0047, p= 0,367
Muy leve, presencia dudosa o leve	3 (42,9)	4 (57,1)	7	
Moderado a Severo/extremo	1 (100)		1	
Total	134 (35,4)	244 (64,6)	378	

*BPRS: Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica⁽¹⁴⁾; †Evidencia de asociación estadística (p<0,05)

En la Tabla 4, son detallados los síntomas psiquiátricos de la "Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica", relacionados a la orientación, a la ansiedad y al humor/afecto.

Vale observar que fueron pocos los que presentaron retraimiento emocional (n= 14), desorganización conceptual

(incoherencia) (n= 8), disturbios motores específicos (n= 4), retardo psicomotor (n= 5), falta de cooperación (n= 6) y agitación psicomotora (n= 8). Ese resultado era esperado, considerando que personas con esas alteraciones difícilmente tendrían condiciones de participar de las entrevistas.

Entre los dominios evaluados por la "Escala Razones para Fumar Modificada", predominó, entre los 134 fumadores, lo que decía respecto al fumar como ayuda para lidiar con los afectos negativos (reducción de la tensión/relajamiento), habiendo superado, inclusive, lo que evaluaba la dependencia del tabaco: 1) reducción de la tensión/relajamiento (media= 3,7, desvío estándar= 1,2); 2) dependencia (media= 3,6, desvío estándar= 1,3); 3) placer de fumar (media= 3,5, desvío estándar= 1,1); 4) manoseo (media= 3,1, desvío estándar= 1,4); 5) estimulación (media= 3,0, desvío estándar= 1,4); 6) tabaquismo social (media= 2,8, desvío

estándar= 1,4) y 7) hábito/automatismo (media= 2,4, desvío estándar= 1,2).

Al comparar los dominios de la "Escala Razones para Fumar Modificada" entre los fumadores del Ambulatorio de Salud Mental, del Hospital Psiquiátrico y de la Unidad Básica de Salud, el test de *Kruskal-Wallis* indicó diferencia solamente al comparar el dominio "manoseo" ($p= 0,043$), habiendo sido mayor el escore medio para los fumadores del hospital psiquiátrico (3,3) en comparación a los fumadores del ambulatorio (3,1) y de la unidad básica de salud (2,5).

Tabla 4 – Frecuencia absoluta y relativa (%) de la gravedad de los síntomas psiquiátricos relacionados a la orientación, a la ansiedad, al humor/afecto, presentados durante los tres días anteriores a la entrevista, según el uso de tabaco (n= 378). Marília, SP, Brasil, 2016

Variables*	Fumadores	No fumadores	Total	p-value
	n (%)	n (%)	N	
Ansiedad psíquica				
Ausente	51 (29,1)	124 (70,9)	175	X ² =8.6005, p= 0,014 [†] (moderada)
Muy leve, presencia dudosa o leve	62 (38)	101 (62)	163	
Moderado a Severo/extremo	21 (52,5)	19 (47,5)	40	
Ansiedad somática				
Ausente	86 (32,6)	178 (67,4)	264	X ² =10.5208 p= 0,005 [†] (moderada)
Muy leve, presencia dudosa o leve	37 (37,4)	62 (62,6)	99	
Moderado a Severo/extremo	11 (73,3)	4 (26,7)	15	
Retraimiento emocional				
Ausente	132 (36,3)	232 (63,7)	364	X ² = 2.9418 p= 0,230
Muy leve, presencia dudosa o leve	2 (15,4)	11 (84,6)	13	
Moderado a Severo/extremo		1 (100)	1	
Auto-depreciación y sentimiento de culpa				
Ausente	86 (29,4)	206 (70,6)	292	X ² =20.1759 p < 0,001 [†] (moderada)
Muy leve, presencia dudosa o leve	48 (55,8)	38 (44,2)	86	
Autoestima exagerada				
Ausente	116 (32,9)	236 (67,1)	352	X ² =4.3541 p= 0,001 [†] (moderada)
Muy leve, presencia dudosa o leve	17 (68)	8 (32)	25	
Moderado a Severo/extremo	1 (100)		1	
Humor deprimido				
Ausente	57 (29,1)	139 (70,9)	196	X ² = 7.2664 p= 0,026 (moderada)
Muy leve, presencia dudosa o leve	69 (42,6)	93 (57,4)	162	
Moderado a Severo/extremo	8 (40)	12 (60)	20	
Afecto embotado o inapropiado				
Ausente	89 (31,4)	194 (68,6)	283	X ² = 8.3814 p= 0,015 [†] (moderada)
Muy leve, presencia dudosa o leve	43 (46,7)	49 (53,3)	92	
Moderado a Severo/extremo	2 (66,7)	1 (33,3)	3	
Desorientación y confusión				
Ausente	93 (30,3)	214 (69,7)	307	X ² =20.0854 p < 0,001 [†] (moderada)
Muy leve, presencia dudosa o leve	30 (54,5)	25 (45,5)	55	
Moderado a Severo/extremo	11 (68,8)	5 (31,2)	16	
Total	134 (35,4)	244 (64,5)	378	

