

MODIFICACION DEL PATRON DE CONSUMO DE TABACO EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DE HOSPITAL GENERAL

IMPROVING THE SMOKING PATTERNS IN A GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRIC UNIT

Autor: Celso Iglesias García (1), María José Alonso Villa (2), Juan Carlos Bernaldo de Quirós (3), Elena Bocanegra Suárez (3), Julia Cueta Gonzalo (3), Rosario García del Valle (3), José Manuel González González (3), Álvaro Miranda García (3), Ana Belén Palacio Bande (3).

Dirección de contacto: icelso@yahoo.es

Cómo citar este artículo: Iglesias García C, Alonso Villa MJ, Bernaldo de Quirós JC, Bocanegra Suárez E, Cueta Gonzalo J, García del Valle R, et al. Modificación del patrón de consumo de tabaco en una unidad de psiquiatría de Hospital General. NURE Inv. [Revista en Internet] 2009 Ene-Feb. [fecha acceso]; 6 (38): [aprox 7 pant]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/modpat_original_38.pdf

Fecha recepción: 11/02/2008

Aceptado para su publicación: 08/07/08

Resumen: Objetivo: el presente trabajo tiene como objetivo estudiar los efectos de la prohibición del consumo de tabaco en una unidad de psiquiatría de hospital general.

Material y métodos: Se valoraron los efectos de la prohibición en 40 pacientes ingresados en la unidad de forma consecutiva tras la prohibición de consumo de tabaco en la unidad de Psiquiatría. Se realizó una recogida de variables socio-demográficas y relacionadas con el consumo de tabaco. A los pacientes que los solicitasen se les ofertó la posibilidad de utilizar terapia sustitutiva con nicotina. Durante el ingreso se registraron las incidencias producidas por la prohibición de fumar.

Resultados: Los pacientes fueron capaces de mantenerse la abstinencia de fumar con o sin la ayuda de tratamiento sustitutivo con nicotina. Solo se registraron dos incidencias leves achacables a la prohibición de fumar. No hubo ninguna negativa al ingreso, ni se precipitó ningún alta por durante el periodo de estudio.

Conclusiones: las ventajas de la prohibición del uso de tabaco en nuestra unidad superaron los inconvenientes, haciendo posible y recomendable la modificación en los hábitos de consumo de tabaco en la unidad suprimiendo su uso.

Palabras clave: Tabaco, Unidad de psiquiatría, Prohibición de fumar, Salud Mental, Actitudes del personal.

Abstract: Objectives: The purpose of the present paper is to evaluate the effects of a smoking ban in a general hospital psychiatric unit.

Methods: We study the effects of smoking ban in 40 consecutive psychiatric inpatients. The staff registered socio-demographic and tobacco-related variables. We also registered any kind of behavioral effects of smoking ban.

Results: The patients were willing to stop smoking during their hospital stay (with or without nicotine replacement) with two mild behavioural incidences registered throughout the study.

Conclusions: The benefits of non-smoking policy in a psychiatric unit can be significant. The introduction of smoking bans in psychiatric inpatients settings is possible and safe.

Key words: Tobacco, Psychiatry unit, Smoking ban, Mental health, Personal attitudes.

Centro de Trabajo: (1) Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Valle del Nalón; (2) Pediatra. Atención Primaria. Área V (Asturias, España); (3) Enfermero/a. Servicio de Psiquiatría. Hospital Valle del Nalón (Asturias, España).

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco en los enfermos mentales tiene peculiaridades científicas^{1,2} y éticas, que hacen de este hábito algo incrustado en la cultura de los servicios de salud mental³. Existen datos científicos que avalarían el papel beneficioso de la nicotina en algunas alteraciones fisiopatológicas presentes en enfermedades como la esquizofrenia: las alteraciones derivadas de variaciones en el gen que codifica el receptor nicotínico alfa 7⁴, o en el receptor alfa4beta2⁵, podrían explicar el efecto positivo de la nicotina en el rendimiento cognitivo de los pacientes⁶⁻⁸: La nicotina también pudiera jugar un papel como elemento corrector de algunos efectos secundarios motores de los antipsicóticos como el parkinsonismo^{2,9} o la acatisia¹⁰. No obstante, la tradicional permisividad con el consumo de tabaco en instituciones mentales no se ha basado en datos científicos, sino en actitudes y creencias mantenidas por los pacientes y por el personal asistencial, entre las que se pueden reseñar: la utilización de los cigarrillos como elemento de trueque entre pacientes; la utilización del tabaco como hábito recreacional en ausencia de otras actividades; o la utilidad del tabaco para controlar el estrés u otros síntomas mentales como la agitación¹¹.

