

Behavioral Health &  
Wellness Program

University of Colorado Anschutz Medical Campus  
School of Medicine

# DIMENSIONES:

## Herramientas antitabaco para proveedores de salud

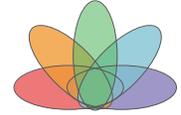
COMPLEMENTO

Poblaciones prioritarias: salud conductual



# Behavioral Health & Wellness Program

University of Colorado Anschutz Medical Campus • School of Medicine



Las DIMENSIONES: las herramientas antitabaco para proveedores de salud fueron desarrolladas por el Behavioral Health and Wellness Program de la University of Colorado Anschutz Medical Campus, School of Medicine  
Junio de 2013

Chad D. Morris, PhD, director  
Cynthia W. Morris, PsyD, directora clínica  
Laura F. Martin, MD, directora médica  
Gina B. Lasky, PhD

Para obtener más información sobre estas herramientas, comuníquese con:

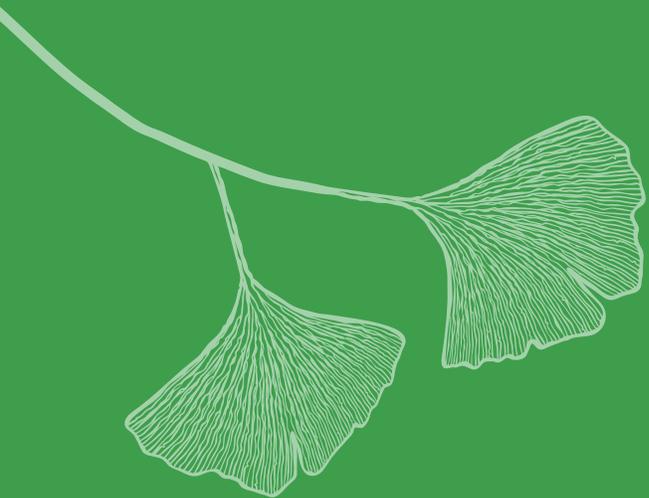
Behavioral Health and Wellness Program  
University of Colorado Anschutz Medical Campus  
School of Medicine  
1784 Racine Street  
Mail Stop F478  
Aurora, Colorado 80045

Teléfono: 303.724.3713  
Fax: 303.724.3717  
Correo electrónico: [bh.wellness@ucdenver.edu](mailto:bh.wellness@ucdenver.edu)  
Página web: [www.bhwellness.org](http://www.bhwellness.org)

### Agradecimientos:

Este proyecto fue posible gracias al financiamiento proporcionado por Colorado Department of Public Health and Environment (CDPHE). Estas herramientas son producto de la actualización de recursos anteriores creados por el Behavioral Health and Wellness Program. Queremos agradecer las pasadas contribuciones de Alexis Giese, Mandy May y Jeanette Waxmonsky. También queremos expresar nuestro sincero agradecimiento a Evelyn Wilder por sus creativas contribuciones





## Poblaciones prioritarias: salud conductual

1. El consumo de tabaco y la salud
2. ¿Por qué las personas con trastornos de salud conductual consumen tabaco?
3. Evaluación y planificación para el cambio
4. Tratamiento para dejar de consumir tabaco
5. Conclusiones específicas sobre los medicamentos para la cesación del tabaco y los trastornos de salud conductual

# El consumo de tabaco y la salud

## Datos breves

### A menudo, el consumo de tabaco se da conjuntamente con trastornos de salud conductual

- La prevalencia del consumo de tabaco (principalmente fumado) entre la gente con trastornos de salud conductual es alarmante. Más del 50% de estas personas consume tabaco.
- Las personas con trastornos de salud conductual representan más de 44% del mercado de consumidores de tabaco.<sup>1</sup>
- Las personas con trastornos de salud conductual tienen índices de adicción a la nicotina 2 a 3 veces superiores a los de la población general.<sup>2,3</sup>
- Como las personas con trastornos de salud conductual tienen mayores índices de consumo de tabaco, experimentan más enfermedades relacionadas y mortalidad.<sup>4</sup>
- Más de la mitad de los pacientes en tratamiento por adicción al alcohol o a otras drogas mueren a causa de una enfermedad, y la recuperación de aquellos aún con vida resulta difícil en la mayoría de los casos.<sup>5</sup>
- Las personas que consumen tabaco son más propensas a consumir otras sustancias tales como anfetaminas, cocaína y opiáceos.<sup>6</sup>

### La cesación del tabaco es eficaz

- La cesación del tabaco es un elemento clave en la planificación de los tratamientos individualizados y centrados en el paciente.<sup>7</sup>
- Las personas con trastornos de salud conductual desean dejar el tabaco y quieren información sobre los servicios y recursos de cesación.<sup>8</sup>
- Las personas con trastornos de salud conductual pueden lograr dejar el tabaco.<sup>9,10</sup>
- Aunque los índices de cesación de tabaco para las personas con trastornos de salud mental son menores que los de la población general, aun así, son sustanciales.<sup>11</sup>
- Las investigaciones demuestran que las personas que tratan su adicción al tabaco y otras sustancias a la vez, tienen 25% más de probabilidades de mantener la recuperación que quienes no abordan su adicción al tabaco mientras se recuperan del consumo de otras drogas.<sup>12</sup>

### Estadísticas alarmantes

Aproximadamente 200,000 de las 435,000 muertes anuales por consumo de tabaco en los EE. UU. tienen lugar entre personas con trastornos de salud conductual.<sup>13</sup>

## ¿Por qué las personas con trastornos de salud conductual consumen tabaco?

Los investigadores piensan que una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales contribuyen a incrementar el consumo de tabaco entre personas con trastornos de salud conductual.