*Variables: síntomas evaluados a partir de la "Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica"⁽¹⁴⁾; †Evidencia de asociación estadística ($p < 0,05$)

Discusión

El presente estudio identificó que los fumadores son representados, predominantemente, por hombres, jóvenes y solteros y por aquellos con prejuicios socioeconómicos (analfabetos o con pocos años de estudio, personas sin vínculo de empleo y que reciben beneficios sociales del gobierno).

Este estudio está en consonancia con la literatura científica en lo que dice respecto a las personas en vulnerabilidad socioeconómica tener mayor predisposición al uso del tabaco⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. Sin embargo, se alerta para un ciclo vicioso, en el cual las desventajas sociales hacen a las personas más vulnerables al tabaquismo y, tornarse tabaquista contribuye para agravar esas desventajas (fumadores dejan de comprar ítems esenciales como comida y remedios para adquirir cigarrillos)⁽¹⁸⁾.

Un estudio americano, longitudinal, con 131 fumadores y 120 no fumadores, en busca de empleo, ayuda a comprender esa situación. Casi la mitad de los fumadores (45,8%) relató haber sido discriminado, en empleos anteriores, por fumar tabaco y 8,4% admitieron haber sido demitidos por ese motivo. Aunque 29% reconocieron que ser fumador dificulta la conquista de un nuevo empleo, la compra de tabaco fue listada como la mayor prioridad financiera, habiendo superado inclusive los gastos con alimentación⁽¹⁹⁾.

Después de ser acompañados por 12 meses, se constató que aquellos que no fumaban tuvieron más suceso (55,6%) en recolocarse en el mercado de trabajo de que los fumadores (26,6%). Se estimó que si los 131 fumadores parasen de fumar, el porcentual de re-empleo aumentaría en 30%, independiente del tiempo de desempleo, edad, escolaridad, raza/etnia y condiciones de salud⁽¹⁹⁾.

La vulnerabilidad socioeconómica ayuda a comprender, en parte, la menor prevalencia de fumadores en el ambulatorio de salud mental, si se compara al hospital psiquiátrico. Por ser el tratamiento psiquiátrico demasiado caro (como ejemplo, cada consulta psiquiátrica es cobrada, sin la existencia de consultas de retorno como en las demás especialidades), es común encontrar, en los servicios de salud mental, personas con buenas condiciones económicas.

En relación al perfil clínico, este estudio reveló la mayor prevalencia de fumadores entre los pacientes psiquiátricos más graves (diagnóstico de esquizofrenia o de trastorno esquizo-afectivo), con síntomas intensos, con mayor tiempo de diagnóstico, en uso de tres o más psicofármacos, especialmente, antipsicóticos de primera generación, con historia de cuatro o más internaciones psiquiátricas, así como cuatro o más tentativas de suicidio.

Es interesante notar que el perfil clínico de los fumadores coincidió con las características predominantes entre los participantes abordados en el hospital psiquiátrico, coincidentemente, local donde había la mayor prevalencia de fumadores, en relación a los demás.

Así como fue encontrado en este estudio, la mayor prevalencia de fumadores entre los esquizofrénicos, si se comparan a las personas diagnosticadas con los demás trastornos mentales, es ampliamente reconocida en la literatura científica^(3,5-6,20).

La teoría de la automedicación expone que el tabaco mejoraría los síntomas cognitivos de la esquizofrenia al aumentar la liberación de dopamina y del glutamato en el córtex pre-frontal y al regular el proceso sensorial auditivo de modo que el esquizofrénico consiga filtrar aquellos estímulos irrelevantes del ambiente que perjudican sus funciones cognitivas (atención, concentración, memoria).