Todo ello, a pesar de que existen pruebas contundentes de que los enfermos mentales son un grupo de población con un incremento en los riesgos derivados del consumo de tabaco: en parte porque tienen más problemas de salud que la población general¹²; y, en parte, porque el tabaco interfiere con el metabolismo de los antipsicóticos por la inducción de la isoenzima 1A2 del citocromo P450¹³.

La dependencia de la nicotina es el abuso de sustancias más prevalente entre los adultos con enfermedad mental^{14,15}, existiendo un riesgo que multiplica en 5,9 veces el de la población general (7,2 en hombre y 3,3 en mujeres)^{16,17}.

Los datos de prevalencia de consumo de tabaco en instituciones mentales son escasos y difíciles de comparar, debido a la heterogeneidad de los dispositivos y de las prácticas de control sobre el hábito; no obstante, la prevalencia de tabaquismo en pacientes hospitalizados es mayor que entre los pacientes ambulatorios¹⁸. Un estudio reciente encuentra que un 52% de los pacientes ingresados en un hospital universitario israelí y un 37,3% del personal eran fumadores. Los pacientes tenían un consumo medio de 21,4 cigarrillos día (hombres) y de 18,8 (mujeres)¹⁹. También se han evidenciado variaciones en el nivel de consumo a lo largo del ingreso hospitalario, de forma que durante el período de tiempo que se mantenían en el hospital, el 80% de los pacientes que previamente fumaban poco y el 57% de los fumadores moderados, incrementan su consumo de tabaco²⁰.

En nuestro país la Ley 28/2005 de medidas sanitarias contra el tabaquismo, establece la prohibición total de fumar en centros, servicios o establecimientos sanitarios. No obstante, la ambigüedad creada por la posibilidad de habilitar zonas de fumadores en "establecimientos penitenciarios y psiquiátricos", ha hecho que la mayoría de las unidades de psiquiatría de los hospitales generales el consumo de tabaco esté permitido. Sin embargo, los estudios realizados sobre el tema en dispositivos de salud mental de naturaleza diversa muestran, de forma

mayoritaria, que el establecimiento de políticas de prohibición de consumo de tabaco produce efectos beneficiosos, sin que, como contrapartida, aparezcan efectos no deseables o problemas en el cumplimiento terapéutico²¹.

El presente trabajo tiene como objetivo estudiar los efectos de la prohibición del consumo del tabaco en una unidad de psiquiatría de un hospital general, partiendo de la hipótesis de que los pacientes psiquiátricos hospitalizados son tan capaces de mantener la abstinencia durante el período de ingreso como el resto de la población²².

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional en el que se incluyeron todos los pacientes que ingresaron de forma consecutiva en una unidad de psiquiatría en el primer trimestre de 2006 (n=40), justo después de implantar la prohibición de fumar en la unidad. Se incluyeron todos los pacientes, independientemente de su diagnóstico y situación clínica. La medida de prohibición del consumo de tabaco no contemplaba excepciones y no se excluyó de la evaluación a ningún paciente. El trabajo se llevó a cabo en la unidad de hospitalización para pacientes con patología psiquiátrica aguda del Hospital Valle del Nalón de Langreo (Asturias). Se trata de una planta de 12 camas que atiende a una población de referencia de, aproximadamente, 140.000 habitantes. La estancia media de la unidad en el año 2005 fue de 14,45 días y el índice de ocupación de 84,9%, con un 41% de primeros ingresos. Antes de la supresión total del consumo, en la unidad existía una situación de "consumo de tabaco controlado" (a los pacientes que lo solicitaban se les suministraba un cigarrillo cada 30 minutos).

