

tabaco
y salud
mental:
guía
de buena
práctica
hospitalaria

Traducción y adaptación de: *Best practice guidelines to support compliance with national policy in relation to tobacco management in the mental health setting. 2006. Irish Health Promoting Hospitals Network (HPH).*

© 2009 Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum. Institut Català d'Oncologia. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Edita: Grup de Treball de Salut Mental i Tabac, Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum.

Primera edició: Barcelona, enero de 2009

Tirada: 1.000 ejemplares

Depósito legal: B-7826-2009

Producción: Carmen Company

Diseño: Pere Anglada

Impresión: Gràfiques Marcet, S.A.

Esta guía está disponible para su impresión y copia en Internet.

Se pueden hacer enlaces directos y distribuirla citando la fuente y el documento original.

SOBRE ESTA GUÍA

Este documento ha sido elaborado en diversas reuniones de trabajo por un grupo de profesionales de la salud mental y expertos en tabaquismo de diferentes hospitales de Cataluña. Este grupo de trabajo fue creado por la Red Catalana de Hospitales sin Humo (XCHsF) y cuenta con el apoyo del Plan Director de Salud Mental y Adicciones, y de la Subdirección General de Drogodependencias de la Generalitat de Catalunya. Con esta iniciativa se abre una nueva línea de actuación de la Red dentro de los servicios de Salud Mental en su objetivo general de avanzar en el abordaje y el control del tabaquismo en el ámbito hospitalario.

El texto está adaptado de una guía preparada por un grupo de expertos de los servicios de salud mental irlandeses, tras diversos encuentros, talleres nacionales y revisiones, así como a partir de las aportaciones de una gran variedad de individuos, organizaciones y asociaciones de profesionales. Esta guía, *Best practice guidelines to support compliance with national policy in relation to tobacco management in the mental health setting* (Guía de buena práctica para el apoyo del cumplimiento de las políticas nacionales en relación al manejo del tabaco en el ámbito de la salud mental), es una iniciativa de la *Irish Health Promoting Hospitals Network* (HPH); red que pertenece, además de a la HPH europea, a la Red Europea de Hospitales sin Humo (*European Network of Smoke free Hospitals* [ENSH]). Por este motivo, la guía sigue los 10 criterios o estándares del decálogo de medidas para la implantación de un hospital sin humo que la ENSH propone.

Dado que éste es un campo en rápido desarrollo, es posible que sea necesario revisar la guía cada dos años después de su creación y difusión.

AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos agradecer a los participantes del Grupo de Trabajo su apoyo, contribuciones y dedicación al desarrollo de esta guía (ver Apéndice 1), así como a la *Irish Health Promoting Hospitals Network* (HPH) por el esfuerzo en la creación de su guía y las aportaciones dentro de este ámbito a la Red Europea de Hospitales Sin Humo (ENSH).

INTRODUCCIÓN

En Europa, Irlanda fue el primer país en prohibir fumar en espacios públicos y laborales, entre otras razones como respuesta a un informe científico titulado «Informe sobre los efectos en la salud del humo ambiental del tabaco en los espacios laborales» (*Report on the Health Effects of Environmental Tobacco Smoke [ETS] in the Workplace*), encargado por la *Health and Safety Authority* y la *Office of Tobacco Control* de Irlanda. Este informe concluía que la exposición al humo ambiental del tabaco, o humo de tabaco ajeno, también conocida como consumo pasivo de tabaco, causa cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y problemas respiratorios, y que es necesario proteger a los trabajadores de la exposición al humo ambiental del tabaco en el ámbito laboral.

En Cataluña, ya en el año 1985 el Parlament aprobó la ley 20/1985, de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia, incorporando por primera vez en España el tabaco como una droga y considerando las enfermedades por él provocadas como «*causa importante de incapacidad laboral y muerte prematura, de modo que hoy la lucha contra el tabaquismo debe ser considerada como un programa prioritario de prevención para mejorar la salud y la expectativa de vida*». Esta ley amplía su margen de aplicación al acceso a la información y la educación sanitaria, en medidas limitativas de control de la promoción del tabaco (venta y publicidad), el establecimiento de espacios libres de humo, señalización y responsabilidades en el incumplimiento de la ley.

Años después, el 1 de enero del año 2006 entró en vigor en España 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 del tabaco. En el artículo 7 se prohíbe fumar, entre otros espacios, en los centros de trabajo y en los centros y servicios o establecimientos sanitarios, con alguna posible exención: «*Los centros, servicios o establecimientos psiquiátricos podrán habilitar zonas **para los pacientes a quienes por criterio médico se determine***».

Nada obliga a los dispositivos de salud mental a habilitar espacios para pacientes fumadores.

De esta manera, ante la acumulación de evidencias sobre el daño producido por el humo ambiental del tabaco, esta ley garantiza el derecho a respirar aire limpio y a hacer más fácil el abandono del tabaco.