Los síntomas negativos (anhedonia, embotamiento afectivo, lentitud psicomotora, pérdida de iniciativa), a su vez, serían amenizados por la capacidad del tabaco de actuar con los déficits en el sistema de recompensa cerebral, comúnmente presentados por los esquizofrénicos, justificando la mayor fisura entre ellos^(6,21-22).

Los datos del presente estudio llevan a pensar en la verosimilitud de esa teoría, ya que casi dos tercios de los que utilizaban apenas los antipsicóticos de primera generación eran fumadores, al paso que la mayoría de los que utilizaban solamente los de segunda generación era no fumador.

Ese hallazgo es coherente con la literatura científica que muestra que los individuos en uso de antipsicóticos de primera generación son más propensos al uso de tabaco de lo que aquellos tratados con antipsicóticos de segunda generación⁽²³⁻²⁵⁾.

En síntesis, los antipsicóticos de primera generación actúan solamente en los síntomas positivos (delirios, alucinaciones, entre otros). El esquizofrénico, en uso de este tipo de psico-fármaco, encontraría en el tabaco una forma de revertir, temporariamente, los síntomas cognitivos al inducir el aumento de la dopamina y del glutamato en el córtex pre-frontal^(6,26-28). Según la teoría de la automedicación, la menor prevalencia de fumadores entre las personas que usaban solamente antipsicóticos de segunda generación se justificaría por el hecho que esa clase de psicofármacos actúa tanto en los síntomas positivos como en los negativos de la esquizofrenia. Por lo tanto, el fumar tabaco, como forma de automedicación de los síntomas cognitivos, no es un argumento utilizado por el portador de trastorno mental en uso de antipsicóticos de segunda generación.

A pesar de la hipotética mejoría de los síntomas negativos y cognitivos con el uso de tabaco, hay evidencias de que el tabaco agrava los síntomas positivos de la esquizofrenia al aumentar la actividad dopaminérgica en la región mesolímbica, lo que justificaría, al menos en parte, el peor pronóstico identificado entre los fumadores^(18,22,29).

De hecho, una cuota expresiva de las personas que presentaron delirios y alucinaciones, en los días que antecedieron a la entrevista, era fumador.

Independiente de la veracidad o no de la teoría de la automedicación, el hecho es que los fumadores fueron los que presentaron síntomas psiquiátricos más intensos (escore total en la "Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica"). Esos resultados fueron coherentes con otros estudios^(22,30-31).

La mayor intensidad de los síntomas psiquiátricos, entre los fumadores, está de acuerdo con algunas teorías que explican que aunque pueda haber mejoría de los síntomas negativos, cognitivos y de ansiedad, en el inicio del tabaquismo, el uso crónico del tabaco puede revertir ese efecto, intensificando los síntomas^(18,29,32-33).

Complementando la teoría de la automedicación, estudios evidencian que el uso del tabaco interfiere en el metabolismo de los psicofármacos, disminuyendo su concentración en el plasma. Por eso, los pacientes psiquiátricos recorrerían de forma más intensa al tabaco como forma de aliviar los efectos colaterales, especialmente en el caso de los antipsicóticos de primera generación^(6,22,34).

En esa misma línea, el estudio brasileño en la Unidad Psiquiátrica del Hospital General constató que 50% de los fumadores, con diagnóstico de esquizofrenia, justificaban la manutención del fumar con la intención de aliviar los efectos colaterales de los psicofármacos⁽³⁵⁾.

La interferencia del tabaco en el metabolismo de los psicofármacos explicaría los síntomas psiquiátricos más intensos, la mayor cantidad de psicofármacos prescritos, la mayor ocurrencia de internaciones psiquiátricas y de tentativas de suicidio.

La relación entre tabaquismo e internaciones psiquiátricas es asunto recurrente en la literatura científica. El estudio brasileño, realizado en hospitales psiquiátricos y Centros de Atención Psicossocial de las cinco regiones del país, verificó que la prevalencia de fumadores, independientemente de otros factores, es 69% mayor entre los pacientes con historia previa de internación psiquiátrica en comparación a los no fumadores⁽³⁶⁾. En el presente estudio, despertó atención, de modo especial, las tentativas de suicidio, dado que la prevalencia de fumadores aumentó conforme el número de tentativas. Los no fumadores, a su vez, siguieron dirección opuesta a la de los fumadores.

