



Experiencia de prohibición del consumo de tabaco en una unidad de psiquiatría en tiempos de pandemia

Experience of prohibition of tobacco consumption in a psychiatric unit in times of pandemic

Autoras: Ana Freijeiro-Llorca (1), Carla López-López* (2).

* **Dirección de contacto:** carla.lopez.lopez@sergas.es

Enfermera especialista en Salud Mental. Hospital Público de Monforte de Lemos (Lugo, España).

Resumen

Introducción. Los objetivos de este trabajo fueron evaluar el grado de dependencia tabáquica de los pacientes ingresados en el servicio de psiquiatría de un hospital de tercer nivel y relatar la experiencia vivida por los pacientes los primeros meses de la prohibición de fumar en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría de dicho hospital. **Metodología.** Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo y cualitativo en el que se administró el test de Fagerström y se realizaron entrevistas semiestructuradas a 47 pacientes seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. **Resultados.** De los pacientes encuestados, 32 participantes usaron parche durante su ingreso hospitalario. No fue necesario utilizar un método de contención más allá de la verbal o de la farmacológica. Manifestaron tener una dependencia alta al tabaco en el Test de Fagerström 22 participantes. El parche de nicotina se consideró un método eficaz. Además, se encontraron otras estrategias efectivas para afrontar los síntomas de la abstinencia tabáquica. Las incidencias relacionadas con el cese del consumo fueron puntuales. **Discusión.** No hay motivo que justifique mantener el hábito tabáquico en una unidad de hospitalización psiquiátrica. Puede que el retraso en la implementación de esta medida venga motivado por el estigma hacia los pacientes con problemas de salud mental que sigue presente dentro de los propios sanitarios.

Palabras clave

Tabaquismo; Psiquiatría; Hospitalización; Estigma Social; Ambientes Libres De Humo.

Abstract

Introduction. The objectives of this study were to assess the degree of tobacco dependence of patients admitted to the psychiatry service of a third-level hospital and to report the experience lived by the patients during the first months of the smoking ban in the Psychiatric Hospitalization Unit of this hospital. **Methodology.** A study with a quantitative and qualitative approach was conducted using the Fagerström test and semi-structured interviews with 47 patients selected by non-probabilistic convenience sampling. **Results.** Among the patients surveyed, 32 participants used the nicotine patch during their hospital stay. It was not necessary to use a restraint method other than verbal or pharmacological. A high dependence on tobacco in the Fagerström Test was reported by 22 participants. The nicotine patch was considered an effective method. In addition, other effective strategies were found to deal with the symptoms of smoking withdrawal. Incidents related to the cessation of consumption were punctual. **Discussion.** There is no reason that justifies maintaining the smoking habit in a psychiatric hospitalization unit. The delay in the implementation of this measure may be motivated by the stigma towards patients with mental health problems that are still present among the health professionals themselves.

Keywords

Tobacco Use Disorder; Psychiatry; Hospitalization; Social Stigma; Smoke-Free Environments.

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco hoy en día sigue siendo una importante causa de morbimortalidad y aunque en los últimos años se aprecia una clara tendencia a la baja en su consumo, sigue resultando especialmente preocupante su prevalencia en la población con patologías mentales (1,2).

Los efectos perjudiciales del tabaco sobre la salud en la población general y la población con patologías mentales, tanto a nivel somático como factor influyente a nivel farmacológico (3) están más que demostrados. Se ha visto que los pacientes fumadores requieren dosis más altas de clozapina y haloperidol que aquellos que no lo son; al igual que ocurre con otros tratamientos como la olanzapina y la clorpromazina (4). Esto se produce debido a la interacción entre el humo del tabaco y la metabolización a nivel hepático de los neurolépticos a través del citocromo P450 1A2 (5).