Declaración de políticas: La ley española 31/1995 de 8 de noviembre sobre prevención de riesgos laborales expone en su artículo 14 que: *«Los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo. Este derecho supone la existencia de un correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales. Este deber de protección constituye, igualmente, un deber de las Administraciones públicas respecto al personal a su servicio».*

La introducción de la prohibición de fumar en el lugar de trabajo ayuda a la institución o gerencia a cumplir la ley ordinaria preexistente de deber de cuidado/protección, junto con su responsabilidad legal, para proveer un ambiente laboral razonablemente seguro. La exención de la ley de un espacio o instalación no absuelve a la institución/gerencia de dichas responsabilidades.

Manejo de políticas: Uno de los problemas más difíciles de tratar a la hora de afrontar un control efectivo del tabaco en las unidades psiquiátricas de larga estancia radica en que los pacientes que fuman pueden pasar largos períodos de tiempo viviendo en ellas. La clave para un manejo efectivo de las políticas en estos ámbitos radica en la habilidad de conducir y resolver los conflictos que surgen entre los objetivos del servicio (como son el cuidado de los pacientes) y las responsabilidades en salud y seguridad hacia el personal y otros individuos implicados (es decir, protegerlos de niveles inaceptables de humo ambiental del tabaco).

Espacios exentos: Bajo la actual legislación, los centros, servicios o establecimientos psiquiátricos pueden quedar exentos de la prohibición total de fumar en el interior, y pueden habilitar zonas para pacientes fumadores. Esta exención surge de las dificultades prácticas anticipadas de no permitir fumar a los pacientes ingresados.

En el caso de los hospitales psiquiátricos, se prevé que la exención cubra los casos que puedan surgir con pacientes alterados o en estado agudo que requieren observación constante, cuando la seguridad del personal y el paciente estarían en juego si éste tuviera que salir a fumar. Si la mayoría de los pacientes no necesitan acogerse a esta exención, hay que subrayar que **nada en la legislación obliga a la institución o gerente de los ámbitos exentos a permitir fumar.**

¿POR QUÉ ES OPORTUNA ESTA GUÍA?

La nueva ley del tabaco permite, en el ámbito psiquiátrico, si se estima necesario, habilitar espacios para pacientes fumadores. Para estos servicios no existen normas preestablecidas ni guías de actuación para el manejo del tabaco, aun con la especial complejidad que supone el control del tabaquismo en el ámbito de la salud mental, donde la prevalencia de consumo y el grado de dependencia del tabaco son superiores a los de la población general, de la misma manera que lo es la tasa de mortalidad generada por las enfermedades causadas por el tabaco. A pesar de esta complejidad, se evidencia una clara tendencia al avance general de las políticas del tabaco que obligan a anticiparse de una manera consensuada y progresiva.

Tanto el Libro Verde sobre salud mental de la Unión Europea como el Plan Director de Salud Mental y Adicciones abogan por una mejora del modelo preventivo y proactivo de los trastornos mentales y las drogodependencias. En estos documentos se apuesta por evitar y luchar contra la exclusión de este sector de población. Así, el tratamiento para la cesación tabáquica en estos pacientes y la consideración de los servicios psiquiátricos sin humo al mismo nivel que los restantes servicios aportan un importante valor de normalización.

PROPÓSITO DE ESTA GUÍA

Declaración de intenciones: Esta guía se ha desarrollado para ayudar a las instituciones en el manejo de los aspectos relacionados con el tabaco en el ámbito de la salud mental, teniendo en cuenta la exención de la legislación y el deber de la institución/gerencia de cuidar la salud de sus trabajadores.

Muchos de los aspectos complejos en el control del tabaquismo en las unidades psiquiátricas de larga estancia provienen de la conducta de fumar de los pacientes, visitantes u otros usuarios. No obstante, el énfasis de esta guía se centra firmemente en la salud de todos los usuarios del servicio y en el manejo de las diferentes responsabilidades para asegurar la mínima exposición al humo ambiental del tabaco.

Responsabilidad: Habría que tratar el hecho de que los empleados de las unidades psiquiátricas de larga estancia están actualmente expuestos al humo ambiental del tabaco. Por ello, es necesaria una visión realista de dónde residen los obstáculos para avanzar hacia un ambiente totalmente sin humo y asegurar que se aplican las estrategias apropiadas en respuesta a estos obstáculos.

Estándares principales: Los 10 estándares que se exponen a continuación trazan los principios básicos que deberían apuntalar todas las políticas de control del tabaco, e identifican los criterios/acciones adicionales que guardan relación en particular con las unidades psiquiátricas de larga estancia.

Los criterios o acciones que acompañan a estos estándares son recomendaciones sobre la mejor manera de conseguirlo, y están sujetos a discusión y a un acuerdo consensuado.

Los hospitales miembros de la XCHsF ya siguen estos 10 estándares, aunque deberían incorporarse aquellas acciones específicas referentes a los servicios psiquiátricos que en esta guía se proponen.

