



Info Tabac

El informe del experto en tabaquismo

Número 14 / mayo 2009



La experiencia

Resultados de la encuesta en los servicios proveedores de salud mental de Cataluña

La Red Catalana de Hospitales Sin Humo impulsa, en septiembre de 2007 (con el apoyo del Departamento de Salud Pública, el Plan de Salud Mental y Adicciones y la Subdirección General de Drogodependencias de la Generalitat de Catalunya), la creación del grupo de trabajo Salud Mental y Tabaco, con el objetivo de guiar y dar apoyo al desarrollo de un marco catalán que permita encaminar los servicios de salud mental hacia ambientes sin humo y hacia una disminución en la prevalencia del consumo de tabaco, tanto en pacientes como en profesionales.

Los servicios de Salud Mental parten de una situación de clara desventaja en el control del tabaquismo, en parte por la mayor complejidad del abordaje en estos pacientes, mayor permisividad del consumo de tabaco y una legislación que exime a los centros psiquiátricos de ser libres de humo, depositando en el criterio médico que los pacientes puedan fumar.

Desde el grupo de trabajo de Salud Mental y Tabaco, se determina la importancia de conocer con qué realidad nos encontramos en los servicios hospitalarios y centros de día de salud mental en la actualidad. Para ello, y tomando como ejemplo acciones realizadas en el marco de la Red Europea de Hospitales Sin Humo, se consensúa la adaptación de una encuesta, realizada por la Red Irlandesa, sobre la implementación de las políticas de control del tabaquismo en los servicios de salud mental de Cataluña.

Se contacta con los responsables de cada dispositivo por correo electrónico y se les explica el objetivo del proyecto y se les invita a contestar la encuesta en formato digital. Se reciben un total de 185 encuestas (lo que representa el 97,4% de los dispositivos de hospitalización y centros de día de Cataluña), entre noviembre de 2008 y marzo de 2009. Un 88,1% de ellos atienden a población adulta y el resto, atienden a niños o jóvenes (ver tabla).

La encuesta está estructurada en bloques y evalúa diferentes aspectos sobre la implementación de políticas de control del tabaquismo. A continuación se detallan los resultados más relevantes para cada uno de los bloques. En la mayoría de los dispositivos se percibe que los responsables de la institución promueven y apoyan acciones de motivación y sensibilización para el personal sanitario sobre políticas de control del tabaquismo en el servicio. Los servicios donde se percibe un menor grado de compromiso son los centros de día. Referente a la comunicación, la mayoría de los servicios afirman consultar a los pacientes sobre las dificultades para cumplir las políticas de espacio sin humo. Más de la mitad de los dispositivos afirman haber consultado con los profesionales las dificultades y barreras para implementar las políticas de espacio sin humo. Los servicios donde se consulta menos, tanto a enfermos como a profesionales, son las unidades de patología dual o desintoxicación.

Aproximadamente la mitad de los dispositivos afirman que los profesionales tienen conocimientos para intervenir en la cesación tabáquica de sus pacientes. Paradójicamente, las unidades de patología dual/desintoxicación son de los dispositivos que afirman tener menos conocimientos.

En relación a la identificación de fumadores y el apoyo para el abandono del tabaco, cerca de la mitad de los servicios dice incluir el tabaco dentro del plan de atención de todos los pacientes. La mayoría registran sistemáticamente el consumo de tabaco. Menos de la mitad ofrecen ayuda para dejar de fumar durante la estancia en el dispositivo. Una tercera parte tienen fármacos para reducir el síndrome de abstinencia. Finalmente, el seguimiento o derivación tras el alta en casos de cesación o reducción del consumo de tabaco se da de una manera sistemática en casi la mitad de los dispositivos. Por otro lado, en la mayoría de los dispositivos no está permitido fumar en ninguna zona interior común (salas de estar, de televisión, comedor, pasillo), siendo las unidades de patología dual o desintoxicación los dispositivos menos restrictivos. Según la información facilitada, muy pocos responsables de dispositivo reconocen que el tabaco se suministra como recompensa, incentivo o recurso terapéutico en la actualidad.