Se realizó una evaluación protocolizada de cada paciente en la que se recogieron: variables sociodemográficas, diagnóstico clínico al alta según criterios CIE-10, variables relacionadas con el consumo de tabaco, grado de adicción medido por el test de Fagerström, prescripción de terapia con sustitutivos de la nicotina e incidencias surgidas durante el ingreso (anexo 1). A todos los pacientes fumadores se les ofertó la posibilidad de utilizar terapia sustitutiva de nicotina (parches o chicles). La valoración de las incidencias se realizó a partir del análisis de: la hoja e registro de cada paciente incluido en el estudio; el libro de incidencias de la unidad; y las notas de evolución, médicas y de enfermería, contenidas en la historia clínica del paciente. La valoración fue realizada diariamente por un grupo constituido por: un psiquiatra, un enfermero y un auxiliar de enfermería. Los criterios seguidos para considerar una incidencia como "debida a la prohibición de fumar" fueron: que la causalidad hubiera sido especificada directamente por el profesional que la registró; o, que, a pesar de no se hubiera considerado el tabaco como causa en el momento del registro de la incidencia, el grupo de evaluación la considerase como posible o probablemente debida a la prohibición de fumar. Al final del período de observación se encuestó al personal asistencial de la planta para realizar una valoración de actitudes hacia el cambio con un cuestionario realizado específicamente para el estudio (anexo 2).

RESULTADOS

A lo largo de los tres meses que duró el estudio se evaluaron 40 pacientes, de los que 25 (62,5%) fueron hombres y 15 (37,5%) mujeres; el 52% eran fumadores. La "edad promedio" de la muestra global fue de 46,5 años (DE=15,2). Analizando la muestra según el sexo, se encontraron diferencias significativas en la "edad" ($p=0,02$) y en la "prevalencia de consumo" ($p=0,05$): la edad media de los hombres evaluados fue de 42,4 años (DE=12,9) mientras que la de las mujeres fue de 53,4 años (DE=16,6); eran fumadores el 33,3% de las mujeres y el 64% de los hombres. En la Tabla 1 se muestran los datos de prevalencia diagnóstica de la muestra evaluada. Los datos relacionados con el consumo de tabaco pueden verse en la Tabla 2 y los resultados del test de Fagerström en la Tabla 3. El 66% de los fumadores solicitaron terapia sustitutiva con nicotina; todos ellos prefirieron chicles.

Diagnóstico	n	%
Esquizofrenia y trastornos delirantes	12	30
Trastornos del humor	9	22,5
Trastornos de personalidad	7	17,5
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	6	15
Consumo de sustancias	3	7,5
Otros	3	7,5
Total	40	100

Tabla 1. Prevalencia diagnóstica del total de la muestra

	Media	DE	Máximo	Mínimo
Edad de inicio de consumo de tabaco	16,8	5,1	11	35
Tiempo de consumo (años)	23,7	12,2	1	40

Tabla 2. Datos relacionados con el consumo de tabaco

	Frecuencias de puntuación				Estadísticos descriptivos		
	0	1	2	3	Media	DE	Rango
¿Cuánto tiempo pasa habitualmente desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?	3	1	1	15	2,40	1,14	0-3
¿Le resulta difícil no fumar en lugares donde está prohibido?	13	7			0,65	0,48	0-1
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	2	6	1	11	2,05	1,14	0-3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas tras levantarse que el resto del día?	14	6			0,3	0,47	0-1
¿Fuma cuando está enfermo y tiene que guardar cama la mayor parte del día?	10	10			0,5	0,51	0-1
Total					5,9	2,97	0-9

Tabla 3. Puntuación de los ítems del test de Fageström y estadísticos descriptivos.

Durante el tiempo que duró la evaluación solamente se observaron dos “incidencias relacionadas con la prohibición de fumar”, ambas fueron consideradas leves y tuvieron que ver con quejas planteadas por familiares que manifestaron, de forma inadecuada, su desacuerdo con la medida por considerarla injusta. No hubo ninguna negativa al ingreso, ni se precipitó ningún alta debido a la prohibición de fumar. La medida tampoco fue el desencadenante de la utilización de medidas coercitivas (contención mecánica, aislamiento o administración de fármacos en contra de la voluntad del paciente). No se consideraron como “incidencias” las solicitudes de información por parte los pacientes acerca del cambio de normas sobre el consumo de tabaco en la unidad; a pesar de su reiteración, ninguna de estas solicitudes se realizó de forma inadecuada. Este tipo de demandas aclaratorias fueron planteadas, en su mayoría, por pacientes que habían estado ingresados en la unidad en momentos de permisividad con el tabaco y, sobre todo, por pacientes derivados de otros servicios en cuyas unidades de hospitalización estaba permitido fumar.