Consumo de tabaco según el diagnóstico <sup>14-29</sup>	
Depresión grave	36-80%
Trastorno bipolar	51-70%
Esquizofrenia	62-90%
Trastornos de ansiedad	32-60%
Trastorno de estrés postraumático	45-60%
Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad	38-42%
Abuso del alcohol	34-93%
Abuso de otras drogas	49-98%

### Cómo la industria del tabaco se enfoca en la salud conductual de la población

Para 1977, el mercado de los fumadores se estaba reduciendo. RJ Reynolds se dio cuenta de que las poblaciones con menos educación formal, menos ingresos y minoritarias eran más impresionables y/o susceptibles al mercadeo y publicidad. Las compañías de tabaco empezaron a enfocarse en dichas poblaciones. Se distribuyeron cigarrillos de forma gratuita en los albergues para personas sin hogar, hospitales de salud mental y organizaciones de servicios para las personas sin hogar. Se compraba cigarrillos para las personas con enfermedades mentales a fin de que fumaran cigarrillos “limpios” y no colillas sucias. La industria del tabaco también enfocó eventos de promociones y regalos en los hospitales psiquiátricos. Asimismo, han hecho contribuciones financieras a organizaciones de veteranos sin hogar.

Mediante un interesante análisis de una investigación a la industria del tabaco, Prochaska, Hall, & Bero (2007) concluyeron: “Los documentos indican que la industria del tabaco supervisó o financió de forma directa una serie de investigaciones que apoyaban la idea de que las personas con esquizofrenia eran menos susceptibles a los daños del tabaco, y que necesitaban el tabaco para automedicarse. La industria del tabaco promovió el hábito de fumar en los ambientes psiquiátricos, al proporcionar cigarrillos y apoyar los esfuerzos para bloquear la prohibición de fumar en los hospitales.”<sup>30</sup>

## Consideraciones biológicas

- Las personas con trastornos de salud mental tienen características neurobiológicas únicas que pueden incrementar su tendencia a consumir nicotina, lo que acentúa los síntomas de abstinencia, dificultando aún más poder dejar de fumar.
- La nicotina afecta las acciones de los neurotransmisores (p. ej., la dopamina). Por ejemplo, puede que las personas con esquizofrenia que consumen tabaco experimenten menos síntomas negativos (falta de motivación, dinamismo y energía).
- La nicotina también aumenta la concentración, el procesamiento de la información y el aprendizaje. Esto es especialmente atractivo para las personas con trastornos psicóticos, para quienes la disfunción cognitiva puede ser parte de su enfermedad o ser un efecto secundario de los medicamentos antipsicóticos.
- Otros factores biológicos incluyen los efectos positivos de la nicotina en el humor, las sensaciones de placer y el disfrute.
- Cierta evidencia también sugiere que fumar se asocia con una reducción del riesgo de Parkinsonismo inducido por antipsicóticos.

## Consideraciones psicológicas

- El consumo de tabaco puede reducir temporalmente las desagradables sensaciones de tensión y ansiedad, y a menudo se utiliza para lidiar con el estrés.
- La gente desarrolla el hábito de consumir tabaco diariamente y modificar los hábitos puede ser difícil.

## Consideraciones sociales

- Es probable que las personas con trastornos de salud conductual entren en contacto, debido a los programas de tratamiento, con otras personas que consumen tabaco, lo que puede hacer que vean como “normal” el consumo de tabaco y hacer que se sientan como “parte del grupo”.
- También puede que las personas con trastornos de salud conductual vivan en ambientes en donde el consumo de tabaco sea común (p. ej., viviendas subvencionadas) y esto puede crear retos adicionales para vivir libre de tabaco.
- Las personas con trastornos de salud conductual pueden enfrentar mayores retos a la hora de lograr acceso a los servicios de salud y recursos comunitarios de apoyo para un estilo de vida libre de tabaco.

## Las personas con problemas de salud conductual:

### Necesitan dejar el tabaco

Para ayudar a la gente a vivir vidas significativas, los proveedores de salud deben promover conductas que conlleven a la salud. Para que las personas con trastornos de salud conductual se beneficien de los tratamientos, solo tienen que estar vivas. **Enfocarse en tratar solo el trastorno de salud conductual demuestra poca visión.** El consumo de tabaco es uno de los factores de riesgo más importantes para disminuir el exceso de mortalidad y morbilidad. La cesación del tabaco es un elemento clave en la recuperación de muchas personas y debe ser una prioridad para el proveedor de salud.

### Quieren dejar el tabaco

La gente con trastornos de salud conductual desea dejar de fumar y quiere información sobre los servicios y recursos de cesación.<sup>31</sup> En una encuesta reciente a los consumidores de tabaco con problemas de salud conductual, el 75% expresó el deseo de dejar el tabaco y el 65% intentó dejarlo el año anterior.<sup>32</sup>

### Pueden dejar el tabaco

La gente con trastornos de salud conductual puede ser exitosa a la hora de dejar el tabaco.<sup>33,34</sup> Hay evidencia sustancial de que el tratamiento para la cesación de tabaco funciona.

### El papel de los proveedores de salud

El consumo de tabaco entre las poblaciones con trastornos de salud conductual es una disparidad crítica de salud. Las personas que viven con trastornos de salud conductual **mueren 25 años antes** que la población general. Las principales causas de muerte son los tipos de cáncer relacionados con el consumo de tabaco, enfermedades cardíacas y enfermedades pulmonares.<sup>35</sup> Desafortunadamente, continúa existiendo la idea equivocada de que los pacientes con trastornos de salud conductual no quieren ni pueden dejar el tabaco, y que aquellas que desean dejar el tabaco experimentarán un incremento de síntomas psiquiátricos.<sup>36</sup> Debido a lo anterior, muchos proveedores se enfocan exclusivamente en lidiar con los síntomas de salud conductual y no en las medidas de prevención. **Los proveedores de salud deben estar informados sobre el incremento de riesgos para esta población y ser diligentes al ofrecerle tratamiento. La evidencia demuestra que los proveedores de atención primaria pueden ayudar a los consumidores de tabaco con trastornos de salud conductual a dejar el tabaco.**<sup>37</sup>

Los beneficios de atención y concentración que experimentan las personas con trastornos de salud conductual gracias a la nicotina son breves, ya que solo duran unos pocos minutos.<sup>38</sup>

La nicotina no mejora significativamente el tratamiento de los síntomas de salud conductual. Los proveedores de salud deben enfocarse en los efectos dañinos del consumo de tabaco, que superan con creces a los beneficios.