En cambio, la mayoría de los dispositivos de agudos, subagudos/ media/larga estancia, patología dual/desintoxicación afirman administrar tabaco de forma regular. Pero por pocos que sean, sorprende que en dispositivos infantojuveniles se administre tabaco con regularidad.

Sería una falsedad afirmar que no se ha avanzado en el control del tabaquismo en el campo de la salud mental durante los últimos años, aunque haya sido por efectos indirectos de una mayor sensibilización de los profesionales y de la sociedad en general, pero cabe reconocer que nos encontramos lejos todavía de que los dispositivos de hospitalización de los enfermos mentales sean totalmente libres de humo de tabaco, de que el consumo de tabaco forme parte de la intervención terapéutica habitual y de que no fumar sea la normalidad de estos pacientes.

Gemma Nieva

Psicóloga

Unidad de Conductas Adictivas

Servicio de Psiquiatría

Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona)

Tipos de dispositivo n (%)	Centros de día	Hospitales de día	Agudos	Subagudos	MILLE ¹	Pd/detox ²	Total
Adultos	60 (32,4)	30 (16,2)	25 (13,5)	19 (10,3)	15 (8,1)	14 (7,6)	163 (88,1)
Infantojuvenil	–	17 (9,2)	5 (2,7)	–	–	–	22 (1,9)
Total	60 (32,4)	47 (25,4)	30 (16,2)	19 (10,3)	15 (8,1)	14 (7,6)	185 (100)

1 MILLE: unidades de media y larga estancia. / 2 Pd/detox: unidades de patología dual / desintoxicación

El editorial

Tabaco y conducta

El estudio y abordaje del tabaquismo ya se caracteriza por unos elevados niveles de calidad, de acertadas metodologías y de planificadas estrategias de intervención. Los productos farmacológicos diseñados para conseguir una adecuada desintoxicación han favorecido que la decisión de dejar el tabaco sea menos dolorosa y angustiada para el fumador. Efectivamente, los niveles de retención en tratamiento y de abandonos definitivos se han visto mejorados por los nuevos descubrimientos de nuevas moléculas o de utilizaciones de terapéuticas ya conocidas.

Es en este sentido donde toma más importancia aquello que nunca debiéramos haber alejado de nuestro repertorio terapéutico: las leyes de la conducta humana. La persona que crea una dependencia a una sustancia

genera también una serie de relaciones, unos protocolos de conducta que, al cesar la adicción, van a requerir más atención y trabajo terapéutico que la sola prescripción de un fármaco.

Conceptos como refuerzo, condicionamiento, extinción o contingencia deben formar parte del modelo terapéutico y del modelo explicativo del paciente y en complementación a otros aspectos como dosis de nicotina, liberación de dopamina o antagonista versus agonista nicotínico, por ejemplo.

El comportamiento humano en general y el adictivo en particular debe ser explicado también según conceptos diferentes de los propios del uso del medicamento. No deberíamos caer en el reduccionismo de llegar a pensar que un buen tratamiento es sinónimo, solamente, de haber cumplimentado correctamente las dosis de fármaco prescritas.

Equipo de redacción

50 mitos del tabaco

Un mito es algo a lo que se le atribuyen cualidades o excelencias que no tiene o bien una realidad de la que carece.

En el caso del tabaco, un gran número de mitos y falsas creencias se han inyectado en la conciencia colectiva.

Este libro pretende aportar algo de luz a un debate plagado de intereses, oscurantismo y confusión.

Con testimonios de Salvador Bello, Ramón J. Campo, M^a José Coll, Concha García-Campoy, Baltasar Magro, Mercedes Milà, Isabel Nerín y Santiago Segura.

Rodrigo Córdoba García y Encarna Samitier Laín
Edita: Departamento de Salud y Consumo
Gobierno de Aragón

50 Mitos del tabaco

Rodrigo Córdoba y Encarna Samitier



GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Salud y Consumo



Rodrigo Córdoba García

Es médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctor en Medicina. Profesor de la Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. Fue presidente del Comité Nacional

para la Prevención del Tabaquismo entre 2003 y 2006, época en la que se le otorgó la Medalla de la Orden Civil de Sanidad. Actualmente es su responsable de comunicación. Ha publicado numerosos artículos sobre tabaquismo, tanto en revistas científicas como en medios periodísticos. Ha escrito varios libros y ha colaborado en la edición de tratados y manuales de tabaquismo dirigidos principalmente a profesionales sanitarios.