La encuesta realizada entre el personal asistencial de la unidad para valorar las actitudes ante el consumo de tabaco fue contestada por 17 personas (100% del personal sanitario). Los resultados se exponen en la Tabla 4; como puede verse, la mayor parte del personal reconoció haber previsto que la prohibición produciría más problemas de los que realmente se produjeron. La prohibición produjo efectos beneficiosos indirectos: desaparición de las quejas al personal y problemas de relación entre pacientes asociados al acceso al tabaco, y mejora en el ambiente general de la unidad, ya que a la ausencia de rechazo a la prohibición por parte de los fumadores, se sumó la buena acogida que tuvo la implantación de la medida en el grupo de pacientes y del personal que no eran fumadores.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Dudoso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Los pacientes ingresados en la planta deben ser animados para que abandonen el consumo de tabaco.	35,3%	52,9%	11,8%	0%	0%
El personal no debe fumar en la unidad de psiquiatría.	64,7%	35,3%	0%	0%	0%
Los pacientes no deben fumar en la unidad de psiquiatría.	70,6%	11,8%	11,8%	0%	5,9%
El personal debe ofrecer, de forma rutinaria, consejo para dejar de fumar.	41,2%	35,3%	23,5%	0%	0%
El personal de la planta debería estar entrenado para ofrecer consejo y apoyo en relación con el consumo de tabaco.	47,1	47,1	5,9	0%	0%
La hospitalización es una buena oportunidad para intervenir en lo relativo al consumo del tabaco de los pacientes	23,5%	52,9%	23,5%	0%	0%
La implantación de un programa de abandono de consumo de tabaco podría ser útil en nuestra unidad. <i>(esta pregunta no se refiere a la prohibición de fumar en la unidad, sino a la implantación de un programa más ambicioso cuyo objetivo sea facilitar al paciente la deshabitación a largo plazo)</i>	17,6%	52,9%	17,6%	11,8%	0%
				Si	No
Antes de prohibir el consumo de tabaco en nuestra unidad					
¿Había pensado era una medida necesaria?:				52,9%	47,1%
¿Había pensado que la prohibición era posible?				58,8%	41,2%
¿Recomendaría extender la medida a otras unidades de psiquiatría?				81,3%	18,8%
		Más de los que ha dado	Menos de los que ha dado	Los que ha dado	
Cuando planteó la prohibición de fumar en la unidad. ¿Pensó que la medida daría problemas?		88,2%	5,9%	5,9%	

Tabla 4. Contestación del personal asistencial a la encuesta de actitudes sobre consumo de tabaco.

DISCUSION

Aunque los datos son difícilmente comparables, nuestros resultados coinciden con la mayoría de los trabajos previos sobre el tema, entre los que destacan: una revisión de 7 estudios realizados entre 1994 y 2001 en los que la prohibición total de consumo de tabaco en instituciones psiquiátricas no produjo efectos significativos sobre la conducta, la medicación administrada o la frecuencia de altas voluntarias²¹; y un estudio realizado específicamente en un hospital psiquiátrico en el que los resultados fueron coincidentes²³. Debe reseñarse otro trabajo, realizado en Suiza en el que, además de replicarse los resultados anteriores, se encontró un incremento en la proporción de fumadores que intentaban abandonar el hábito tras el ingreso. Solamente un estudio realizado hasta la fecha ha encontrado problemas en la implantación de la medida (entre el 20 y el 25% de los pacientes ingresados tuvieron dificultades para ajustarse a la prohibición de fumar)²⁴; la discrepancia podría venir justificada: por la diferente sensibilidad que existía en la época de su realización respecto al consumo de tabaco (fue publicado en 1991) y por las peculiaridades de la muestra (Hospital de Veteranos americano).