## Evaluación y planificación para el cambio

### Consideraciones para planificar la cesación del tabaco

- ¿Está el paciente a punto de someterse a una nueva terapia?
- ¿Está actualmente el paciente en crisis o existe algún problema grave que demande que se invierta tiempo de esta visita médica en solucionarlo, en lugar de ocuparse en la cesación?
- ¿Cuáles son las probabilidades de que la cesación empeore el trastorno psiquiátrico no provocado por la nicotina? ¿Puede disminuirse dicha probabilidad con supervisión frecuente, terapia de reemplazo de nicotina u otras terapias?
- ¿Qué habilidad tiene la persona de aplicar las destrezas para lidiar con la cesación? Si las destrezas para lidiar con la cesación son pocas, ¿se beneficiaría el paciente de la terapia conductual individual o grupal?
- ¿Es el paciente altamente adicto a la nicotina o tiene un historial de recaídas debido a los síntomas de abstinencia, o a un aumento de los síntomas psiquiátricos? De ser así, ¿qué medicamentos pueden ser útiles?



## Tratamiento para dejar de consumir tabaco

Los principales elementos de tratamiento con medicamentos, servicios de apoyo e intervenciones conductuales para la cesación del tabaco, aplican a las personas con trastornos de salud conductual. Sin embargo, existen algunas consideraciones adicionales con respecto a los tratamientos de cesación para esta población prioritaria.

### Interacciones entre los medicamentos psiquiátricos y el tabaco

El tabaco interactúa con muchos medicamentos psiquiátricos, lo que disminuye la eficacia de dichos medicamentos. Esto sucede debido a la forma en que el organismo metaboliza el tabaco. El hígado reconoce al tabaco como toxina y, por lo tanto, responde incrementando su actividad a fin de liberar al cuerpo de toxinas. El incremento de esta función hace que el hígado también procese los medicamentos para reducir los síntomas de salud conductual. Esta reacción hace que se requieran mayores dosis de medicamentos psiquiátricos a fin de lograr los niveles sanguíneos terapéuticos en los consumidores de tabaco.<sup>39</sup> El consumo de tabaco puede afectar la cantidad de medicamentos que la persona requiere para lidiar con los síntomas de salud conductual.<sup>40</sup>

Es importante que los proveedores de salud entiendan cómo el tabaco interactúa con los medicamentos psiquiátricos a fin de administrar los ajustes y supervisión adecuados de los niveles de medicamentos, a medida que la persona deja el tabaco. Es posible que haya que ajustar las dosis de medicamentos psiquiátricos, anteriormente terapéuticos y estables, a medida que se elimina el consumo de tabaco. Esto ayuda a garantizar que la persona no tenga niveles de medicamentos psicotrópicos que sean demasiado altos debido a un retorno de los procesos normales del hígado. **Los proveedores de atención médica deben monitorear los esfuerzos de cesación de las personas con medicamentos psiquiátricos y coordinar, si no son quienes prescriben los medicamentos psiquiátricos, con los proveedores de salud conductual.**

Ciertos medicamentos psiquiátricos requieren un seguimiento más intensivo debido al riesgo de incrementar los medicamentos a niveles tóxicos, a medida que el organismo se deshace del tabaco. Los medicamentos que requieren un seguimiento más cuidadoso de la toxicidad incluyen clozapina y olanzapina.<sup>41,42</sup> Otros medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco y que, por lo tanto, necesitan un mayor seguimiento durante la cesación, se señalan en la siguiente tabla:

Medicamentos cuyos niveles, se sabe o se sospecha, se ven afectados por fumar o dejar de fumar			
<b>ANTIPSICÓTICOS</b>	Clorpromazina (Thorazine) Clozapine (Clozaril) Flufenazina (Permitil)	Haloperidol (Haldol) Mesoridazine (Serentil) Olanzapina (Zyprexa)	Tiotixeno (Navane) Trifluoperazina (Stelazine) Ziprasidona (Geodon)
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>	Amitriptilina (Elavil) Clomipramina (Anafranil) Desipramina (Norpramin)	Doxepina (Sinequan) Duloxetina (Cymbalta) Fluvoxamina(Luvox)	Imipramina (Tofranil) Mirtazapina (Remeron) Nortriptilina (Pamelor) Trazodona (Desyrel)
<b>ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO</b>	Carbamazepina (Tegretol)		
<b>ANSIOLÍTICOS</b>	Alprazolam (Xanax) Diazepam (Valium)	Lorazepam (Ativan) Oxazepam (Serax)	
<b>OTROS</b>	Acetaminofén Cafeína Heparina	Insulina Rasagilina (Azilect) Riluzol (Rilutek)	Ropinirola (Requip) Tacrina Warfarina

A menudo, las personas con trastornos de salud conductual experimentan síntomas de abstinencia significativos. Por lo tanto, es importante que los medicamentos de cesación de tabaco sean parte del tratamiento. **Es crucial destacar que la terapia de reemplazo de la nicotina no estabiliza los cambios de medicamentos previamente mencionados porque son las toxinas del tabaco las que afectan el funcionamiento del hígado.**

## Conclusiones específicas sobre los medicamentos para la cesación del tabaco y los trastornos de salud conductual

Además de los medicamentos para la cesación del consumo de tabaco, se recomienda encarecidamente el uso de intervenciones conductuales para todos los consumidores de tabaco, particularmente para los que tienen trastornos de salud conductual.

### Conclusiones generales sobre los medicamentos y los trastornos de salud conductual:

1. La vareniclina puede mejorar los índices de éxito con respecto a la terapia de reemplazo de nicotina, ya que puede afectar las ansias más eficazmente, al menos a corto plazo.<sup>43</sup>

### Depresión

1. Considere el bupropión y la nortriptilina para los pacientes con diagnósticos de depresión. Se ha demostrado que el bupropión-SR es el medicamento más eficaz para los pacientes depresivos. Los pacientes que consumen bupropión-SR durante el programa de cesación de tabaco tienen más probabilidades de estar abstinentes en la fecha de cesación. Sin embargo, la recaída es elevada al discontinuarse el tratamiento.<sup>44,45</sup>
2. El bupropión-SR ha tenido efectos adversos en los pacientes con trastorno bipolar y/o historial de trastornos alimentarios. No debe utilizarse en estas poblaciones.<sup>46</sup>
3. Investigaciones adicionales sobre los consumidores de tabaco con historiales de depresión, sugieren que el parche de nicotina transdermal<sup>47</sup> y el chicle de nicotina<sup>48</sup> son útiles para la cesación de tabaco a corto plazo.