Encarna Samitier Laín

Es licenciada en Ciencias de la Información. Desde 1981, ha desarrollado su carrera profesional en *Heraldo de Aragón*, periódico del que es subdirectora de "Opinión". Colabora

habitualmente en otros medios de Aragón: Radio Zaragoza y Aragón Televisión, entre otros. De 2003 a 2006, dirigió y presentó el programa de debate *El Contrapunto* en la televisión local de Zaragoza ZTV. Profesora en el máster de Periodismo de *Heraldo* y en la Universidad de la Experiencia.



Juan Carlos Pedreira / Cuba

Carta de una paciente

Carta de despedida

Había oído que eras interesante, seductor, que no distingues entre sexos ni edades, que consumías a las personas, incluso que algunas de esas personas llegaban a dar la vida por ti. Me repugnaba la idea, yo era una persona independiente y no deseaba que nadie ni nada controlase mi vida de ese modo, así que te rechacé insistentemente una y otra vez, no quería saber nada de ti. "Ni loca daría mi vida por ti", pensé entonces. Tenía que verte todos los días porque el resto de la pandilla te había acogido entre ellos, y a pesar de mis esfuerzos por ignorarte, una tarde de verano, en la plaza donde nos reuníamos para charlar, una compañera de clase con la que te llevabas bastante bien desde hacía unos meses, me dijo: "Si no lo has probado, ¿cómo sabes si te gusta o no?". Uf, mi respuesta ya la conoces, porque desde entonces no te has despegado de mí.

Un buen día desperté por la mañana después de haber salido el día anterior y descubrí con desesperación que te estabas apoderando de cada célula de mi cuerpo,

del dulce aroma de mi pelo, de mis pulmones ya no tan llenos de oxígeno, de mi sistema nervioso, de mi olfato, de mi boca, de mi estómago, de mi VIDA. Me miré al espejo con asco, con repulsión ante una persona que desconocía, sólo te veía a ti, todo mi ser apestaba a ti, todo era negro como tú, te manifestabas en cada flema matinal para recordarme que eras dueño y amo de prácticamente todos mis actos, me decías continuamente que sin ti no podría hacer nada, me había convertido en tu sumisa. ¡Por favor, me estaba volviendo loca o qué! Fue en ese preciso momento cuando realmente supe quién eras, a qué te dedicabas, y te odié y te odio desde ese momento, y lograste que me odiara a mi misma por mi estupidez.

Te conozco muy bien, sé que me harás llorar, sé que sufriré durante unos días, pero hoy te digo ADIÓS, HASTA NUNCA, NO TE NECESITO.

Vanessa C. M.
(Futura exfumadora)



El jubilado

Descripción del caso

- Hombre de 72 años que acude a la consulta de su médico de atención primaria por un catarro de vías altas y es derivado a la consulta de tabaquismo.
- Consumo actual de 20 cigarrillos diarios.
- Inicio del hábito a los 11 años.
- Se define como un fumador empedernido y con poca confianza en poder dejar el hábito. No hay intentos previos para dejar de fumar. En algunas ocasiones, reducción del consumo de cigarrillos sin llegar a la abstinencia total. En dos ocasiones, coincidiendo con ingresos hospitalarios hace 4 y 12 años, se mantuvo sin fumar una semana.
- Diagnosticado de EPOC en el año 2006, nódulos en las cuerdas vocales en 2004 e intervención quirúrgica de úlcera duodenal en 1986.
- Actualmente está jubilado, ocupa gran parte de su tiempo con sus amigos, la mayoría fumadores, en el bar o en el centro de jubilados.
- Vive solo.
- Acude con su pareja, que también es fumadora y dice estar interesada en dejar el tabaco. Su pareja pertenece a otro centro de salud. Les ofrezco la posibilidad de dejarlo juntos, pero ella prefiere consultar con el enfermero de su centro.
- El principal motivo por el que quiere dejar de fumar es por su salud y por el aspecto económico.
- Peso, 61 kg y TA, 147/90.