LOS 10 ESTÁNDARES DE LA GUÍA

1- Compromiso

- De proveer un ambiente *sin humo* saludable.
 - De adecuar las nuevas instalaciones para cumplir la nueva política sin humo.
 - De trabajar hacia un ambiente sin humo en las instalaciones existentes.

2- Comunicación

- Establecer estructuras de comunicación de la política.
- Aceptar los peligros probados del humo ambiental del tabaco.

3- Educación y formación

- Ofrecer información y formación para implementar y monitorizar la política sin humo.
- Ofrecer formación en intervención en tabaquismo en personas con trastornos mentales.

4- Identificación de fumadores y apoyo para el abandono

- Abordaje del tabaquismo como un aspecto más de la atención al paciente.
- Personal y pacientes tendrían que poder acceder a ayuda para dejar de fumar.

5- Control del consumo de tabaco

- Ofrecer marquesinas exteriores para fumar si se estima necesario.
- Los espacios interiores para fumar, en casos extremos, han de señalizarse, revisarse y someterse a un control ambiental.
- Mantener un registro de las incidencias ocurridas en los espacios donde se permite fumar.

6- Ambiente

- Identificar áreas problemáticas y ofrecer estrategias claras para su manejo.
- No utilizar el tabaco como premio o incentivo para los pacientes.

7- Lugares de trabajo saludables

- Minimizar al máximo la exposición del personal al humo ambiental del tabaco.

8- Promoción de la salud

- Promoción de acciones *sin humo* a la comunidad.

9- Monitorización del cumplimiento

- Monitorizar y revisar las políticas de control del tabaco, incluyendo la evaluación de los niveles de polución ambiental.
- Definir claramente la manera en que se puede conseguir un ambiente *sin humo* dentro de la institución.

10- Implementación de la política

- Avanzar hacia un ambiente totalmente *sin humo* es el objetivo a largo plazo.

I- COMPROMISO

I. Un compromiso a establecer debería ser la provisión de un ambiente sin humo saludable para el personal, los pacientes y todos los demás usuarios del servicio.

- a** Las instituciones deberían designar un responsable de categoría senior para establecer una política de grupo de trabajo con representantes de todas las disciplinas y usuarios del servicio. Este grupo promotor se encargaría de personalizar una política para un ambiente libre de humo dentro de su institución y debería especificar los procedimientos a seguir en caso de no cumplimiento. Dicha política podría formar parte de una Declaración de Seguridad redactada.

En el caso de hospitales miembros de la XCHsF que ya disponen de un grupo promotor para el control del tabaquismo, sería necesario que en este grupo se incluyera al menos un representante del servicio de salud mental.

- b** Los jefes de las organizaciones deberían indicar claramente, en el plan de actividades/servicios, cómo comunicarán, pondrán en práctica y monitorizarán la política.
- c** Los jefes de las organizaciones deberían identificar claramente los recursos necesarios para poder poner en práctica la política, incluyendo señalización, sesiones informativas para el personal, sistemas de comunicación para los pacientes y la comunidad, formación del personal, sistemas de apoyo a los pacientes y al personal, evaluación y diseminación de los datos, y provisión de áreas externas para fumadores sólo si se estima necesario.
- d** Los jefes de las organizaciones deberían comprometerse a promover acciones de motivación y sensibilización destinadas al personal sanitario del servicio/hospital psiquiátrico.
- e** Los jefes de las organizaciones deberían asegurar que todo el personal, los pacientes y los visitantes hacen suya la política y la aplican.

- f** Los jefes de las organizaciones deberían asegurarse de que se incorpora la detección del humo ambiental del tabaco en la valoración de los riesgos laborales.

2. Todas las nuevas instalaciones deben considerar adoptar una política total sin humo desde el principio.

- a** Todas aquellas personas implicadas en la planificación de instalaciones de asistencia sanitaria deberían identificar en esta etapa los recursos necesarios para asegurar la viabilidad de las políticas sin humo.

3. Todas las instalaciones existentes deberían trabajar hacia un estatus totalmente sin humo dentro de un marco temporal establecido.

- a** Los jefes deberían identificar los recursos necesarios (incorporar marquesinas que delimiten espacios exteriores, por ejemplo) para asegurar la viabilidad.

Los mayores cambios se consiguen cuando los jefes y los empleados trabajan en común y en colaboración, con espíritu de concordancia.

2- COMUNICACIÓN

1. Establecer estructuras para comunicar la nueva política.

- a** Deberían desarrollarse sistemas de información local claramente definidos, utilizando diversos medios de comunicación para asegurar que TODO el personal, los pacientes y la comunidad son adecuadamente informados de la política de la institución en cuanto al tabaco.
- b** Habría que incorporar a las normas internas del servicio/hospital las nuevas políticas sobre el tabaco.
- c** La política y los procedimientos asociados deben comunicarse a TODO el personal, proveedores y, en particular, al personal nuevo como parte de la estrategia de acogida, y asimismo incluirlos en el manual de acogida.