Ese resultado es corroborado con otros estudios⁽³⁷⁻³⁹⁾. La relación entre suicidio y tabaquismo recibió destaque cuando estudios de cohorte identificaron el uso de tabaco y su elevada dependencia como factor de riesgo para comportamientos suicidas, mismo después de ajustar para variables psiquiátricas.

Se sumaron a eso las evidencias de efecto dosis, respuesta a la medida que cuanto mayor el número de cigarros fumados/día, mayor el riesgo de suicidio. Además, hubo indicio de disminución de ese riesgo con la cesación del fumar⁽³⁷⁻³⁹⁾.

Es imperativo ponderar que el número de internaciones psiquiátricas, así como el de tentativas de suicidio y de psicofármacos prescritos, son variables que retratan, indirectamente, el tiempo de diagnóstico psiquiátrico.

Se infiere, por lo tanto, que independientemente de la comprobación de la teoría de la automedicación y de la interferencia del tabaco en la acción de los psicofármacos, el mayor número de internaciones, de tentativas de suicidio y de psicofármacos expresa la gravedad y la cronicidad de los trastornos mentales, ya que no hay duda de que la prevalencia de fumadores es más expresiva entre aquellos con más tiempo de diagnóstico, así como fue confirmado en otros estudios^(4,35,40).

La principal razón, alegada como motivación de los fumadores que participaron de este estudio para usar tabaco fue la reducción de la tensión/relajamiento.

El uso del tabaco como tentativa de aliviar la ansiedad es conocido. Estudio escocés con 131 esquizofrénicos mostró que 60% de los fumadores usaban tabaco para relajar y 31% por sentirse ansiosos o deprimidos⁽²²⁾. De la misma manera, el estudio brasileño con 270 pacientes psiquiátricos reveló que 79% de los fumadores creían en la función ansiolítica del tabaco⁽³⁵⁾.

A pesar de lo expuesto, es preciso tener prudencia respecto a esos resultados. Aunque aún sea posible identificar personas que utilizan el tabaco para sentirse menos ansiosas y más seguras en las interacciones sociales, esa es una realidad que está siendo modificada, pues el fumar tabaco está pasando de un acto *glamuroso* para una conducta condenada por la sociedad⁽⁴¹⁾.

Con la mayor prevalencia de fumadores entre la población psiquiátrica y la menor tolerancia de la sociedad al fumar en los ambientes colectivos, la tendencia es que los portadores de trastornos mentales sean aún más discriminados y excluidos del convivio social.

El presente estudio provee, a los enfermeros y demás profesionales de salud, elementos para mejor comprensión sobre el tabaquismo, ya que presenta el perfil personal, sociodemográfico y clínico y las razones de esas personas para fumar cigarros. Se cree que ese

conocimiento pueda contribuir para la planificación de intervenciones futuras en toda la red de servicios de salud, de programas educativos y cuidados directos junto al portador de trastorno mental. Además, el presente estudio otorga a los enfermeros un nuevo conocimiento, dado que la temática investigada ha sido poco estudiada en la literatura científica brasilera.

Limitaciones: 1) muestra restricta a las personas atendidas en servicios de salud de un único municipio del interior paulista; 2) no fue realizado análisis multivariado.

Conclusión

La prevalencia de fumadores es superior entre la población psiquiátrica, especialmente la hospitalizada.

Al considerar tanto la población psiquiátrica como la población general, el presente estudio identificó que los fumadores son representados, predominantemente, por hombres, jóvenes y solteros y por aquellos con prejuicios socioeconómicos (analfabetos o con pocos años de estudio, personas sin vínculo de empleo y que reciben beneficios sociales del gobierno).

En relación al perfil clínico, este estudio reveló mayor prevalencia de fumadores entre los pacientes psiquiátricos más graves (diagnóstico de esquizofrenia o de trastorno esquizo-afectivo), con síntomas intensos, con mayor tiempo de diagnóstico, en uso de tres o más psicofármacos, especialmente, antipsicóticos de primera generación, con historia de cuatro o más internaciones psiquiátricas, así como cuatro o más tentativas de suicidio.

La principal razón alegada para justificar la manutención del fumar cigarrillos es la obtención de alivio de la tensión y relajamiento.