Entrevista

- Durante la entrevista se muestra receptivo, con una actitud de escucha activa. Es poco hablador.
- Manifiesta cierto temor al fracaso, pero tiene muchas ganas de intentarlo.
- En el momento de la entrevista se le nota muy ilusionado y muestra interés por las explicaciones que va recibiendo.
- Se le informa de la posibilidad de incluirlo dentro de un programa, que ofrece tratamiento farmacológico gratuito para la deshabituación tabáquica a las personas que residen en el área de influencia de dicho programa.

Diagnóstico

- Según el modelo de Prochaska, el paciente se encuentra en la fase de preparación para la acción.
- Puntuación en el test de Fagerström de 6. Nivel de CO, de 23 ppm. Consumo de 20 cigarrillos/día. Test de motivación de Richmond de 9 puntos.

Discusión

- En la primera entrevista se da toda la información acerca del programa, los tipos de tratamiento y las visitas.
- Período de preparación de una semana con las siguientes pautas:
 - Efectuar modificaciones en su conducta de fumar.
 - Comunicar la decisión a sus amigos.
 - Autorregistrar los cigarrillos fumados.
 - Elaborar un listado de motivos por los que decide abandonar el tabaco.
 - Utilizar una pauta de tres comprimidos de nicotina de 1 mg al día después del desayuno, la comida y la cena.
 - Fijar el día D.
- Transcurrida una semana, acude con su pareja a la consulta. Nivel de CO del 13% y consumo de 10 cigarrillos/día.
- Se siente satisfecho por haber reducido a la mitad el consumo y fija el día D en el día siguiente.
- Se entrega material escrito sobre consejos para abordar los primeros días sin fumar, se recomienda realizar un ritual de despedida la noche anterior al día de la cesación y una hucha para los ahorros.
- Le recordamos la suerte que tiene de verse beneficiado del programa comunitario para barrios socioeconómicamente más deprimidos y poder disponer del tratamiento farmacológico de forma gratuita.
- Se propone el tratamiento con parches de nicotina de 24 horas (21 mg, 14 mg, 7 mg) durante 28 días cada presentación y el uso de comprimidos de nicotina de 1 mg para afrontar las situaciones de *craving* más intensas.
- A la siguiente visita, a los 7 días, acude sin su pareja. Nivel de CO de 1 ppm, cifras de TA (132/86) y peso de 64 kg, lo que supone un aumento de 3 kg en las 2 semanas anteriores. Bebedor de 2 cervezas al día (anteriormente, de 4 o 5).
- Dice haber recuperado espectacularmente los sentidos del olfato y el gusto, tener mucho apetito, disfrutar mucho de las comidas y comer más cantidad que antes.
- Se va de vacaciones y vuelve a la consulta a los 15 días. Continúa con un peso de 64 kg que parece haberse estacionado.
- En las visitas sucesivas se muestra muy satisfecho con las mejorías, especialmente en lo referente a la resistencia al ejercicio físico, disminución de los ruidos respiratorios nocturnos y desaparición de los ronquidos.

- A los 6 meses, las cifras de TA se mantienen dentro de la normalidad, presenta un normopeso IMC 25, 24 y, al preguntarle por su pareja, comenta que todavía no ha pedido cita en su centro de salud para la deshabituación.
- Las mejorías físicas que iba experimentando en lo referente a respiración, sueño, fatiga, disminución de arrugas, aspecto de la piel y aumento del apetito le motivaban para mantenerse abstinentemente.

Seguimiento

El planteamiento inicial partía de la realización de la deshabituación conjuntamente con su pareja, pero como ésta finalmente no se decidió, se optó por el abordaje individual. El paciente no vivió como un impedimento el hecho de que su pareja continuara fumando y en ningún momento dudó en seguir adelante.

Se realizaron un total de 12 visitas durante un año: semanales el primer mes, quincenales el segundo y el tercero, mensuales, bimensuales y a los 9 y 12 meses. También se utilizó el contacto telefónico.

Se incidió mucho en la prevención de recaídas por ser el primer intento y tener un entorno poco favorable.