- d** El departamento de gestión debería comunicar tanto al personal como a los pacientes cualquier cambio que se produzca en la política.
- e** Deberían realizarse sesiones de información apropiadas dentro del horario laboral para ayudar a la implementación y la monitorización de la política.
- f** Por su función modélica, todo el personal debe promover la conducta apropiada de cara a los usuarios del servicio.

2. Aceptación de los peligros probados del humo ambiental del tabaco.

- a** Habría que asegurar que infringir la política por parte del personal y los pacientes se tratará mediante los procedimientos ya acordados para los casos de violación de las políticas *sin humo* y de acuerdo con los actuales marcos/políticas de personal y requerimientos legislativos.

3- EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

1. Se debería ofrecer información y formación al personal para implementar y monitorizar la política.

Habría que diseñar, específicamente para los trabajadores del ámbito de la salud mental, un programa de formación especializado en el manejo del tabaco que incluyera:

- a** Los fundamentos de la política, incluyendo requerimientos de salud y seguridad, riesgo de incendio, factores ambientales, manejo de la imagen corporativa y expectativas del papel del personal.
- b** Los peligros del humo ambiental del tabaco.
- c** Los vínculos con otras áreas de políticas relevantes, como la garantía de calidad y el manejo clínico.
- d** El manejo de la política con los colegas, pacientes, visitantes y otros usuarios (ver Apéndice 2).

- e Habilidades de comunicación (Ver Apéndice 4).
- f Instrumento de guía para la valoración del riesgo por humo ambiental del tabaco.
- g Manejo de las estructuras de apoyo.

2. El personal debería recibir información y formación sobre cómo intervenir de forma apropiada en el abandono del tabaco específicamente en los usuarios del servicio de salud mental.

- a Debería ponerse a disposición de todo el personal (médico, de enfermería, psicólogo) la formación específica para intervenir adecuadamente en el abandono del tabaco, incluyendo técnicas de entrevista motivacional. Lo ideal sería que esta formación se fuera incorporando a los estudios universitarios.
- b Los cursos impartidos dentro del servicio deberían acreditarse y formar parte del plan de desarrollo personal del trabajador.

3. Deberían llevarse a cabo acciones de sensibilización y educación para el personal sanitario.

- a Habría que diseñar acciones de sensibilización para el personal sanitario sobre la importancia de implementar políticas del tabaco en el servicio/hospital, la prevalencia de fumadores y la mortalidad atribuida al tabaco en estas poblaciones, la factibilidad de intervenir en estos pacientes para la cesación tabáquica, etc.

4- IDENTIFICACIÓN DE FUMADORES Y APOYO PARA EL ABANDONO

1. El abordaje del tabaquismo es un aspecto más de la asistencia en todos los pacientes atendidos en los dispositivos de salud mental.

- a** Habría que establecer un sistema para identificar y registrar el estatus respecto al tabaco de todos los pacientes en el momento del ingreso, e incorporarlo en el plan terapéutico general del paciente, incluyendo las técnicas específicas para el abandono del tabaco.

2. Los pacientes y el personal deberían poder acceder a ayuda para dejar de fumar, en un esfuerzo para reducir el consumo.

- a** Los pacientes y el personal deberían tener disponible ayuda para dejar de fumar.
- b** Habría que valorar continuamente el estadio de cambio del fumador y elaborar un protocolo para un programa de apoyo para dejar de fumar dirigido al personal y a los pacientes, e incluir tratamiento farmacológico y el conocimiento de todos los métodos investigados para dejar de fumar ¹. Debería asegurarse, cuando sea necesario, el seguimiento de los pacientes después de abandonar el tabaco.
- c** Deberían destinarse recursos específicos para poder ofrecer el servicio de cesación tabáquica y unos sistemas de auditoría.
- d** Debería haber una amplia disponibilidad de información sobre el consumo de tabaco y métodos de cesación tabáquica para todo el personal, los pacientes y la comunidad.

¹ Los hospitales miembros de la XCHsF disponen de programas de deshabituación tabáquica para pacientes y profesionales, que ofrecen asesoramiento, material informativo y tratamiento farmacológico.

5- CONTROL DEL CONSUMO DE TABACO

1. Deberían instalarse marquesinas que delimiten espacios exteriores para fumadores en la medida en que se estime necesario desde gestión de servicios.

- a** Estas instalaciones deberían cumplir la legislación tanto del tabaco como de salud y seguridad (ver Apéndice 3).

2. Puesto que sólo se recomiendan las instalaciones exteriores para fumar, la designación de espacios interiores para fumar únicamente sería posible en circunstancias extremas² o por imposibilidad inmediata (si bien de carácter provisional) de crear espacios exteriores debido a la arquitectura del servicio. La decisión debe ser registrada y revisada por un jefe de categoría senior. Estas instalaciones, si se estiman necesarias, deben estar claramente señalizadas, revisadas regularmente y tener controles ambientales apropiados para minimizar los efectos del humo ambiental del tabaco.