A la vista de los datos y, aun aceptando una dudosa potencialidad curativa de la nicotina²⁵, entendemos que el consumo de tabaco, no pueden tener la consideración de "tratamiento"²⁶. Salvo su utilización como elemento coercitivo (el consumo de tabaco un privilegio que se otorga o restringe en función de la conducta del paciente²⁷), la nicotina nunca se ha manejado en las instituciones psiquiátricas como una estrategia terapéutica y su estatus no supera el de una adicción con evidentes implicaciones en la salud de quien la padece. Consideramos que el mantenimiento del hábito de fumar en instituciones psiquiátricas aún se hace más insostenible cuando se demuestra que el abandono del tabaco no produce empeoramiento de ninguna de las dimensiones sintomáticas presentes en enfermedades como la esquizofrenia¹⁰; y que, como en nuestro caso, la prohibición de su uso no da lugar a consecuencias negativas para los pacientes. Entendemos, por tanto, que las ventajas de la prohibición del uso de tabaco superan los inconvenientes, y que la prohibición de consumo de tabaco en las unidades de psiquiatría debe considerarse una buena práctica clínica.

BIBLIOGRAFIA

1. Knott V, McIntosh J, Millar A, Fisher D, Villeneuve C, Ilivitsky V, et al. Nicotine and smoker status moderate brain electric and mood activation induced by ketamine, an N-methyl-d-aspartate (NMDA) receptor antagonist. *Pharmacol Biochem Behav* 2006;85(1):228-42.
2. Erdmann R. Neuroleptics and nicotine. *Psychiatr Prax* 1995;22(6):223-7.
3. Reilly P, Murphy L, Alderton D. Challenging the smoking culture within a mental health service supportively. *Int J Ment Health Nurs* 2006;15(4):272-8.
4. Adler LE, Olincy A, Waldo M, Harris JG, Griffith J, Stevens K, et al. Schizophrenia, sensory gating, and nicotinic receptors. *Schizophr Bull* 1998;24(2):189-202.

5. Levin ED, Rezvani AH. Nicotinic treatment for cognitive dysfunction. *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord* 2002;1(4):423-31.
6. Tanabe J, Tregellas JR, Martin LF, Freedman R. Effects of nicotine on hippocampal and cingulate activity during smooth pursuit eye movement in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2006;59(8):754-61.
7. Baldeweg T, Wong D, Stephan KE. Nicotinic modulation of human auditory sensory memory: Evidence from mismatch negativity potentials. *Int J Psychophysiol* 2006;59(1):49-58.
8. Olincy A, Harris JG, Johnson LL, Pender V, Kongs S, Allensworth D, et al. Proof-of-concept trial of an alpha7 nicotinic agonist in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(6):630-8.
9. Salokangas RK, Saarijarvi S, Taiminen T, Lehto H, Niemi H, Ahola V, et al. Effect of smoking on neuroleptics in schizophrenia. *Schizophr Res* 1997;23(1):55-60.
10. Barnes M, Lawford BR, Burton SC, Heslop KR, Noble EP, Hausdorf K, et al. Smoking and schizophrenia: is symptom profile related to smoking and which antipsychotic medication is of benefit in reducing cigarette use? *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(6-7):575-80.
11. Lawn S. Cigarette smoking in psychiatric settings: occupational health, safety, welfare and legal concerns. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39(10):886-91.
12. Mitchell AJ, Malone D. Physical health and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(4):432-7.
13. Gralnick A. Commentary: coping with nicotine addiction in the psychiatric hospital. *Psychiatr Hosp* 1988;19(2):85-8.
14. Prochaska JJ, Fromont SC, Louie AK, Jacobs MH, Hall SM. Training in tobacco treatments in psychiatry: a national survey of psychiatry residency training directors. *Acad Psychiatry* 2006;30(5):372-8.
15. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav* 2004;29(6):1067-83.
16. 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):135-57.
17. LLerena A, de la Rubia A, Penas-Lledo EM, Diaz FJ, de Leon J. Schizophrenia and tobacco smoking in a Spanish psychiatric hospital. *Schizophr Res* 2003;60(2-3):313-7.
18. Gralnick A. Nicotine addiction in the psychiatric hospital: final report. *Psychiatr J Univ Ott* 1990;15(3):165-8.
19. Melamed Y, Peres D, Gelkopf M, Noam S, Bleich A. Psychiatric inpatient and staff attitudes regarding smoking reduction. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2007;44(3):231-3.
20. Keizer I, Eytan A. Variations in smoking during hospitalization in psychiatric in-patient units and smoking prevalence in patients and health-care staff. *Int J Soc Psychiatry* 2005;51(4):317-28.
21. El-Guebaly N, Cathcart J, Currie S, Brown D, Gloster S. Public health and therapeutic aspects of smoking bans in mental health and addiction settings. *Psychiatr Serv* 2002;53(12):1617-22.
22. Smith WR, Grant BL. Effects of a smoking ban on a general hospital psychiatric service. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40(5):497-502.