### Trastorno bipolar

1. Glassman (1993) indicó que las personas con trastornos bipolares también están en riesgo de que los síntomas depresivos sean recurrentes durante la cesación de tabaco.<sup>49</sup> Sin embargo, otras investigaciones demuestran que la abstinencia de tabaco no se asocia con el empeoramiento de los síntomas de depresión o manía a corto plazo, de los individuos con diagnósticos de trastorno bipolar.<sup>50</sup>
2. **Es importante destacar que el consumo de bupropión debe evitarse en esta población, ya que podría empeorar o hacer que reaparecieran los síntomas de manía.**

## Trastornos de ansiedad

1. Aunque los pacientes indican que el consumo de tabaco reduce la depresión y ansiedad, el consumo crónico de nicotina en estudios con animales muestran una correlación con el incremento de ansiedad.<sup>51</sup> Si algún paciente indica un aumento en los síntomas de ansiedad después de dejar el tabaco, es importante determinar si estos síntomas se relacionan a los síntomas de abstinencia o al trastorno de ansiedad de la persona.
2. Cinciripini y sus colegas (1995) concluyeron que los consumidores de tabaco con elevados niveles de ansiedad que reciben buspirona (BuSpar) en lugar del placebo, fueron más propensos a permanecer abstinentes al final del estudio, pero no así en la reunión de seguimiento.<sup>52</sup>
3. Un estudio con control de placebo realizado por Hertzberg y asociados (2001) sobre bupropión SR para fumadores con trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) concluyó que el bupropión fue bien tolerado y dio lugar a mayores índices de dejar de fumar (60%) con respecto al placebo (20%).<sup>53</sup>
4. Además, en un reciente estudio de veteranos con PTSD que consumían tabaco, McFall y colegas (2005) demostró que quienes recibieron tratamientos de cesación integrados con los servicios psiquiátricos tuvieron cinco veces más probabilidades, que quienes recibieron tratamientos separados, de continuar sin fumar durante nueve meses después del estudio.<sup>54</sup>

Los consumidores de tabaco que recibieron tratamientos integrados fueron más propensos a usar terapia de reemplazo de nicotina y a recibir más sesiones para dejar de fumar. Adicionalmente, las técnicas de terapia conductual cognitiva pueden ser útiles para las personas con trastornos de ansiedad.<sup>55</sup>

Estas técnicas incorporan la reestructuración cognitiva y la terapia de exposición para ayudar a la gente a aprender a tolerar y sentirse más a gusto con las sensaciones físicas.