- a** Los espacios interiores donde se permita fumar, en caso de ser necesarios, no pueden ser lugares de uso común para todos los pacientes (por ejemplo sala de estar o de televisión, comedor, etc.).
- b** Se prohíbe fumar en todas las áreas de trabajo, zonas comunes e instalaciones utilizadas tanto por el personal como por los pacientes y los visitantes, incluyendo los medios de transporte.
- c** Si se designan áreas para pacientes fumadores, éstas deben estar completamente separadas de las áreas de no fumadores, y deben hacerse todos los esfuerzos posibles para reducir el tiempo de permanencia de los fumadores en ellas (ver Apéndice 5).

² Las circunstancias extremas deben surgir sólo de circunstancias individuales en un planteamiento terapéutico centrado en la persona. Por ejemplo: a) psicosis paranoide aguda con posible riesgo de agresividad o violencia, o b) incapacidad del paciente para entender/comprender las normas/políticas locales.

- d) Debería prohibirse fumar en todas las entradas y áreas de recepción de la institución para evitar que el humo migre y entre en los espacios interiores, lo que aumentaría la exposición al humo ambiental del tabaco en el interior.

3. Se ha de educar y guiar claramente al personal en el conocimiento de la mejor manera de valorar los riesgos³ y mantener un registro de todas las incidencias ocurridas en los espacios donde se permite fumar.

- a) A NINGÚN miembro del personal se le debe pedir que se guíe por su propio criterio ante las situaciones difíciles sin contar con unas líneas de actuación claras. El plan terapéutico del paciente debe constituir una parte integral del proceso de valoración de riesgos.
- b) Habría que establecer un sistema de registro apropiado dentro de la organización para anotar todas las incidencias relacionadas con el consumo de tabaco, para detectar rápidamente el problema y decidir las acciones a realizar.

6- AMBIENTE

1. Los comunicados de la institución acerca de las políticas sobre tabaco en el servicio/hospital deben ayudar a identificar las áreas problemáticas y ofrecer estrategias claras para su manejo y cambio de prácticas duraderas.

- a) Deberían instalarse señalizaciones oficiales de «no fumar», indicando los nombres de la persona a cargo de las instalaciones y de aquella a quien se deben dirigir las quejas en relación al incumplimiento de las políticas sin humo (ver Apéndice 4).

³ La evaluación de riesgos debe tener en cuenta los efectos que el fumar tiene sobre: a) la conducta de un paciente alterado, b) la cantidad de personal expuesto, y c) la amplitud de tiempo que cada miembro del personal se encuentra expuesto a los peligros del humo ambiental del tabaco. Fumar sólo se ha de estimar como la opción más segura cuando el riesgo para la seguridad del paciente o para los miembros del personal sobrepase el riesgo de la exposición a los peligros del humo ambiental del tabaco.

- b** De acuerdo con la nueva legislación (Ley 28/2005 de 26 de diciembre): «... donde se permita habilitar zonas para fumar, y se habiliten, deberán identificarse estas zonas y señalizar la prohibición de fumar en el exterior».
- c** Debe indicarse claramente cualquier área externa designada para fumar.
- d** Deberían retirarse todos los ceniceros y ofrecer contenedores para colillas en lugares apropiados lejos de las entradas.

2. El tabaco no debe utilizarse como premio o incentivo para los usuarios de las unidades psiquiátricas o de larga estancia.

- a** Hay que cesar la práctica de utilizar el tabaco como premio, incentivo o herramienta terapéutica en los servicios para pacientes con trastornos mentales. Deben utilizarse otros premios o incentivos alternativos, o estrategias apropiadas. Hay que tener en cuenta las implicaciones legales de estas acciones y ofrecer el apoyo apropiado.

7- LUGARES DE TRABAJO SALUDABLES

1. La exposición del personal al humo ambiental del tabaco debe minimizarse al máximo.

- a** Hay que ofrecer sistemas/lugares de trabajo seguros con el fin de garantizar la seguridad, la salud y el bienestar del personal, los usuarios y otros.
- b** Deben utilizarse las implicaciones legales de la exposición del personal al humo ambiental del tabaco para justificar la necesidad de recursos.
- c** La Dirección es responsable de asegurar que se está haciendo todo el esfuerzo posible para proveer al personal de un ambiente laboral sin humo.
- d** Deberían monitorizarse regularmente los hábitos y la prevalencia de consumo de tabaco del personal.

- e Tan sólo en los descansos laborales legalmente definidos, el personal puede fumar en las áreas exteriores designadas para fumadores, apartadas de las entradas. Es recomendable habilitar áreas exteriores para fumar exclusivamente para el personal, que no sean visibles para pacientes y visitantes.
- f El incumplimiento de las políticas por parte del personal será tratado según los procedimientos disciplinarios habituales.

8- PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. Promoción de acciones sin humo en la comunidad.