A pesar de la ferviente defensa de la normalización del paciente psiquiátrico, impulsada por la Ley General de Sanidad de 1986 y el informe de la Comisión Ministerial en la conocida reforma psiquiátrica (6,7), en ocasiones, se sigue manteniendo una actitud conservadora y paternalista con estos pacientes. Un ejemplo de esto es la Ley antitabaco. En el año 2005 se publica la Ley 28/2005 (8), de 26 de diciembre por la que se prohíbe fumar en centros, servicios o establecimientos sanitarios y en los espacios al aire libre o cubiertos, de sus recintos. Esta ley incluye una disposición adicional por la que se permite fumar en los establecimientos psiquiátricos. Posteriormente, la Ley 42/2010 (9), de 30 de diciembre de 2010 matiza esta disposición, quedando restringido el consumo de tabaco a los centros de media y larga estancia.

Este tipo de contradicciones y comportamientos vienen escudados detrás de mitos como la baja motivación o capacidad de estos pacientes para dejar el tabaco, el cese del tabaquismo como desencadenante de un brote agudo de la enfermedad o porque no se ve como un problema prioritario que tratar.

Este pensamiento también es mantenido por el propio personal sanitario. Una revisión sistemática llevada a cabo en 2016, encontró además actitudes condescendientes por parte de los profesionales de la salud hacia los pacientes con problemas de salud mental alegando que es una carga demasiado grande de asumir para sobrellevarla con el resto de sus problemas (10).

Teniendo en cuenta el principio de normalización de la atención psiquiátrica (11,12) y tras la llegada de la pandemia mundial por la COVID-19, se considera oportuno aplicar la prohibición de consumo de tabaco en la Unidad Hospitalaria Psiquiátrica (UHP) de un hospital de tercer nivel del norte de España. De esta forma, se une así al resto de áreas sanitarias que habían prohibido su uso a raíz de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre modificada posteriormente por la Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010 (13,14).

Los objetivos de este estudio fueron evaluar el grado de dependencia tabáquica de los pacientes ingresados en el servicio de psiquiatría de dicho hospital y relatar la experiencia vivida por los pacientes los primeros meses de la

prohibición de fumar para que pueda servir de guía en otras unidades psiquiátricas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio y población

Se trata de un estudio con un diseño mixto, con una parte cualitativa y otra cuantitativa con el objetivo de integrar ambas perspectivas y mejorar la comprensión.

La población diana del estudio estuvo formada por los pacientes fumadores ingresados en la unidad de hospitalización psiquiátrica de un hospital de tercer nivel del norte de España durante el período comprendido entre el 1 febrero del 2021 y el 30 de septiembre de 2021.

Esta unidad de hospitalización de psiquiatría es la referente para dos áreas sanitarias en el servicio de atención hospitalaria de salud mental. Actualmente da atención a cerca de 200.000 habitantes.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta: (1) tener 18 años o más, (2) ser fumador, (3) estar ingresado en la unidad de hospitalización de psiquiatría del hospital. Fueron excluidos del estudio aquellos pacientes que no comprendían la finalidad del mismo y/o que no quisieron participar en él. Se recogieron datos hasta obtener una saturación de los mismos. En total completaron el estudio 47 pacientes.

Metodología de la parte cuantitativa

Para la parte cuantitativa del trabajo se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente descritos.

Con el objetivo medir el grado de dependencia al tabaco, se seleccionó el test de Fagerström adaptado por Becoña y Vázquez en 1998 a la población española (15). Esta escala cuenta con 6 preguntas que analizan los componentes de la adicción, la cantidad de cigarrillos consumidos diarios además del impulso de fumar. Las preguntas de este test pueden ser valoradas entre 0 y 3 puntos en función de la dependencia a la nicotina siendo una puntuación mayor significado de una mayor dependencia tabáquica (16).

A mayores, se recogieron variables sociodemográficas relacionadas con el paciente y el consumo de tóxicos (sexo, edad, nivel de estudios, convivencia y red social de apoyos, inicio de consumo de tabaco y consumo de otros tóxicos).

Metodología de la parte cualitativa

En el abordaje cualitativo se optó por un enfoque fenomenológico tomando como referencia un análisis sobre la experiencia de la prohibición del uso de tabaco en una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría de Jerez (17). Se tuvo en cuenta además, los patrones más repetidos de respuestas en la transcripción de las entrevistas semiestructuradas. El objetivo de las mismas fue conocer más en profundidad la experiencia de los pacientes con dicha prohibición durante el ingreso hospitalario.