23. Matthews LS, Diaz B, Bird P, Cook A, Stephenson AE, Kraus JE, et al. Implementing a smoking ban in an acute psychiatric admissions unit. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2005;43(11):33-6.
24. Greeman M, McClellan TA. Negative effects of a smoking ban on an inpatient psychiatry service. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42(4):408-12.
25. Levin ED, McClernon FJ, Rezvani AH. Nicotinic effects on cognitive function: behavioral characterization, pharmacological specification, and anatomic localization. *Psychopharmacology (Berl)* 2006;184(3-4):523-39.
26. Punnoose S, Belgamwar MR. Nicotine for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006(1):CD004838.
27. Anand VS, Ciccone JR, Kashtan I, Seger A. Factors predictive of changes in the legal status of psychiatric inpatients. *J Forensic Sci* 2002;47(6):1365-9.

ANEXO 1

Formulario de recogida de Datos



Nombre del Paciente	Fecha de nacimiento Sexo Nº de Historia
---------------------	---

Diagnóstico principal (CIE-10):

Tratamiento al ingreso:

Es fumador	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
Edad a la que empezó a fumar	
Desea tratamiento con sustitutivos	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si

Test de tolerancia a la nicotina de Fragerström	
¿Cuánto tiempo pasa habitualmente desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?	3. Hasta 5 minutos 2. De 6 a 30 minutos 1. De 31 a 60 minutos 0. Más de 60 minutos
¿Le resulta difícil no fumar en lugares donde está prohibido (cines, centros sanitarios, autobuses, trenes, etc.)?	1. Si 0. No
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	0. Menos de 10 1. Entre 11 y 20 2. Entre 21 y 30 3. 31 o más
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	1. Si 0. No
¿Fuma cuando está enfermo y tiene que guardar cama la mayor parte del día?	1. Si 0. No
Total (suma de puntos obtenidos)	

Tratamientos sustitutivos de la nicotina			
Producto	Dosis	Fecha inicio	Fecha final



ANEXO 2

Cuestionario de actitudes hacia intervenciones relacionadas con el consumo de tabaco

Sexo: Hombre Mujer **Años de experiencia en psiquiatría:**.....

Cat Prof:.....

Marque la respuesta que más se adapte a lo que usted piensa, referido específicamente a la unidad de psiquiatría del Hospital Valle del Nalón.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Dudoso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Los pacientes ingresados en la planta deben ser animados para que abandonen el consumo de tabaco.	<input type="checkbox"/>				
El personal no debe fumar en la unidad de psiquiatría.	<input type="checkbox"/>				
Los pacientes no deben fumar en la unidad de psiquiatría.	<input type="checkbox"/>				
El personal debe ofrecer, de forma rutinaria, consejo para dejar de fumar.	<input type="checkbox"/>				
El personal de la planta debería estar entrenado para ofrecer consejo y apoyo en relación con el consumo de tabaco.	<input type="checkbox"/>				
La hospitalización es una buena oportunidad para intervenir en lo relativo al consumo del tabaco de los pacientes	<input type="checkbox"/>				
La implantación de un programa de abandono de consumo de tabaco podría ser útil en nuestra unidad. <i>(esta pregunta no se refiere a la prohibición de fumar en la unidad, sino a la implantación de un programa más ambicioso cuyo objetivo sea facilitar al paciente la deshabitación a largo plazo)</i>	<input type="checkbox"/>				

Antes de prohibir el consumo de tabaco en nuestra unidad:

¿Había pensado era una medida necesaria?: Si No

¿Había pensado que la prohibición era posible?: Si No

Cuando planteó la prohibición de fumar en la unidad:

¿Pensó que la medida daría problemas: Más problemas de los que ha dado

Menos de los que ha dado

Los mismos que ha dado

Actualmente considera que la prohibición ha tenido un resultado positivo: Si

No

- ¿por qué?
- 1.....
 - 2.....
 - 3.....
 - 4.....

Recomendaría extender la medida a otras unidades de psiquiatría: Si No

Gracias.