- a Es recomendable que la institución promueva, contribuya y apoye actividades sin humo fuera de sus instalaciones.
- b Es aconsejable que el servicio comparta estrategias de buena práctica relacionadas con el control del tabaco, tanto locales como nacionales e internacionales, en los ámbitos que supongan un mayor reto. Compartir de manera continuada las experiencias de los profesionales que trabajan en ámbitos donde el control del tabaco es todavía un reto, hará posible construir modelos sostenibles de buena práctica.
- c Habría que animar al personal a asumir actividades de promoción de la salud (por ejemplo, programas de estilo de vida, vida saludable, control del peso, soluciones para un mejor bienestar, etc.) y actividades de prevención, particularmente aquellas que inciden en los factores que determinan o mantienen la salud o la enfermedad.

9- MONITORIZACIÓN DEL CUMPLIMIENTO

I. Debe haber un compromiso establecido de monitorizar y revisar las políticas de control del tabaco, incluyendo inspecciones regulares del ambiente para evaluar los niveles de polución por humo del tabaco.

- a** Se deben revisar y actualizar regularmente los programas de información, educación y formación.
- b** Todos los miembros del personal tienen la responsabilidad de identificar y realizar acciones directas en caso de que se infrinjan las políticas. El personal debería registrar todas las incidencias relacionadas con el tabaco y las situaciones de no cumplimiento con las normas establecidas por las políticas, en particular si ha habido violencia o agresiones físicas o verbales. Sólo podrá conocerse la cantidad de agresiones recibidas por el personal si se registran todos los incidentes ⁴.
- c** La responsabilidad para monitorizar las políticas depende del grupo de trabajo encargado de la monitorización y del manejo de la política que opera en conjunción con los jefes/supervisores de las divisiones.
- d** El proceso de monitorización debe incluir el cumplimiento de las políticas y de los sistemas de comunicación.
- e** Puede llevarse a cabo una auditoría del ambiente como estrategia de manejo del riesgo para la salud y la seguridad de la institución. Esta auditoría debería incluir la monitorización de los niveles de exposición al humo ambiental del tabaco y realizarse anualmente.

⁴ Registro de incidencias: todas las incidencias, sin reparar en su gravedad, deben registrarse en el Formulario de Registro de Incidencias en el Manejo del Riesgo, que será remitido al jefe de área local apropiado.

2. Cada política de control del tabaco debería definir claramente la manera en que se puede conseguir un ambiente sin humo dentro de la institución (ver Apéndice 4).

- a** Los servicios deberían evaluarse anualmente con indicadores significativos de actuaciones para determinar el valor añadido con que la política de control del tabaco está contribuyendo a la salud del área poblacional que cubre.

10- IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA

1. Reconocer que avanzar hacia un ambiente totalmente sin humo es el objetivo a largo plazo.

- a** La institución se compromete a la puesta en práctica de todas estas medidas.

PROFESIONALES MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO O QUE HAN APOYADO LA GUÍA (por orden alfabético)

Francesc Abella Pons. Psicólogo Clínico. Doctor en Psicología. Responsable de la Unidad de Tabaquismo. Gestión de Servicios Sanitarios. Hospital de Santa Maria. Lleida.

Dolors Agulló Hernández. Enfermera/coordinadora. Ámbito de Salud Mental. Consorci Sanitari de Terrassa.

Montse Ballbè i Gibernau. Psicóloga. Red Catalana de Hospitales sin Humo. Programa de Investigación y Control del Tabaquismo. Institut Català d'Oncologia/Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Eugeni Bruguera i Cortada. Médico psiquiatra. Jefe de la Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona.

Carmen Cabezas i Peña. Subdirecció General de Promoció de la Salut. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

Margarita Cano Vega. Psicóloga clínica. Centro de Atención a las Drogodependencias. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme.

Joan Colom i Farran. Subdirecció General de Drogodependencias. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

Montserrat Contel Guillamon. Psicóloga SERPI. Hospital Sant Joan de Déu - Servicios de Salud Mental. Barcelona.

M^a Teresa Delgado Almeda. Supervisora de enfermería de área. CASM Benito Menni. Sant Boi de Llobregat.

Teresa Fernández Grané. Médico psiquiatra. CAS de Drogodependencias de Mataró. Servicio de Psiquiatría. Consorci Hospitalari del Maresme.

Esteve Fernández Muñoz. Médico epidemiólogo. Coordinador de la Red Catalana de Hospitales sin Humo. Programa de Investigación y Control del Tabaquismo. Institut Català d'Oncologia. Barcelona.

Francina Fonseca Casals. Psiquiatra adjunta. Instituto de Atención Psiquiátrica: Salud Mental i Toxicomanías (IAPs). Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Hospital del Mar. Barcelona.

Imma Grau Joaquim. Médico psiquiatra. Directora Médica del Área de Rehabilitación Psiquiátrica. Hospital Psiquiàtric Universitari Institut Pere Mata. Reus.

Antoni Gual Solé. Médico psiquiatra. Consultor Senior. Jefe de la Unidad de Alcoholología. Servicio de Psiquiatría. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Sònia Hernández. Enfermera supervisora. Servicio de Psiquiatría. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Rosa Hernández Ribas. Médico psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Teodor Marcos Bars. Doctor en Psicología. Consultor. Servicio de Psicología Clínica. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Concepció Martí Castellà. Enfermera especialista en Salud Mental y Psiquiatría. Hospital de Mollet.