Se entrevistó a todos los pacientes que accedieron a participar en el estudio durante los meses que duró el mismo y se transcribieron textualmente todas las respuestas.

Procedimiento

A los pacientes que cumplían con los criterios descritos, se les pasó un cuestionario heteroadministrado, pseudoanónimo y voluntario y una entrevista semiestructurada con el objetivo de evaluar su grado de dependencia a la nicotina y relatar su vivencia de la prohibición en la unidad. Dicho cuestionario se realizó en el momento del alta hospitalaria del paciente, antes del traslado interhospitalario o cuando las condiciones que motivaron el ingreso lo permitieron. Las residentes de enfermería de salud mental que estaban en ese momento en la unidad fueron las encargadas de recoger los datos.

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos de la comunidad autónoma con el código 2021.132 y por la Comisión de Investigación del Área Sanitaria con el código PI 01/2021. Los participantes cumplieron un consentimiento informado por escrito. El procesamiento de los datos se realizó de forma anónima de acuerdo con las regulaciones de protección de datos vigentes.

RESULTADOS DE LA PARTE CUANTITATIVA

Características sociodemográficas

Un total de 47 pacientes completaron el cuestionario. La edad media de los participantes fue de $45 \pm 12,01$ años. El perfil predominante fue el del hombre, con estudios primarios o secundarios, que vivía con su familia de origen y que consideraba que tenía una buena red social de apoyos. En la Tabla 1 se muestran las frecuencias absolutas de los datos sociodemográficos demandados.

Variables sociodemográficas	n = 47
Sexo	
Mujer	24
Hombre	23
Nivel de estudios	
Sin estudios/Estudios primarios	21
Estudios secundarios	21
Estudios universitarios y superiores	5
Convivencia	
Solo	11
Familia de origen	18
Familia propia	12
Otro (p.ej.: centro residencial)	6
Buena red social de apoyos	
Sí	37
No	10

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes en el estudio.

Características relacionadas con el consumo de tabaco

Comenzaron a fumar antes de los 25 años 41 de los participantes del estudio. Además, afirmaron no consumir de forma habitual otra droga distinta al tabaco 24 y 34 se plantearon alguna vez cesar el consumo.

De los pacientes encuestados, 32 participantes usaron parche durante su ingreso en la unidad. Solo 5 pacientes de los encuestados precisaron pauta de rescate farmacológica y en ningún caso se recurrió a la contención mecánica.

En las figuras 1, 2, 3 y 4 se reflejan los datos relativos al consumo de tabaco contestados por los participantes.



Figura 1. Fecha de inicio de consumo de tabaco en los participantes.

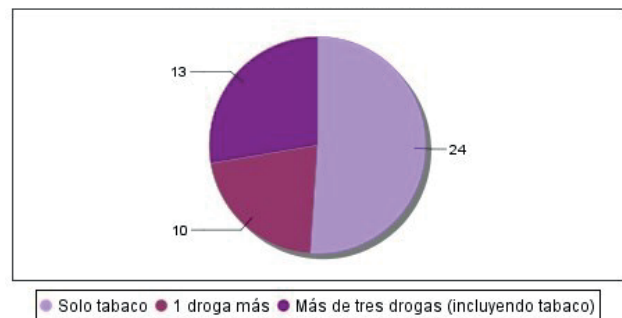


Figura 2. Consumo de otros tóxicos además del tabaco.

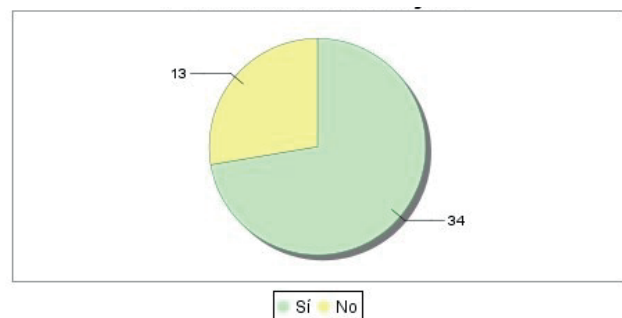


Figura 3. Planteamiento de los participantes de dejar el consumo de tabaco.