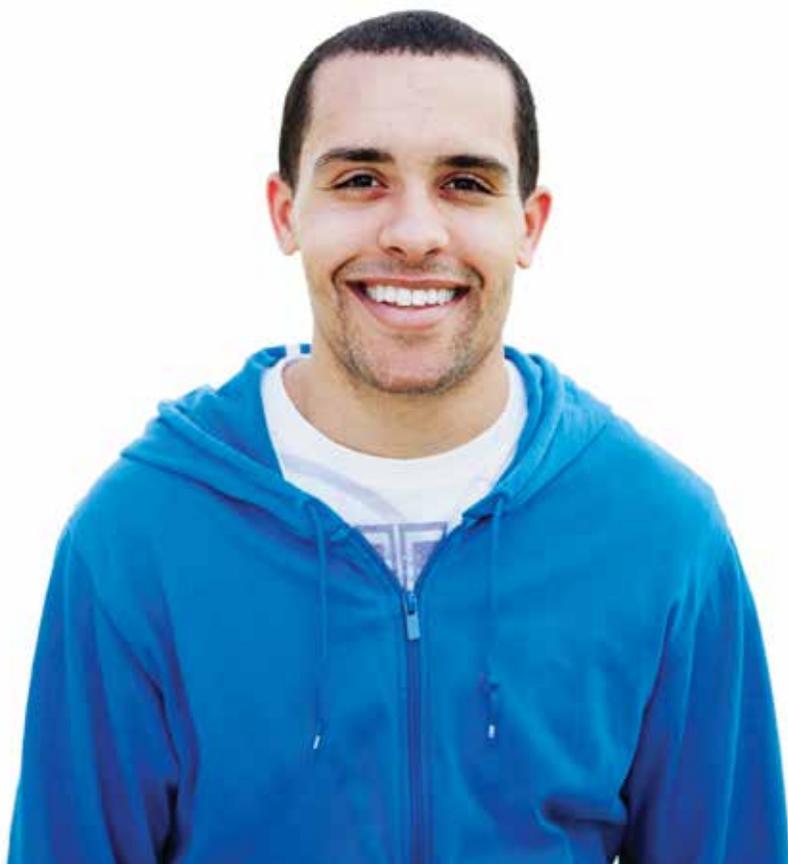
## Esquizofrenia

1. Los programas de cesación de tabaco que usan el parche de nicotina transdermal (NTP, por sus siglas en inglés) demuestran los mayores índices de cesación entre los pacientes con esquizofrenia, ya que este alivia los síntomas de abstinencia.<sup>56</sup>
2. Además, el uso del atomizador nasal de nicotina, que produce mayores niveles de nicotina en el plasma, se asocia a una reducción de los síntomas de abstinencias y las ansias.<sup>57</sup>
3. En estudios controlados, el tratamiento con bupropión de liberación sostenida (SR, por sus siglas en inglés) ha sido eficaz en promover la abstinencia entre la gente con esquizofrenia. Los consumidores de tabaco que desean tratamiento han demostrado tener éxito (con índices de abstinencia de 11 a 50 por ciento) con una combinación de bupropión SR y terapia conductual cognitiva (CBT, por sus siglas en inglés) en dosis de 150 mg al día<sup>58</sup> y de 300 mg al día.<sup>59,60</sup>
4. El tratamiento de bupropión también parece reducir los síntomas negativos de la esquizofrenia.<sup>61</sup> Adicionalmente, la combinación de bupropión y la terapia de reemplazo de nicotina es más eficaz que la terapia de reemplazo de nicotina por sí sola.<sup>62,63</sup>
5. En un análisis de investigación, los estudios mostraron que la vareniclina es más eficaz que el placebo y el bupropión para lograr índices de abstinencia más elevados y continuos a corto plazo y en la reunión de seguimiento de un año. Adicionalmente, la vareniclina parece ser más eficaz en reducir las ansias y los síntomas de abstinencia, y en incrementar la satisfacción, que la terapia de reemplazo de nicotina.<sup>64</sup>
6. Existe cierta evidencia de que los pacientes que reciben tratamientos con agentes antipsicóticos atípicos, tales como clozapina (Clozaril), fuman menos<sup>65-67</sup> y se les facilita más dejar de fumar<sup>68,69</sup> que a quienes reciben tratamiento con medicamentos antipsicóticos típicos. Es importante supervisar de cerca los niveles de clozapina cuando se inicie la cesación de tabaco. La reducción del tabaco puede originar un cambio en el nivel terapéutico, por lo que es posible que se presente un problema de toxicidad.<sup>70</sup>



## Trastornos de consumo de sustancias

1. En un análisis, Mackowick et al. (2012) demostró que, a pesar del elevado índice de consumo de tabaco conjuntamente con trastornos de consumo de sustancias, las investigaciones basadas en esta población es escasa.<sup>71</sup>
2. Entre el 70 y 80 por ciento de los pacientes que reciben tratamiento por consumo de alcohol y otras drogas, quiere dejar de consumir tabaco.<sup>72</sup> Es más, estudios recientes indican que recibir tratamiento por el consumo de tabaco ayuda a los pacientes a abordar el consumo de alcohol y otros problemas. Dejar el tabaco no parece afectar negativamente el tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas.<sup>73,74</sup> e incluso puede ayudar a los pacientes con el consumo de alcohol y otras drogas.<sup>75</sup>
3. Los índices de cesación de tabaco a largo plazo en pacientes con trastornos de consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) son bajos, de aproximadamente 12%.<sup>76,77</sup> Sin embargo, los resultados de las personas con historial de alcoholismo no difieren significativamente de aquellos de los pacientes de control.<sup>78</sup> Hay algunos estudios de intervenciones farmacoterapéuticas para controlar el tabaco en quienes abusan de sustancias, pero hay evidencia que sugiere que la terapia de reemplazo de nicotina y los enfoques conductuales son eficaces.<sup>79,80</sup>
4. En las investigaciones con personas que se han recuperado recientemente de la adicción al alcohol, el bupropión SR no ha demostrado un beneficio claro para la cesación del consumo de tabaco. Sin embargo, hay indicios de que la vareniclina puede ser un tratamiento prometedor, especialmente por su asociación con la reducción de las ansias de alcohol y de su consumo excesivo.<sup>81</sup>



## Intervenciones conductuales para la cesación de tabaco

Puede que las personas con trastornos de salud conductual necesiten una terapia conductual más intensiva, con apoyos sociales y desarrollo de las destrezas para lidiar con dichos trastornos, particularmente a inicios de los intentos de cesación.<sup>82</sup> Los proveedores de salud deben preguntar a las personas si prefieren las intervenciones grupales o individuales o, incluso, fomentar una combinación de ellas a fin de abordar las inquietudes sobre la vida libre de tabaco.

## Servicios de compañeros

Las intervenciones de compañeros se han hecho parte central del movimiento de recuperación de salud conductual y pueden usarse para aumentar y reforzar las estrategias de cesación impartidas por los proveedores. El “movimiento de recuperación” sugiere que los complementos y alternativas a los eventos formales, la participación en los grupos de autoayuda y las oportunidades en ambientes comunitarios e institucionales fomentan la confianza y capacidad propia.<sup>83,84</sup> Los servicios dirigidos por compañeros pueden proveer un sentido de confianza y beneficio tanto para el compañero proveedor como para quien recibe la intervención. Muchos sistemas de salud conductual ya utilizan a compañeros especialistas para las iniciativas de bienestar. La prevención y cesación del consumo de tabaco puede incluirse en estos servicios.

El Behavioral Health and Wellness Program para vivir libre de tabaco DIMENSIONES está diseñado para capacitar a compañeros y proveedores a ayudar a la gente para que vivan libres de tabaco. Las DIMENSIONES: la capacitación sobre las técnicas avanzadas del programa para vivir libre de tabaco, apoya la cesación del tabaco mediante estrategias motivacionales de participación, procesos grupales, remisiones comunitarias y actividades educativas. Comuníquese con el Behavioral Health and Wellness Program en [bh.wellness@ucdenver.edu](mailto:bh.wellness@ucdenver.edu) para obtener más información.