Cristina Martínez Martínez. Enfermera. Coordinación técnica de la Red Catalana de Hospitales sin Humo. Programa de Investigación y Control del Tabaquismo.. Institut Català d'Oncologia. Barcelona.

Cristina Molina. Directora del Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

Sílvia Mondon i Vehils. Médico psiquiatra. Especialista Senior. Unidad de Alcoholología. Servicio de Psiquiatría. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Gemma Nieva Rifà. Psicóloga. Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Jordi Pagerols Hernández. Médico psiquiatra. Centres Assistencials Emili Mira i López. Diputació de Barcelona.

M^a Cristina Pinet Ogué. Médico psiquiatra, consultor 2. Unidad de Toxicomanías. Servicio de Psiquiatría. Responsable del Programa de Tabaquismo. Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.

Antònia Raich Soriguera. Psicóloga clínica. División de Salud Mental. Xarxa Assistencial Althaia. Manresa.

Esteve Saltó. Médico especialista en Salud Pública. Responsable de investigación e información en educación sanitaria y programas de salud. Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

Susana Subirà. Médico psiquiatra. Fundació Sociosanitària de Barcelona.

Joan Viñas Amat. Psicólogo clínico. Servicio de Psiquiatría. Hospital Mútua de Terrassa.

Apéndice 2

Procedimiento a seguir en caso de que una persona fume infringiendo la ley de prohibición de fumar en el ámbito laboral

- 1 Avise a la persona de que la organización tiene una política sin humo para asegurar un ambiente laboral seguro para el personal y los pacientes.
- 2 Dirija la atención de la persona hacia las señales de «No fumar» y avise que vulnerará las normas si fuma en las instalaciones.
- 3 Avise a la persona de que fumar se considera una vulneración de la ley y también una falta de respeto hacia el resto de los usuarios, los trabajadores y otras personas del centro.
- 4 Si la persona sigue fumando, solicítele que abandone las instalaciones si se trata de visitante o trabajador.
- 5 Si la persona se niega (trabajador, paciente o visitante), ponga en práctica los procedimientos normales para las conductas antisociales/ilegales en las instalaciones.
- 6 Mantenga un registro apropiado de todos los incidentes de este tipo y notifique a todo el personal las acciones tomadas. Si se trata de un paciente, registre el incidente y las acciones tomadas en su historia clínica.
- 7 En todos los casos de amenaza o situaciones de violencia física, notifique y busque la asistencia del personal de seguridad.

Apéndice 3

Salas designadas para fumadores. Recomendaciones para reducir el peligro de incendio

- 1 Las salas deben estar cerradas y construidas de modo que se asegure un estándar mínimo de resistencia al fuego de al menos 30 minutos para toda el área.
- 2 Las puertas de las salas han de tener un estándar de resistencia al fuego de media hora, y deben contar con un mecanismo de autocierre eficiente que debería disponer de un pasador que asegure que cierran completamente. Las puertas deberían tener un panel de visión con un cristal resistente al fuego, y también tiras dilatables al contacto con el calor o precintos de barrera para el humo.
- 3 El mobiliario, los aparatos fijos y los accesorios deben cumplir con las normativas contra incendios.
- 4 Deben disponer de sistemas de detección automática de fuego apropiados.
- 5 Aunque una buena extracción por ventilación reduce los efectos del humo del tabaco, no garantiza una prevención completa ante la exposición. Los sistemas de ventilación deberían proporcionar una tasa de ventilación mínima de 36 litros de aire exterior por persona y por segundo.
- 6 Debe haber ceniceros apropiados, estables y no combustibles.
- 7 Deben llevarse a cabo controles regulares, especialmente por la noche, para asegurar que todo está correcto y que todos los ceniceros, papeleras, etc. se vacían de forma segura y apropiada.
- 8 La sala debe tener un diseño austero, y sin televisión, para reducir el tiempo de permanencia en ella.
- 9 Deben designarse sus tiempos de uso y de limpieza.

Apéndice 4

Propuesta para la planificación de una estrategia sin humo. Elementos clave

(Adaptación del documento *Clearing the Air* [King's Fund, julio de 2006] según la experiencia de cinco unidades psiquiátricas sin humo)

- 1 Llevar a cabo consultas con grupos de personal y pacientes con el fin de explicar las razones para la introducción de la nueva política, y que éstos puedan exponer sus miedos y objeciones.
- 2 Es necesario llevar a cabo acciones periódicas de sensibilización destinadas al personal sanitario que vengan apoyadas fuertemente por gerencia/dirección y por los jefes del servicio o dispositivo.
- 3 Hay que informar al personal, los usuarios y los visitantes del servicio sobre la prohibición de fumar mediante pósters, carteles y folletos informativos, y realizar recordatorios sobre la prohibición en encuentros con grupos de pacientes.
- 4 Deben llevarse a cabo sesiones de formación para el personal sobre el cese del hábito tabáquico y su tratamiento farmacológico, sobre distinción entre síntomas de la enfermedad mental y del síndrome de abstinencia, y sobre diferentes modalidades de manejo de los pacientes.
- 5 Hay que educar al personal y a los pacientes sobre los efectos del fumar en la salud y su interacción con la medicación y los trastornos psiquiátricos.
- 6 Esta actividad debe estar coordinada con los servicios de cesación tabáquica existentes.