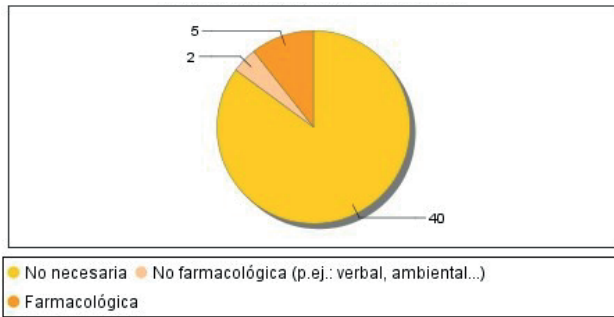


Figura 4. Necesidad de contención frente a la prohibición de fumar en la unidad.

Puntuaciones en el test de Fagerström

Del total de participantes, 22 manifestaron tener una dependencia alta al tabaco en el Test de Fagerström. Mostraron una dependencia media 11 pacientes y 14 una dependencia baja.

Test de Fagerström y uso del parche de nicotina

En la tabla 2 se puede ver la distribución de los pacientes que hicieron uso del parche de Nicotinnell® 21 mg en función de su grado de dependencia al tabaco según el test de Fagerström.

Parche	Dependencia baja	Dependencia media	Dependencia alta	TOTAL
Sí	9	8	15	32
No	5	3	7	15
TOTAL	14	11	22	47

Tabla 2. Relación entre el uso del parche de nicotina y la dependencia al tabaco según el test de Fagerström.

		Uso de contención			
		No	No farmacológica (p.ej. verbal)	Farmacológica	Total
Test de Fagerström	Dependencia baja	11	1	2	14
	Dependencia media	10	0	1	11
	Dependencia alta	19	1	2	22
	Total	40	2	5	47

Tabla 3. Relación entre el uso del parche de nicotina y la dependencia al tabaco según el test de Fagerström.

Test de Fagerström y uso de contención

Comparando la dependencia tabáquica con el uso de contenciones, se observó que unos valores altos en el test de Fagerström no iban unidos a una mayor necesidad de contención (tabla 3).

Incidencias relacionadas con el tabaco

Durante la realización de este estudio, no hubo constancia de incidencias relacionadas con la prohibición de fumar en la unidad. No hubo, por tanto, episodios de agresividad hacia el personal o de agitación que se pudiesen relacionar con la nueva norma.

Un participante trató de introducir tabaco en la unidad de hospitalización.

RESULTADOS DE LA PARTE CUALITATIVA

El objetivo de la fase cualitativa era conocer en profundidad la vivencia de los pacientes de la medida de prohibición más allá de los resultados obtenidos en el test de dependencia. Fueron animados a relatar cómo se habían sentido durante el ingreso con la prohibición, sus expectativas personales ante la norma y si estas se habían cumplido.

Las respuestas obtenidas fueron clasificadas en tres categorías temáticas: uso del parche de nicotina y grado de consideración de eficacia del parche, otras estrategias para afrontar los síntomas por abstinencia tabáquica y factores externos que incrementan el deseo de fumar.

Uso del parche de nicotina y grado de consideración de eficacia

La gran mayoría de los pacientes que hicieron uso del parche de nicotina lo consideró eficaz y capaz de paliar medianamente su ansiedad por el tabaco. Algunos contaron que, cuando conocieron la implantación de la nueva norma, creyeron no ser capaces de pasar el tiempo que durase el ingreso sin fumar sin embargo muchos la consideraron como una experiencia positiva: «hubo días en los que ni siquiera me acordé del tabaco» (p8, mujer, dependencia baja).