Cabe destacar la actitud del paciente, de confianza plena en el terapeuta durante todo el tratamiento. Es un paciente obediente, de nivel socioeconómico bajo, que ha seguido todas las pautas propuestas, ha realizado el tratamiento farmacológico completo y se ha mostrado muy agradecido a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Su adherencia al tratamiento es inmejorable y su satisfacción, también.

Alicia Perera Enjuanes
Enfermera de Atención Primaria
CAP Ronda / Lleida



Estrategias de abordaje del paciente psiquiátrico fumador hospitalario. Experiencia del Hospital de Terrassa

A finales de noviembre de 1994, el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Terrassa inició su actividad asistencial, y lo hizo en un hospital general de 301 camas que acababa de trasladarse del centenario Hospital de Sant Llutzter, situado en el mismo centro de Terrassa, a las instalaciones del nuevo hospital, situado en las afueras de la ciudad, en un edificio rehabilitado y acondicionado de nuevo para esta función hospitalaria moderna que forma parte de una empresa sanitaria pública, un consorcio formado por el Ayuntamiento de Terrassa, la Fundació Sant Llutzter y la Generalitat de Catalunya.

La creación de la nueva planta se produjo en un momento en que el hospital no había desarrollado todavía ninguna actividad asistencial en el ámbito de la psiquiatría. Este hecho ha sido clave en la organización del servicio y en la base de nuestra experiencia en el tratamiento del problema del consumo de tabaco en el paciente psiquiátrico hospitalizado, porque gracias a ello se pudo organizar la atención del paciente sin condicionantes previos, tendiendo a la normalización de su atención en pie de igualdad con el resto de pacientes hospitalizados de otras especialidades.

Esto se tradujo en diferentes aspectos normalizadores, de los que se pueden citar el esfuerzo estructural y ambiental en la construcción de la unidad; la distribución de espacios realizada como en las otras unidades del hospital; la supresión de elementos visuales de restricción de movimientos; la liberalización total de los horarios de visitas; la supresión de las actividades llamadas entonces de "laborterapia", usuales en aquel momento en las unidades psiquiátricas durante el tiempo de hospitalización, pero que eran, por otro lado, inútiles en una unidad como la nuestra, de corta estancia y basada en el tratamiento médico biológico en el hospital y en el tratamiento pluridisciplinar médico y psicológico en el ámbito comunitario; la formación del personal de enfermería con una sólida base de enfermería de hospital general y, finalmente, la supresión del consumo de tabaco dentro de la unidad.

La decisión de prohibir el consumo de tabaco en las habitaciones y espacios comunes de la unidad no hacía más que reproducir la norma al uso en todo el hospital y fue decidida después de una meditada valoración, más si tenemos en

cuenta que, a diferencia del resto de especialidades, en las unidades de hospitalización psiquiátrica de hospitales generales —y no digamos en los hospitales psiquiátricos tradicionales—, la norma era precisamente la autorización de fumar en el espacio de hospitalización.

La estrategia con la que manejamos la cuestión del tabaco en nuestra unidad se inicia con una valoración del hábito tabáquico del paciente, mediante la historia clínica y la utilización del test de Fagérstrom.

Si pese a los consejos del personal y la oferta de tratamiento preventivo del síndrome de abstinencia tabáquica con el uso de chicles o parches de nicotina nuestros pacientes siguen queriendo fumar, lo tienen que hacer aprovechando su salida autorizada de la unidad y siempre acompañados de un familiar responsable. Obviamente, los pacientes que, por razones de indicación médica basadas en su gravedad psicopatológica, tienen restricciones temporales de salida o de visita, no pueden salir a fumar. Esto comporta que requieran más atención del personal y el tratamiento farmacológico substitutivo es casi inevitable mientras dura esta situación. Esta opción fue plenamente asumida por todo el equipo médico y de enfermería, y contó con el apoyo de gerencia de nuestro hospital, de tal forma que así se sigue llevando a cabo hasta el momento actual.