Se espera que el presente estudio provea, a los enfermeros y a los demás profesionales de salud, conocimiento capaz de subsidiar proyectos educativos, así como planificación de intervenciones del tabaquismo en la población psiquiátrica brasilera.

Referencias

1. World Health Organization [Internet]. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies. WHO: Schitzerland; 2017. [cited Jul 3, 2018]. Available from: http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/
2. Cole HM, Fiore MC. The war against tobacco: 50 years and counting. *JAMA*. [Internet]. 2014 Jan 8 [cited Jan 4, 2019]; 311(2):131-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4465196/> doi: 10.1001/jama.2013.280767.
3. Li XH, An FR, Ungvari GS, Ng CH, Chiu HFK, Wu PP, et al. Prevalence of smoking in patients with bipolar disorder,

major depressive disorder and schizophrenia and their relationships with quality of life. *Sci Rep*. [Internet]. 2017 Aug 16 [cited Jan 4, 2019];7(8430):1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5559601/> doi: 10.1038/s41598-017-07928-9

4. Medeiros GC, Lafer B, Kapczinski F, Miranda-Scippa Â, Almeida KM. Bipolar disorder and tobacco smoking: Categorical and dimensional clinical correlates in subjects from the Brazilian bipolar research network. *Compr Psychiatry*. [Internet]. 2018 Apr 10 [cited Jan 4, 2019];82:14-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29367058> doi: 10.1016/j.comppsy.2017.12.003.

5. Cather C, Pachas GN, Cieslak KM, Evins AE. Achieving Smoking Cessation in Individuals with Schizophrenia: Special Considerations. *CNS Drugs*. [Internet]. 2017 Jun 1 [cited Jan 4, 2019];31(6):471-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28550660> doi: 10.1007/s40263-017-0438-8.

6. Parikh V, Kutlu MG, Gould TJ. nAChR dysfunction as a common substrate for schizophrenia and comorbid nicotine addiction: Current trends and perspectives. *Schizophr Res*. [Internet]. 2016 Mar 10 [cited Jan 4, 2019];171(1-3):1-15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26803692> doi: 10.1016/j.schres.2016.01.020.

7. Trainor K, Leavey G. Barriers and Facilitators to Smoking Cessation Among People With Severe Mental Illness: A Critical Appraisal of Qualitative Studies. *Nicotine Tob Res*. [Internet]. 2017 Jan 21 [cited Jan 04, 2019];19(1):14-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27613905> doi: 10.1093/ntr/ntw183

8. Szklo AS, Levy D, Souza MC, Szklo M, Figueiredo VC, Perez C, et al. Changes in cigarette consumption patterns among Brazilian smokers between 1989 and 2008. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2012 Nov 30 [cited Jan 4, 2019];28(11):2211-15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100020

9. Szklo AS, Souza MC, Szklo M, Almeida LM. Smokers in Brazil: who are they? *Tob Control*. [Internet]. 2016 Sep 1 [cited Jan 4, 2019];25(5):564-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26292700> doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052324.

10. Portes LH, Machado CV, Turci SRB. History of Brazil's tobacco control policy from 1986 to 2016. *Cad. Saúde Pública*. *Cad Saude Publica*. [Internet]. 2018 Feb 19 [cited Jan 4, 2019];34(2):e00017317. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205012 doi: 10.1590/0102-311X00017317.

11. Oliveira RM, Siqueira AC Júnior, Santos JL, Furegato ARF. Nicotine dependence in the mental disorders, relationship with clinical indicators, and the meaning for the user. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet.