En contraposición, un participante dijo no haber llevado bien la medida durante el ingreso, se acordaba todo el tiempo del tabaco y opinaba que con los pacientes de salud mental se debería hacer una excepción a la prohibición: «me noto más ansiosa desde que no se puede fumar. No sé, a los pacientes de psiquiatría nos deberían permitir fumar, no somos como el resto» (p11, mujer, dependencia alta).

Los pacientes que optaban por un ingreso sin parche de nicotina alegaban que «no me hace nada» (p15, hombre, dependencia alta), no lo necesitaban, que podían controlar su ansiedad sin necesidad del parche o que ya tomaban demasiada medicación y creían que su uso podría ser perjudicial para la salud.

Al margen de los síntomas de abstinencia del tabaco, varios los participantes dijeron que lo que más echaban de menos era «la sensación de tener un cigarrillo en la mano y fumar con amigos» (p2, mujer, dependencia alta).

De cara al alta, varios de los pacientes preguntaron por la posibilidad de continuar con el parche de nicotina o un tratamiento similar. Tras detectar, en su gran mayoría, este desconocimiento en materia de terapias de reemplazo de la nicotina, se ofreció consejo breve respecto a las mismas, abriendo la posibilidad de acudir a su Centro de Atención Sanitaria o a la Unidad de Deshabitación Tabáquica al alta.

Otras estrategias para afrontar los síntomas por abstinencia tabáquica

Si bien el parche de nicotina fue considerado por la gran mayoría de participantes como una medida efectiva para controlar los síntomas derivados del cese del consumo, estos no desaparecían. La inquietud e intranquilidad fue el síntoma más repetido: «me noto más ansioso, pero logro controlar la ansiedad dando paseos por la planta» (p1, hombre, dependencia alta).

A parte del uso voluntario del parche de nicotina, se usaron otras alternativas para paliar el *craving*. Tal y como se describió anteriormente, se hizo uso de medidas farmacológicas y no farmacológicas en función de la demanda y el nivel de ansiedad del paciente. Esto incluye dispensación de pautas de rescate y disposición para la escucha activa y el apoyo emocional por parte del profesional.

Cuando se reanudaron las actividades grupales en la unidad, pausadas por las recomendaciones para reducir el contacto intrahospitalario por el virus SARS-CoV-2, algu-

no de los participantes reconoció que este tipo de talleres les sirvió para disminuir el nivel de ansiedad.

Además, los propios pacientes encontraron otras estrategias para sobrellevar esta norma. Algunas de las que mencionaron fueron: dar paseos por las estancias de la unidad, escuchar música, hablar con otros pacientes o dormir: «la música me ayuda a evadirme y se me olvidan las ganas de fumar» (p22, mujer, dependencia alta).

Factores externos que incrementan el deseo de fumar

La presencia de señalizaciones de prohibición de fumar a lo largo de las infraestructuras de la unidad, las visitas de familiares o allegados que fumaban o asociaban con el tabaco, las referencias al tabaco en la televisión o en la radio o el oír hablar de ello a otros pacientes o profesionales sanitarios fueron situaciones o factores que, según la experiencia de los participantes, les incrementaba el deseo de fumar.

Frente a esto, varios pacientes admitieron que no ver a nadie fumando les servía de ayuda para controlar el deseo: «que nadie más fumara me ayudó a llevarlo mejor» (p14, mujer, dependencia media).

DISCUSIÓN

Pese a que fumar tiene consecuencias significativas para la salud, incluida la de personas con enfermedades mentales graves (recorta de promedio 25 años su supervivencia), aún a día de hoy hay constancia de unidades hospitalarias psiquiátricas que continúan permitiendo fumar en sus instalaciones (18,19).

Estudios previos señalan que uno de los motivos por los que se retrasa la implementación de espacios libres de humo en estas unidades hospitalarias corresponde al miedo a la agresión por parte de los pacientes hacia los profesionales sanitarios de salud mental, o a la negativa a cumplir la norma (10).