Con la presentación de nuestra experiencia en la mesa *Estrategias de abordaje del paciente psiquiátrico fumador hospitalario*, que tuvo lugar en el marco de la Jornada Salud Mental y Tabaco, el día 19 de marzo de 2009, en el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, revisamos nuestros resultados a la luz del cambio que supuso la implicación de nuestro hospital en la Red de Hospitales Sin Fumo a partir del año 2005. Desde ese momento, nuestro hospital dejó de tolerar que todos los pacientes, así como sus familiares (y también, naturalmente, el personal), fumaran en las dependencias hospitalarias. Desde entonces, optamos porque los pacientes que quisieran fumar lo hicieran también fuera del recinto hospitalario, como el resto. Pese a nuestros temores iniciales de que esto pudiera favorecer situaciones comprometidas de cara a su control fuera de la unidad, no se apreció

ninguna variación en las tasas de fuga comparando los dos períodos.

La valoración que hacemos de nuestra experiencia expuesta en la comunicación es que la supresión del consumo de tabaco en las unidades de hospitalización psiquiátrica es perfectamente posible si se ofrece al paciente la opción de un tratamiento farmacológico substitutivo en el marco de un trabajo en equipo y en el que el personal de enfermería es una pieza fundamental.

La estrecha coordinación con el equipo médico responsable del tratamiento del paciente hace posible su puesta en marcha normalizada, a pesar de la fuerte experiencia previa que todos habíamos conocido en el sentido de autorizar el consumo de tabaco dentro de las unidades de hospitalización psiquiátrica. Nuestra experiencia refuerza la política de unidades sin humo, y creemos que se debe llevar a cabo a pesar de las voces a favor del uso —o tolerancia— del tabaco en el paciente psiquiátrico hospitalizado como si fuera un elemento positivo por su supuesta acción sedativa o antiansiosa que confunde la pseudoterapia con el consumo de un tóxico para evitar el síndrome de abstinencia.

La normalización asistencial en todos los sentidos es una importante herramienta para luchar contra la estigmatización de nuestros pacientes y, por ello, conseguir que las unidades de hospitalización psiquiátrica sean unidades libres de humo, como lo son ahora todos nuestros hospitales, nos parece un paso en la correcta dirección, no solamente para equiparlos de verdad al resto de pacientes, sino también para evitar la alta prevalencia de enfermedades asociadas al uso de tabaco y la elevada mortalidad que esto comporta.

Dr. Joan Alborni Coderch
Jefe del Servicio de Psiquiatría
y director de Atención a la Salud Mental
Consorci Sanitari de Terrassa



Tabaco y salud mental: guía de buena práctica hospitalaria

La prevalencia del consumo de tabaco en los individuos con trastorno mental (especialmente en aquellos que se encuentran hospitalizados) es más elevada que en la población general. Este hecho conlleva, en esta población, unas cifras de mortalidad y morbilidad muy elevadas y, en consecuencia, una esperanza de vida sensiblemente menor. A pesar de ello, es poco frecuente que desde los dispositivos de hospitalización se intervenga en el consumo de tabaco de estos pacientes.

Por otra parte, la ley española 28/2005, de medidas sanitarias ante el tabaquismo, prohíbe expresamente fumar en los centros y servicios sanitarios, pero puntualiza que “los centros, servicios o establecimientos psiquiátricos pueden habilitar zonas para los pacientes a quien, por criterio médico, se determine”.

Así, la ley deja un amplio margen de decisión al profesional, lo que permite que todavía tengan cabida viejas inercias, como creer que la hospitalización no es un momento adecuado para tratar el tabaquismo o que incluso resultaría contraproducente. Además, resulta difícil introducir cambios en la práctica clínica diaria cuando no quedan claras cuáles son las prácticas adecuadas o deseables ni si éstas están consensuadas.

Por todo ello, el grupo de trabajo Tabaco y Salud Mental, impulsado por la Red Catalana de Hospitales Sin Humo, empezó a trabajar en una guía de prácticas deseables en cuanto al control del tabaquismo en los dispositivos hospitalarios de salud mental.