- 2014 Jul 1 [cited Jan 4, 2019];22(4):685-92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400685 Doi: 10.1590/0104-1169.3549.2468
12. Barros S, Bichaff R. Desafio para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo. São Paulo: FUNDAP, 2008.
13. Oliveira RM, Duarte AF, Alves D, Furegato AR. Development of the TabacoQuest app for computerization of data collection on smoking in psychiatric nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2016 Aug 29 [cited Jan 4, 2019];24:e2726. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5016051/> doi: 10.1590/1518-8345.0661.2726.
14. Romano F, Elks H. Translation and adaptation of the Brief Psychiatric Rating Scale-anchored version (BPR-S-A). *J Bras Psiquiatr*. [Internet]. 1996 Jan 3 [cited Jan 4, 2019];45(1):43-9. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=198150&indexSearch=ID>
15. Souza EST, Crippa JAS, Pasian SR, Martinez JAB. Modified Reasons for Smoking Scale: translation to Portuguese, cross-cultural adaptation for use in Brazil and evaluation of test-retest reliability. *J Bras Pneumol*. [Internet]. 2009 Jul 15 [cited Jan 4, 2019];35(7):683-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000700010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
16. Levinson AH. Where the U.S. tobacco epidemic still rages: Most remaining smokers have lower socioeconomic status. *J Health Care Poor Underserved*. [Internet]. 2017 Sep 30 [cited Jan 4, 2019];28(1):100-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28238991> doi: 10.1353/hpu.2017.0012.
17. Martinez SA, Beebe LA, Thompson DM, Wagener TL, Terrell DR, Campbell JE. A structural equation modeling approach to understanding pathways that connect socioeconomic status and smoking. *PLoS One*. [Internet]. 2018 Feb 6 [cited Jan 4, 2019];13(2):e0192451. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0192451> doi: 10.1371/journal.pone.0192451.
18. Drope J, Schluger, NW. [Internet]. The tobacco atlas. Georgia: American Cancer Society, 2018. [cited Jul 3, 2018]. Available from: https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf
19. Prochaska JJ, Michalek AK, Brown-Johnson C, Daza EJ, Baiocchi M, Anzai N, et al. Likelihood of Unemployed Smokers vs Nonsmokers Attaining Reemployment in a One-Year Observational Study. *JAMA Intern Med*. [Internet]. 2016 May 1 [cited Jan 4, 2019];176(5):662-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27065044> doi: 10.1001/jamainternmed.2016.0772.
20. Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, Cavazos-Rehg P, Sobell JL, Knowles JA, et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry*. [Internet]. 2014 Mar 1 [cited Jan 4, 2019];71(3):248-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4060740/> doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.3726
21. Adler LE, Olincy A, Waldo M, Harris JG, Griffith J, Stevens K, et al. Schizophrenia, sensory gating, and nicotinic receptors. *Schizophr Bull*. [Internet]. 1998 Feb 1 [cited Jan 4, 2019];24(2):189-202. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9613620>
22. Krishnadas R, Jauhar S, Telfer S, Shivashankar S, McCreddie RG. Nicotine dependence and illness severity in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. [Internet]. 2012 Oct 13 [cited Jan 4, 2019];201(4):306-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22878134> doi: 10.1192/bjp.bp.111.107953.
23. Mallet J, Le Strat Y, Schürhoff F, Mazer N, Portalier C, Andrianarisoa M, et al. Tobacco smoking is associated with antipsychotic medication, physical aggressiveness, and alcohol use disorder in schizophrenia: results from the FACE-SZ national cohort. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. [Internet]. 2018 Feb 2. [cited Jan 4, 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29396753> doi: 10.1007/s00406-018-0873-7. Epub 2018 Jul 3.
24. Abela AR, Li Z, Lê AD, Fletcher PJ. Clozapine reduces nicotine self-administration, blunts reinstatement of nicotine-seeking but increases responding for food. *Addict Biol*. [Internet]. 2018 Mar 25 [cited Jan 4, 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29575323> doi: 10.1111/adb.12619. Epub 2018 Jul 3.
25. Wijesundera H, Hanwella R, de Silva VA. Antipsychotic medication and tobacco use among outpatients with schizophrenia: a cross-sectional study. *Ann Gen Psychiatry*. [Internet]. 2014 Mar 19 [cited Jan 4, 2019];13(1):7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24642279> doi: 10.1186/1744-859X-13-7.
26. Aubin HJ, Rollema H, Svensson TH, Winterer G. Smoking, quitting, and psychiatric disease: a review. *Neurosci Biobehav Rev*. [Internet]. 2012 Jan 1 [cited Jan 4, 2019];36(1):271-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21723317> doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.06.007.
27. Ma X, Li C, Meng H, Du L, Wang Q, Wang Y, et al. Premorbid tobacco smoking is associated with later age at onset in schizophrenia. *Psychiatry Res*. [Internet]. 2010 Aug 15 [cited Jan 4, 2019];178(3):461-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20493556> doi: 10.1016/j.psychres.2009.08.014.