A pesar de ello, los resultados obtenidos en este trabajo apoyan la idea de que no hay motivo que justifique mantener el hábito tabáquico en una unidad de hospitalización psiquiátrica. Pese a que en más de una ocasión hubo demandas de fumar en la unidad, no fue preciso en ningún momento utilizar un método de contención más allá de la verbal o de la farmacológica. Una vez más, estos datos concuerdan con los obtenidos por otros autores. Un estudio llevado a cabo en la Unidad de Agudos del Hospital de Jerez (17) no observó un aumento significativo de la contención mecánica con respecto al año previo a la implantación de la medida de prohibición de tabaco en la unidad. Tampoco en el Hospital del Valle del Nalón, en Asturias (14), esta medida fue la precipitante de altas, negativas a ingreso o la desencadenante de contención mecánica.

Las incidencias relacionadas con el consumo de tabaco fueron en todo caso puntuales (esconder tabaco en la ropa, fumar a escondidas en la habitación o el baño o quejas por parte de los familiares) siendo resueltas al hablar con el paciente.

Sin embargo, tal y como respalda este estudio, los incidentes rara vez ocurren, cesando los mismos tras hablar con los pacientes sobre el porqué de la nueva normativa. Resulta llamativo que se siga manteniendo esta creencia a pesar de la escasez de estudios que aborden este tema. Además, la bibliografía ha encontrado respuestas favorables a la prohibición. Puede que estas actitudes vengan motivadas por el estigma hacia los pacientes con problemas de salud mental que sigue presente dentro de los propios sanitarios (20).

Por otro lado, el parche de nicotina juega un papel fundamental para controlar los síntomas derivados del cese del hábito tabáquico (14,17). La idea de los participantes en este estudio de continuar usándolo después del ingreso se ve frenada por el desconocimiento en la financiación del mismo por la seguridad social. Frente a esto, se observa una demanda por métodos alternativos que puedan servir de ayuda.

Para trabajar en un entorno hospitalario libre de humo es necesaria la acción conjunta de los trabajadores sanitarios y no sanitarios. La sensibilización, la formación continuada y la coordinación con otros servicios de salud (19) de la red sanitaria juegan un papel importante tanto para mantener la prohibición tabáquica en las instalaciones y entorno hospitalario como para ofrecer continuidad en la deshabitación para aquellos que lo deseen, reforzando actividades de prevención y promoción de la salud.

CONFLICTO DE INTERESES

Como autoras, declaramos no tener ningún conflicto de interés en este estudio.

AGRADECIMIENTOS

Queremos dar las gracias a todos los pacientes por acceder a participar en este estudio. A todos los compañeros de la unidad por hacer que este trabajo haya sido posible, a la supervisora de la unidad Elena Fernández Álvarez, a la coordinadora de enfermería Sandra Puerma Álvarez y al jefe del Área de Gestión Clínica de Salud Mental Juan José Martínez Jambrina por hacerlo todo más fácil.

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

DATOS AUTORES

(1) Enfermera especialista en Salud Mental. Área de Gestión Clínica de Salud Mental del Área III del Principado de Asturias (Asturias, España); (2) Enfermera especialista en Salud Mental. Hospital Público de Monforte de Lemos (Lugo, España).

Recibido: 12/11/2022. Aceptado: 22/02/2023.