- 7 Debe ponerse a disposición del personal y de los pacientes tratamiento farmacológico, consejo y apoyo para el abandono del tabaco.
- 8 Hay que planificar el cierre de la zona interior de fumadores y su sustitución por áreas exteriores seguras.
- 9 Puede potenciarse la creación de actividades alternativas que interesen a los pacientes.
- 10 Es necesario coordinarse con los equipos de salud mental comunitarios para llevar a cabo un seguimiento al alta que permita mantener los cambios logrados respecto al consumo de tabaco, y para detectar aquellos casos que recaigan y la influencia de este hecho sobre el efecto de la medicación psicotrópica.

REFERENCIAS

Brosnan, L. (2006). *What Part of the Picture? Perspectives of Service Users and Carers on Partnerships within Mental Health Services*. Galway: Western Alliance for Mental Health.

Comisión Europea. (2005). *Libro verde sobre salud mental. Promoción de la salud mental de la población. Hacia una estrategia de salud mental en la Unión Europea*. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. (2006). *Salut mental i qualitat de vida*. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/salmental.pdf>

Department of Health and Children. (1978). *The Tobacco Products (Control of Advertising, Sponsorship and Sales promotion) Act*. Dublin: Government Publications Office.

Department of Health and Children. (1988). *The Tobacco (Health Promotion and Protection) Act*. Dublin: Government Publications Office.

Department of Health and Children. (1995). *Safety, Health and Welfare at Work (Signs) Regulations*. Dublin: Government Publications Office.

Department of Health & Children. (2001). *Quality and Fairness: A Health System for You*. Dublin: Stationery Office.

Department of Health and Children. (2002). *Public Health (Tobacco) Act 2002*, Number 6 of 2002. Dublin: Government Publications Office.

Department of Health and Children. (2004). *Public Health (Tobacco) (Amendment) Act 2004*, Number 6 of 2004. Dublin: Government Publications Office.

Department of Health and Children. (2005). *Safety, Health and Welfare at Work Act*. Dublin: Government Publications Office.

Department of Health and Children. (2006). *A Vision for Change - Report of the Expert Group on Mental Health Policy*. Dublin: Department of Health and Children. Disponible en: http://www.dohc.ie/issues/enterprise_liability/cis.html

Department of Health and Social Services. (1998). *Smoking kills – A White Paper on Tobacco*. London: Her Majesty's Stationary Office.

Hackshaw, A.K.; Law, M.R.; Wald, N.J. (1997). The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *British Medical Journal*. 315: 980-8.

Health Development Agency. (2001). *Where do we go from here? Tobacco Control Policies within Psychiatric and Long-stay Units*. London, HDA.

Health Service Executive. (2005). *HSE Corporate Plan 2005-2008*. Dublin: Health Service Executive.

Irish Heart Foundation (I.H.F.). (1997). *Going smoke-free. How to introduce a smoking control policy in the workplace*. Dublin: I.H.F. Publication.

Jochelson, K.; Majrowski, B. (2006). *Cleaning the air: debating smoke-free policies in psychiatric units*. London: King's Fund Survey.

Ley 20/1985, de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia. DOGC n° 572, de 7-8-1985.

Ley 10/1991, de 10 de mayo, de modificación de la Ley 20/1985, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia. DOGC n° 1445, de 22-5-1991.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales. BOE n° 269, de 10 de noviembre.

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. BOE n° 309, de 27 de diciembre.

McNeill, A. (2001). *Smoking and Mental Health – a Review of the Literature*. London: Smoke-free London/ASH.

Mulcahy, M.; Evans, D.S.; Hammond, S.K.; Repace, J.L.; Byrne, M. (2005). *Second-hand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary nicotine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars*. *Tobacco Control*. 14; 384-8.

Office of Tobacco Control. (2003). *Report on the health effects of Environmental Tobacco Smoke (E.T.S.) in the workplace*. Kildare, OTC.

Office of Tobacco Control. *Guidance for Employers and Managers – Public Health (Tobacco) Acts 2002 & 2004 Section 47 – Smoking Prohibitions*.

Office of Tobacco Control. (2006). *Ireland: Current trends in cigarette smoking*. Disponible en: http://www.otc.ie/research_reports.asp#cigarette

Organización Mundial de la Salud. (1999). *World Health Report*. Geneva: WHO.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *European Network for Smoke Free Psychiatric Hospitals: A strategic plan to reduce tobacco use in psychiatric hospitals*. Paris: Réseau Hospital sans Tobac.

WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Finland. (2005). *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhagen: WHO Europe Regional Office.