## Notas finales

- <sup>1</sup> Grant, B. F., Hasin, D. S., Chou, P. S., Stinson, F. S., & Dawson, D. A. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives General Psychiatry*, *61*(11), 1107-1115.
- <sup>2</sup> Lasser, K., Boyd, W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D., & Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness: A population based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, *284*, 2606-2610.
- <sup>3</sup> U.S. Department of Health and Human Services. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2007). Alcohol and Tobacco. *Alcohol Alert*, *71*. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA71/AA71.htm>. Accessed May 30, 2013.
- <sup>4</sup> Grant, B. F., Hasin, D. S., Chou, P. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives General Psychiatry*, *61*(11), 1107-1115.
- <sup>5</sup> Prochaska, J. J., Delucchi, K., & Hall, S. M. (2004). A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(6), 1144-1156.
- <sup>6</sup> Williams, J. M. & Ziedonis, D. (2004). Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addictive Behaviors*, *29*, 1067-1083.
- <sup>7</sup> Morris, C. D., Giese, J. J., Dickinson, M., & Johnson-Nagel, N. (2006). Predictors of tobacco use among persons with mental illnesses in a statewide population. *Psychiatric Services*, *57*, 1035-1038.
- <sup>8</sup> Morris, C. D., Giese, J. J., Dickinson, M., & Johnson-Nagel, N. (2006). Predictors of tobacco use among persons with mental illnesses in a statewide population. *Psychiatric Services*, *57*, 1035-1038.
- <sup>9</sup> Evins, A. E., Mays, V. K., Cather, C., Goff, D. C., Rigotti, N. A., & Tisdale, T. (2001). A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for smoking cessation in schizophrenia. *Nicotine & Tobacco Research*, *3*(4), 397- 403.
- <sup>10</sup> George, T. P., Vessicchio, J. C., Termine, A., Bregartner, T. A., Feingold, A., Rounsaville, B. J., & Kosten, T. R. (2002). A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, *52*(1), 53-61.
- <sup>11</sup> el-Guebaly, N., Cathcart, J., Currie, S., Brown, D., & Gloster, S. (2002). Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders. *Psychiatric Services*, *53*(9), 1166-1170.
- <sup>12</sup> Prochaska, J. J., Delucchi, K., & Hall, S. M. (2004). A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(6).
- <sup>13</sup> Centers for Disease Control and Prevention. (2005). Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses—United States, 1997-2001. *MMWR*, *54*, 625-628.
- <sup>14</sup> Beckham, J. C., Roodman, A. A., Shipley, R. H., Hertzberg, M. A., Cunha, G. H., Kudler, H. S., & Fairbank, J. A. (1995). Smoking in Vietnam combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *8*(3), 461-472.
- <sup>15</sup> Boyd, C. J. & Pohl, J. (1996). Nicotine and alcohol abuse in African American women who smoke crack cocaine. *Journal of Substance Abuse*, *8*(4), 463-469.
- <sup>16</sup> Budney, A. J., Higgins, S. T., Hughes, J. R., & Bickel, W. K. (1993). Nicotine and caffeine use in cocaine-dependent individuals. *Journal of Substance Abuse*, *5*(2), 117-130.
- <sup>17</sup> Burling, T. A. & Ziff, D. C. (1988). Tobacco smoking: A comparison between alcohol and drug abuse inpatients. *Addictive Behaviors*, *13*(2), 185-190.
- <sup>18</sup> Clemmey, P., Brooner, R., Chutuape, M. A., Kidorf, M., & Stitzer, M. (1997). Smoking habits and attitudes in a methadone maintenance treatment population. *Drug and Alcohol Dependence*, *44*(2-3), 123-132.
- <sup>19</sup> de Leon, J., Dadvand, M., Canuso, C., White, A. O., Stanilla, J. K., & Simpson, G. M. (1995). Schizophrenia and smoking: An epidemiological survey in a state hospital. *American Journal of Psychiatry*, *152*(3), 453-455.
- <sup>20</sup> Grant, B. F., Hasin, D. S., Chou, P. S., Stinson, F. S., & Dawson, D. A. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives General Psychiatry*, *61*(11), 1107-1115.
- <sup>21</sup> Hughes, J. R. (1996). The future of smoking cessation therapy in the United States. *Addiction*, *91*(12), 1797-1802.

- <sup>22</sup> Istvan, J. & Matarazzo, J. D. (1984). Tobacco, alcohol, and caffeine use: A review of their interrelationships. *Psychological Bulletin*, *95*(2), 301-326.
- <sup>23</sup> Lasser, K., Boyd, W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D., & Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness: A population based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, *284*, 2606-2610.
- <sup>24</sup> McClave, A. K., McKinght-Elly, L. R., Davis, S. P., & Dube, S. R. (2010). Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: Results from the 2007 National Health Interview Survey. *American Journal of Public Health*, *100*(12), 2464-2472.
- <sup>25</sup> Morris, C. D., Giese, J. J., Dickinson, M., & Johnson-Nagel N. (2006). Predictors of tobacco use among persons with mental illnesses in a statewide population. *Psychiatric Services*, *57*, 1035-1038.
- <sup>26</sup> Pomerleau, O. F., Downey, K. K., Stelson, F. W., & Pomerleau, C. S. (1995). Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse*, *7*(3), 373-378.
- <sup>27</sup> Snow, M. G., Prochaska, J. O., & Rossi, J. S. (1992). Stages of change for smoking cessation among former problem drinkers: A cross-sectional analysis. *Journal of Substance Abuse*, *4*(2), 107-116.
- <sup>28</sup> Stark, M. J. & Campbell, B. K. (1993). Drug use and cigarette smoking in applicants for drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, *5*(2), 175-181.
- <sup>29</sup> Ziedonis, D. M., Kosten, T., Glazer, W. M., & Frances, R. J. (1994). Nicotine dependence and schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, *45*, 204-206.
- <sup>30</sup> Prochaska, J. J., Hall, S. M., & Bero, L. A. (2008). Tobacco use among individuals with schizophrenia: What role has the tobacco industry played? *Schizophrenia Bulletin*, *34*(3), 555-567.
- <sup>31</sup> Morris, C. D., Giese, J. J., Dickinson, M., & Johnson-Nagel N. (2006). Predictors of tobacco use among persons with mental illnesses in a statewide population. *Psychiatric Services*, *57*, 1035-1038.
- <sup>32</sup> Prochaska, J. J., Reyes, R. S., Schroeder, S. A., Daniels, A. S., Doederlein, A., & Bergeson, B. (2001). An online survey of tobacco use, intentions to quit, and cessation strategies among people living with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *13*(5-6), 466-473.
- <sup>33</sup> Evins, A. E., Mays, V. K., Cather, C., Goff, D. C., Rigotti, N. A., & Tisdale, T. (2001). A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for smoking cessation in schizophrenia. *Nicotine & Tobacco Research*, *3*(4), 397- 403.
- <sup>34</sup> George, T. P., Vessicchio, J. C., Termine, A. Bregartner, T. A., Feingold, A., Rounsaville, B. J., & Kosten, T. R. (2002). A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, *52*(1), 53-61.
- <sup>35</sup> Colton, C. W. & Manderscheid, R. W. (2006). Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Preventing Chronic Disease*, *3*(2).
- <sup>36</sup> Prochaska, J. J. (2010). Failure to treat tobacco use in mental health and addiction treatment settings: A form of harm reduction? *Drug and Alcohol Dependence*, *110*(3), 177-182.
- <sup>37</sup> Ong, M. K., Zhou, Q., & Sung, H. Y. (2011). Primary care providers advising smokers to quit: Comparing effectiveness between those with and without alcohol, drug, or mental disorders. *Nicotine & Tobacco*, *13* (12), 1193-1201.
- <sup>38</sup> Prochaska, J. J., Hall, S. M., & Bero, L. A. (2008). Tobacco use among individuals with schizophrenia: What role has the tobacco industry played? *Schizophrenia Bulletin*, *34*(3), 555-567.
- <sup>39</sup> Desai, H. D., Seabolt, J., & Jann, M. W. (2001). Smoking in patients receiving psychotropic medications. *CNS drugs*, *15*(6), 469-494.
- <sup>40</sup> Desai, H. D., Seabolt, J., & Jann, M. W. (2001). Smoking in patients receiving psychotropic medications. *CNS drugs*, *15*(6), 469-494.
- <sup>41</sup> Desai, H. D., Seabolt, J., & Jann, M. W. (2001). Smoking in patients receiving psychotropic medications. *CNS drugs*, *15*(6), 469-494.
- <sup>42</sup> Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., et al. (2009). *Treating tobacco use and dependence: 2008 update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- <sup>43</sup> Stapleton, J. A., Watson, L., Spirlong, L. I., Smith, R., Milbrandt, A., Ratcliffe, M., & Sutherland, G. (2008). Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence: A pre-post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. *Addiction*, *103*(1), 146-154.