Versión definitiva: 19/03/2023

BIBLIOGRAFÍA

- Sendra-Gutiérrez JM, Casanova Peña B, Vargas Aragón ML. Tabaquismo y trastorno mental grave: conceptualización, abordaje teórico y estudios de intervención. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. diciembre de 2012;32(116):707-22.
- Villalbí JR, Suelves JM, Martínez C, Valverde A, Cabezas C, Fernández E, et al. El control del tabaquismo en España: situación actual y prioridades. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2019 [citado 6 de junio de 2022];93. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100014&lng=es&nr_m=iso&tlng=es
- Qurashi I, Stephenson P, Nagaraj C, Chu S, Drake D, Couchman L, et al. Changes in smoking status, mental state and plasma clozapine concentration: retrospective cohort evaluation. *BJPsych Bull* [Internet]. diciembre de 2019 [citado 6 de junio de 2022];43(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31391141/>
- Aburamadan HAR, Sridhar SB, Tadross TM. Assessment of potential drug interactions among psychiatric inpatients receiving antipsychotic therapy of a secondary care hospital, United Arab Emirates. *J Adv Pharm Technol Res*. 2021;12(1):45-51.
- Bromek E, Daniel WA. The regulation of liver cytochrome P450 expression and activity by the brain serotonergic system in different experimental models. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. abril de 2021;17(4):413-24.
- Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Rev Esp Salud Pública*. octubre de 2011;85(5):427-36.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Orden de 27 de julio de 1983 por la que se crea la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica [Internet]. Sec. 1, Orden ago 17, 1983 p. 22596-22596. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/o/1983/07/27/\(2\)](https://www.boe.es/eli/es/o/1983/07/27/(2))
- Jefatura del Estado. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco [Internet]. Sec. 1, Ley 28/2005 dic 27, 2005 p. 42241-50. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2005/12/26/28>
- Jefatura del Estado. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco [Internet]. Sec. 1, Ley 42/2010 dic 31, 2010 p. 109188-94. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2010/12/30/42>
- Sheals K, Tombor I, McNeill A, Shahab L. A mixed method systematic review and meta analysis of mental health professionals' attitudes toward smoking and smoking cessation among people with mental illnesses. *Addict Abingdon Engl*. septiembre de 2016;111(9):1536-53.

11. Saavedra J. Una aplicación del análisis narrativo a la rehabilitación psicosocial del enfermo mental: Una investigación sobre el cambio narrativo en pacientes esquizofrénicos. 2007 [citado 6 de junio de 2022]; Disponible en: <http://rgdoi.net/10.13140/2.1.1329.3441>
12. Jayaweera M, Perera H, Gunawardana B, Manatunge J. Transmission of COVID-19 virus by droplets and aerosols: A critical review on the unresolved dichotomy. *Environ Res.* septiembre de 2020;188:109819.
13. Ministerio de Sanidad - Espacio sin humo [Internet]. [citado 6 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/novedades/sinHumo/home.htm>
14. García CI, Villa MJA, Suárez EB, Gonzalo JC, González G, García ÁM, et al. Modificación del patrón de consumo de tabaco en una unidad de psiquiatría de hospital general. *Nure Investig.* 2009;(38):12.
15. Becoña E, Vázquez FL. The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychol Rep.* diciembre de 1998;83(3 Pt 2):1455-8.
16. Roa-Cubaque M, Parada-Sierra Z, Albarracín-Guevara Y, Alba-Castro E, Aunta-Piracon M, León C. Validación del test de Fagerström para adicción a la nicotina (FTND). *Rev Investig En Salud Univ Boyacá.* 1 de diciembre de 2016;3:161.
17. Villagrán Moreno JM, González Sáiz F, García del Río MJ, Fernández Nicolás E. Análisis de la experiencia de prohibir el uso de tabaco en la Unidad de Agudos del Hospital de Jerez. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* marzo de 2013;33(117):11-34.
18. Brown-Johnson CG, Cataldo JK, Orozco N, Lisha NE, Hickman NJ, Prochaska JJ. Validity and reliability of the Internalized Stigma of Smoking Inventory: An exploration of shame, isolation, and discrimination in smokers with mental health diagnoses. *Am J Addict.* agosto de 2015;24(5):410-8.
19. Mena G, Casas I, Esteve M, Andrés I, Alcaine MB, Caballero Á, et al. El hospital como centro promotor de espacios sin humo: Estrategias dirigidas al control del tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública.* 2020;(94):35.
20. Freiburghaus T, Raffing R, Ballbè M, Gual A, Tønnesen H. The right to smoke and the right to smoke-free surroundings: international comparison of smoke-free psychiatric clinic implementation experiences. *BJPsych Open* [Internet]. mayo de 2021 [citado 6 de junio de 2022];7(3). Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/right-to-smoke-and-the-right-to-smokefree-surroundings-international-comparison-of-smokefree-psychiatric-clinic-implementation-experiences/321ECF208FA2577E4A4F875C9909EB73>