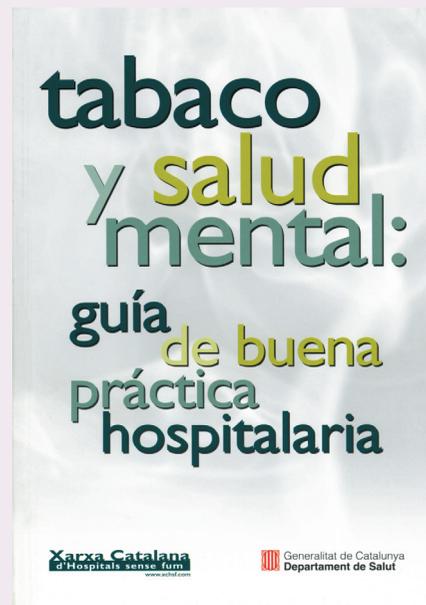
Este documento ha sido elaborado con el apoyo del Plan Director de Salud Mental y Adicciones y la Subdirección General de Drogodependencias (Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya). La guía es una traducción y adaptación al momento y territorio de la guía elaborada por la Irish Health Promoting Hospitals Network (HPH) - Red Irlandesa de Hospitales sin Humo (Consensus guidelines for tobacco management in mental health services).

En la misma, se recopilan propuestas deseables y recomendaciones sobre el control del tabaquismo en los dispositivos

hospitalarios de salud mental, ordenadas en 10 estándares de medidas de la Red Europea de Hospitales Sin Humo, y se incide en diferentes ámbitos como el de la formación, la intervención o el control de los espacios:

1 - Compromiso

La institución y sus jefes deben comprometerse a proveer un ambiente saludable sin humo, tanto para el personal y los pacientes como para el resto de usuarios y comunicarlo apropiadamente. Para ello será necesario designar un/os responsable/s.



2 - Comunicación

Deben establecerse estructuras de comunicación efectivas para asegurar que todo el personal y los pacientes conozcan, comprendan y hagan suyas las nuevas políticas de control del tabaco.

3 - Educación y formación

La institución debe sensibilizar y ofrecer formación al personal sobre cómo implementar las nuevas políticas de actuación en tabaquismo, conocer los peligros probados del humo ambiental del tabaco y la alta prevalencia de consumo de tabaco en esta población, y cómo efectuar una intervención sobre el consumo de los pacientes.

4 - Identificación de fumadores y apoyo para el abandono del tabaco

El abordaje del tabaquismo debería considerarse una práctica sistemática más dentro del plan terapéutico general de cada paciente.

Tanto pacientes como personal deberían poder acceder a ayuda para dejar de fumar y a seguimiento después del alta cuando resulte conveniente.

5 - Control del consumo de tabaco

Sólo se permiten espacios exteriores delimitados para fumar si se estiman necesarios. Si ello no es posible, la actual ley del tabaco permite habilitar zonas interiores para fumar que no deben ser estancias de utilización común, como salas de estar, comedor, etc.

6 - Ambiente

Deben señalizarse claramente las áreas donde se puede y no se puede fumar, e identificarse las posibles complicaciones de todo ello ofreciendo estrategias de manejo claras. Deben eliminarse, asimismo, prácticas como la utilización del tabaco como incentivo o premio para los pacientes.

7 - Puestos de trabajo saludables

La exposición al humo ambiental del tabaco debe minimizarse al máximo. Pacientes y personal tienen el derecho a trabajar o residir en un ambiente saludable, y la institución tiene el deber de proveer lo establecido por la ley de prevención de riesgos laborales. Los profesionales fumadores deben hacerlo sólo en áreas designadas no visibles para los pacientes y únicamente en los descansos laborales definidos.

8 - Promoción de la salud

Es aconsejable compartir experiencias de buena práctica con otros profesionales, instituciones, etc., y organizar actividades de promoción de la salud para los pacientes.

9 - Monitorización del cumplimiento

Debería monitorizarse el cumplimiento de las políticas de control del tabaco: por ejemplo inspecciones del nivel de polución ambiental e identificación y toma de acciones consensuadas en caso de infracción.

10 - Implementación de la política

Avanzar hacia un ambiente totalmente libre de humo debe constituir el objetivo a largo plazo.