28. Winterer G. Why do patients with schizophrenia smoke? *Curr Opin Psychiatry*. [Internet]. 2010 Mar 1 [cited Jan 4, 2019];23(2):112-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20051860> doi: 10.1097/YCO.0b013e3283366643.
29. Segarra R, Zabala A, Eguíluz JI, Ojeda N, Elizagarate E, Sánchez P, et al. Cognitive performance and smoking in first-episode psychosis: the self-medication hypothesis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. [Internet]. 2011 Jun 1 [cited Jan 4, 2019];261(4):241-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20839003> doi: 10.1007/s00406-010-0146-6.
30. Meszaros ZS, Dimmock JA, Ploutz-Snyder RJ, Abdul-Malak Y, Leontieva L, Canfield K, et al. Predictors of smoking severity in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Am J Addict*. [Internet]. 2011 Sep 2 [cited Jan 4, 2019];20(5):462-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21838846> doi: 10.1111/j.1521-0391.2011.00150.x.
31. de Beaurepaire R, Rat P, Beauverie P, Houery M, Niel P, Castéra S, et al. Is smoking linked to positive symptoms in acutely ill psychiatric patients? *Nord J Psychiatry*. [Internet]. 2012 Sep 1 [cited Jan 4, 2019];66(4):225-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21905972> doi: 10.3109/08039488.2011.610468.
32. Evans DE, Drobles DJ. Nicotine self-medication of cognitive-attentional processing. *Addict Biol*. [Internet]. 2009 Jan 28 [cited Jan 4, 2019];14(1):32-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18855804> doi: 10.1111/j.1369-1600.2008.00130.x.
33. Evatt DP, Kassel JD. Smoking, arousal, and affect: the role of anxiety sensitivity. *J Anxiety Disord*. [Internet]. 2010 Jan 10 [cited Jan 4, 2019];24(1):114-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19819669> doi: 10.1016/j.janxdis.2009.09.006.
34. Zevin S, Benowitz NL. Drug interactions with tobacco smoking. An update. *Clin Pharmacokinet*. [Internet]. 1999 Jun 5 [cited Jan 4, 2019];36(6):425-38. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10427467>
35. Oliveira RM, Santos JLF, Furegato ARF. Tobacco addiction in the psychiatric population and in the general population. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2017 Dec 4 [cited Jan 4, 2019];25:e2945. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5738870/> doi: 10.1590/1518-8345.2202.2945.
36. Barros FC, Melo AP, Cournos F, Cherchiglia ML, Peixoto ER, Guimarães MD. Cigarette smoking among psychiatric patients in Brazil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2014 Jun 9 [cited Jan 4, 2019];30(6):1195-206. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25099043>
37. Berlin I, Hakes JK, Hu MC, Covey LS. Tobacco use and suicide attempts: longitudinal analysis with retrospective reports. *PLoS One*. [Internet]. 2015 Apr 7 [cited Jan 4, 2019];10(4):e0122607. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25849514> doi: 10.1371/journal.pone.0122607.
38. Ducasse D, Jausse 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*. [Internet]. 2015 Sep 1 [cited Jan 4, 2019];183:113-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26001671> doi: 10.1016/j.jad.2015.04.038.
39. 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*. [Internet]. 2013 Dec 1 [cited Jan 4, 2019];151(3):1053-8. Available from: doi: 10.1016/j.jad.2013.08.033.
40. Dickerson F, Stallings CR, Origoni AE, Vaughan C, Khushalani S, Schroeder J, et al. Cigarette smoking among persons with schizophrenia or bipolar disorder in routine clinical settings, 1999-2011. *Psychiatr Serv*. [Internet]. 2013 Jan 1 [cited Jan 4, 2019];64(1):44-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23280457> doi: 10.1176/appi.ps.201200143.
41. Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A, Bhugra D. Tobacco smoking: From 'glamour' to 'stigma'. A comprehensive review. *Psychiatry Clin Neurosci*. [Internet]. 2016 Jan 30 [cited Jan 4, 2019];70(1):24-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26449875> doi: 10.1111/pcn.12365.

Recibido: 06.08.2018

Aceptado: 07.02.2019

Autor correspondiente:

Antonia Regina Ferreira Furegato

E-mail: furegato@eerp.usp.br <https://orcid.org/0000-0002-7901-2965>**Copyright © 2019 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.