- <sup>44</sup> Evins, A. E., Cather, C., Deckersbach, T., Freudenreich, O., Culhane, M. A., Olm-Shipman, C. M., & Rigotti, N. A. (2005). A double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained-release for smoking cessation in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *25*(3), 218-225.
- <sup>45</sup> George, T. P., Vessicchio J. C., Termine, A., Bregartner, T. A., Feingold, A., Rounsaville, B. J., & Kosten, T. R. (2002). A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, *52*(1), 53-61.
- <sup>46</sup> McNeill, A. (2004). ABC of smoking cessation: Harm reduction. *BMJ: British Medical Journal*, *328*(7444), 885.
- <sup>47</sup> Thorsteinsson, H. S., Gillin, J. C., Patten, C. A., Golshan, S., Sutton, L. D., Drummond, S., & Rapaport, M. (2001). The effects of transdermal nicotine therapy for smoking cessation on depressive symptoms in patients with major depression. *Neuropsychopharmacology*, *24*(4), 350-358.
- <sup>48</sup> Kinnunen, T., Doherty, K., Militello, F. S., & Garvey, A. J. (1996). Depression and smoking cessation: Characteristics of depressed smokers and effects of nicotine replacement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(4), 791-798.
- <sup>49</sup> Glassman, A. H. (1993). Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, *150*(4), 546-553.
- <sup>50</sup> Heffner, J. L., DelBello, M. P., Anthenelli, R. M., Fleck, D. E., Adler, C. M. & Strakowski, S. M. (2012). Cigarette smoking and its relationship to mood disorder symptoms and co-occurring alcohol and cannabis use disorders following first hospitalization for bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *14*(1), 99-108.
- <sup>51</sup> Irvine, E. E., Bagnalasta, M., Marcon, C., Motta, C., Tessari, M., File, S. E., & Chiamulera, C. (2001). Nicotine self-administration and withdrawal: Modulation of anxiety in the social interaction tests in rats. *Psychopharmacology*, *153*, 315-320.
- <sup>52</sup> Cinciripini, P. M., Lapitsky, L., Seay, S., Wallfisch, A., Meyer, W. J., & Van Vunakis, H. (1995). A placebo-controlled evaluation of the effects of buspirone on smoking cessation: Differences between high- and low-anxiety smokers. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *15*(3), 182-191.
- <sup>53</sup> Hertzberg, M. A., Moore, S. D., Feldman, M. E., & Beckham, J. C. (2001). A preliminary study of bupropion sustained-release for smoking cessation in patients with chronic post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *21*(1), 94-98.
- <sup>54</sup> McFall, M., Saxon, A. J., Thompson, C. E., Yoshimoto, D., Malte, C., Straits-Troster, K., & Steele, B. (2005). Improving the rates of quitting smoking for veterans with posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(7), 1311-1319.
- <sup>55</sup> Morissette, S. B., Tull, M. T., Gulliver, S. B., Kamholz, B. W., & Zimering, R. T. (2007). Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: A critical review of interrelationships. *Psychological Bulletin*, *133*(2), 245-272.
- <sup>56</sup> Williams, J. M. & Hughes, J. R. (2003). Pharmacotherapy treatments for tobacco dependence among smokers with mental illness or addiction. *Psychiatric Annals*, *33*, 457-466.
- <sup>57</sup> Williams, J. M. & Ziedonis, D. (2004). Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addictive Behaviors*, *29*(6), 1067.
- <sup>58</sup> Evins, A. E., Mays, V. K., Cather, C., Goff, D. C., Rigotti, N. A., & Tisdale, T. (2001). A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for smoking cessation in schizophrenia. *Nicotine & Tobacco Research*, *3*(4), 397- 403.
- <sup>59</sup> Evins, A. E., Cather, C., Deckersbach, T., Freudenreich, O., Culhane, M. A., Olm-Shipman, C. M., & Rigotti, N. A. (2005). A double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained-release for smoking cessation in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *25*(3), 218-225.
- <sup>60</sup> George, T. P., Vessicchio, J. C., Termine, A., Bregartner, T. A., Feingold, A., Rounsaville, B. J., & Kosten, T. R. (2002). A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, *52*(1), 53-61.
- <sup>61</sup> Weinberger, A. H., Sacco, K. A., & George, T. P. (2006). Comorbid tobacco dependence and psychiatric disorders. *Psychiatric Times*, *15*(1).
- <sup>62</sup> George, T. P., Vessicchio, J. C., Sacco, K. A., Weinberger, A. H., Dudas, M. M., Allen, T. M., & Jatlow, P. I. (2008). A placebo-controlled trial of bupropion combined with nicotine patch for smoking cessation in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, *63*(11), 1092-1096.
- <sup>63</sup> Evins, A. E., Cather, C., Deckersbach, T., Freudenreich, O., Culhane, M. A., Olm-Shipman, C. M., & Rigotti, N. A. (2005). A double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained-release for smoking cessation in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *25*(3), 218-225.
- <sup>64</sup> Yousefi, M. K., Folsom, T. D., & Fatemi, S. H., (2011). A review of varenicline's efficacy and tolerability in smoking cessation studies in subjects with schizophrenia. *Journal of Addiction Research & Therapy*, *4*(1), 3045.
- <sup>65</sup> George, T. P., Sernyak, M. J., Ziedonis, D. M., & Woods, S. W. (1995). Effects of clozapine on smoking in chronic schizophrenic outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, *56*(8), 344-346.
- <sup>66</sup> McEvoy, J., Freudenreich, O., McGee, M., VanderZwaag, C., Levin, E., & Rose, J. (1995). Clozapine decreases smoking in patients with chronic schizophrenia. *Biological Psychiatry*, *37*(8), 550-552.