Esta guía está disponible en la web de la Red Catalana de Hospitales sin Humo: www.xchsf.com

Montserrat Ballbè
Institut Català d'Oncologia y grupo de trabajo
"Tabaco y Salud Mental"

- 01** *La experiencia*
Resultados de la encuesta en los servicios
proveedores de salud mental en Cataluña
- 01** *El editorial / Tabaco y conducta*
- 02** *Crítica literaria / 50 mitos del tabaco*
- 02** *Tabaco y humor*
- 02** *Carta de una paciente*
Carta de despedida
- 03** *Caso clínico / El jubilado*
- 04** *Nuestro experto opina*
Estrategias de abordaje del paciente psiquiátrico
fumador hospitalario
- 05** *Firma invitada*
Tabaco y salud mental: guía de buena práctica
hospitalaria
- 06** *La actualidad de la formación*
Calendario de congresos, cursos y jornadas
Sabías que...
Imágenes que hablan por sí solas

Sabías que...

Escoge la mejor manera de vivir, la costumbre
te la hará agradable.

Pitágoras de Samos (571 - 497 a. de C.)
Filósofo griego

Edita



**HOSPITAL
DE SANTA MARIA**



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Colaboran



Tel. 973 72 72 22
Suscripción gratuita en: tabac@gss.scs.es

Calendario de congresos, cursos y jornadas

Madrid / 29 y 30 de mayo de 2009

XI Jornadas Nacionales de Patología Dual: "De la psicopatología a la adicción o viceversa"

Organiza: Asociación Española de Patología Dual

Patrocina: Asociación Mundial de Psiquiatría

Dirigido a: Personal sanitario de la red pública y privada, médicos, psicólogos y otros profesionales sanitarios interesados en esta problemática

Lugar de celebración: Madrid (Hotel Meliá Castilla, C/ Capitán Haya, 43)

E-mail: patologiadual.es/XI_Jornadas/

Más información en: www.patologiadual.es/XI_Jornadas/

Sitges / del 1 al 6 de junio de 2009

Una semana motivacional: Taller de Formación de Formadores en EM en Español (Training New Trainers) y Fórum de Formadores en EM (Mint Forum)

Organiza: Grupo Español de Trabajo en Entrevista Motivacional (GETEM) y Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT)

Destinatarios: Clínicos, profesionales de la salud, responsables de implementación de programas, especialistas en promoción y prevención, investigadores y proveedores de servicios que, siendo conocedores de la entrevista motivacional en su aplicación clínica, tengan interés en capacitarse para poder formar a otros profesionales en dichas técnicas.

Lugar de celebración: Sitges - Barcelona (Hotel Meliá, Joan Salvat Papasseit, 38)

Teléfono de la Secretaría Técnica: (+34) 93 201 75 71

E-mail: getem08@gmail.com

Página web: www.getem.org/conference.html

Oporto / del 1 al 4 de julio de 2009

V Conferencia Latina sobre Reducción de Daños: "Globalización, reducción de riesgos y derechos humanos"

Organiza: Grup Igia y Agencia Piaget para el Desarrollo (APDES)

Lugar: Oporto (Portugal)

E-mail: info@clat5.org

Página web: www.clat5.org/

México D.F. / del 23 al 25 de septiembre de 2009

Congreso Mundial de Adicciones: "Experiencias basadas en la evidencia"

Organiza: Centros de Integración Juvenil A.C. (México)

Dirigido a: Médicos, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, enfermeros, investigadores y profesionales en el campo de las adicciones y áreas afines.

Lugar de celebración: México D.F.

Teléfono de información: 01 (55) 59-99-49-49. Ext. 7755 y 7756

E-mail: congresoint@cij.gob.mx

Página web: www.cij.gob.mx/congreso2009/index.html

Newcastle / 8 y 9 de octubre de 2009

VI Conferencia Anual de Inebria (International Network on Brief Interventions for Alcohol Problems): "Breaking New Ground"

Organiza: Newcastle University y Northumbria University

Colaboran: Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, The Alcohol Education and Research Council (AERC)...

Lugar de celebración: Newcastle - Gran Bretaña (Centro Báltico de Arte Contemporáneo de Gateshead)

Teléfono de información: 440 191 222 7213 / Fax: 440 191 222 6043

E-mail: inebria2009@newcastle.ac.uk

Más información en: www.inebria.net/Du14/html/en/dir1339/doc17554.html y www.inebria2009.co.uk

Imágenes que hablan por sí solas