- <sup>67</sup> McEvoy, J., Freudenreich, O., & Wilson, W. H. (1999). Smoking and therapeutic response to clozapine in patients with schizophrenia. *Biological Psychiatry*, *46*(1), 125-129.
- <sup>68</sup> George, T. P., Ziedonis, D. M., Feingold, A., Pepper, T., Satterburg, C. A., Winkel, J., & Kosten, T. R. (2000). Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, *157*(11), 1835-1842.
- <sup>69</sup> George, T. P., Vessicchio, J. C., Termine, A., Bregartner, T. A., Feingold, A., Rounsaville, B. J., & Kosten, T. R. (2002). A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, *52*(1), 53-61.
- <sup>70</sup> Zullino, D. F., Delessert, D., Eap, C. B., Preisig, M., & Baumann, P. (2002). Tobacco and cannabis smoking cessation can lead to intoxication with clozapine or olanzapine. *International Clinical Psychopharmacology*, *17*(3), 141-143.
- <sup>71</sup> Mackowick, K. M., Lynch, M. J., Weinberger, A. H., & George, T. P. (2012). Treatment of tobacco dependence in people with mental health and addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, *14*, 478-485.
- <sup>72</sup> Richter, K. P., Gibson, C. A., Ahluwalia, J. S., & Schmelzle, K. H. (2001). Tobacco use and quit attempts among methadone maintenance clients. *American Journal of Public Health*, *91*(2), 296-299.
- <sup>73</sup> Lemon, S. C., Friedmann, P. D., & Stein, M. D. (2003). The impact of smoking cessation on drug abuse treatment outcome. *Addictive Behaviors*, *28*(7), 1323-1331.
- <sup>74</sup> McCarthy, W. J., Collins, C., & Hser, Y. I. (2002). Does cigarette smoking affect drug abuse treatment? *Journal of Drug Issues*, *32*(1), 61-80.
- <sup>75</sup> Prochaska, J. J., Delucchi, K., & Hall, S. M. (2004). A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(6).
- <sup>76</sup> Kalman, D. (1998). Smoking cessation treatment for substance misusers in early recovery: A review of the literature and recommendations for practice. *Substance Use and Misuse*, *33*(10), 2021-2047.
- <sup>77</sup> Sussman, S. (2002). Smoking cessation among persons in recovery. *Substance Use and Misuse*, *37*(8-10), 1275-1298.
- <sup>78</sup> Hayford, K. E., Patten, C. A., Rummans, T. A., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Croghan, I. T., & Hurt, R. D. (1999). Efficacy of bupropion for smoking cessation in smokers with a former history of major depression or alcoholism. *The British Journal of Psychiatry*, *174* (2), 173-178.
- <sup>79</sup> Burling, T. A., Salvio, M. A., Seidner, A. L., & Ramsey, T. G. (1996). Cigarette smoking in alcohol and cocaine abusers. *Journal of Substance Abuse*, *8*(4), 445-452.
- <sup>80</sup> Shoptaw, S., Jarvik, M. E., Ling, W., & Rawson, R. A. (1996). Contingency management for tobacco smoking in methadone-maintained opiate addicts. *Addictive Behaviors*, *21*(3), 409-412.
- <sup>81</sup> Mackowick, K. M., Lynch, M. J., Weinberger, A. H., & George, T. P. (2012). Treatment of tobacco dependence in people with mental health and addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, *14*, 478-485.
- <sup>82</sup> Desai, H. D., Seabolt, J., & Jann, M. W. (2001). Smoking in patients receiving psychotropic medications. *CNS drugs*, *15*(6), 469-494.
- <sup>83</sup> Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, *32*(3), 443-450.
- <sup>84</sup> Knight, E. L. (2006). Self-help and serious mental illness. *Medscape General Medicine*, *8*(1), 68.

El Behavioral Health and Wellness Program para vivir libre de tabaco DIMENSIONES está diseñado para capacitar a compañeros y proveedores a ayudar a la gente para que vivan libres de tabaco. Las DIMENSIONES: la capacitación sobre las técnicas avanzadas del programa para vivir libre de tabaco, apoya la cesación del tabaco mediante estrategias motivacionales de participación, procesos grupales, remisiones comunitarias y actividades educativas. Comuníquese con el Behavioral Health and Wellness Program en [bh.wellness@ucdenver.edu](mailto:bh.wellness@ucdenver.edu) para obtener más información.



Behavioral Health &  
Wellness Program

University of Colorado Anschutz Medical Campus  
School of Medicine