

ORIGINAL

## Formación en tabaco y alcohol de residentes de salud mental: Relación con su intervención clínica

### *Training mental health residents in tobacco and alcohol: Relationship with their clinical intervention*

SÍLVIA MONDON<sup>\*†</sup>, ANTÒNIA RAICH<sup>\*\*†</sup>, CONCEPCIÓ MARTÍ<sup>\*\*\*</sup>, ESTEVE FERNÁNDEZ<sup>\*\*\*\*</sup>, MONTSE BALLBÈ<sup>\*\*\*\*\*</sup>, GRUPO DE TRABAJO DE TABACO Y SALUD MENTAL DE LA RED CATALANA DE HOSPITALES SIN HUMO<sup>††</sup>.

\* Unidad de Adicciones. Servicio de Psiquiatría. Instituto Clínico de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, España.

\*\* División de Salud Mental. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Grup SAMIS. Manresa, España.

\*\*\* Servicio de Salud Mental y Adicciones. Fundació Sanitària Mollet. Mollet del Vallès, España.

\*\*\*\* Unidad de Control del Tabaco. Programa de Prevención y Control del Cáncer. Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat, España.

\*\*\*\* Grupo de Prevención y Control del Cáncer. Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge – IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat, España.

\*\*\*\* Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES). Madrid, España.

\*\*\*\* Departamento de Ciencias Clínicas. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat, España.

† Ambas autoras han contribuido por igual a este trabajo.

†† Los miembros de este grupo también son, por orden alfabético: Laura Antón, Eugeni Bruguera, Margarita Cano, Margarita de Castro-Palomino, Montserrat Contel, Rosa Hernández-Ribas, Rosa Díaz, Isabel Fera, Teresa Fernández, Francina Fonseca, Carmen Gómez, Imma Grau, Antoni Gual, Ana Molano, Gemma Nieva, M. Cristina Pinet, Maite Sanz, Susana Subirà, Josep Maria Suelves, Araceli Valverde, Antonieta Vidal.

### Resumen

El objetivo del estudio es analizar la intervención breve 5As en tabaco y alcohol de los profesionales sanitarios residentes de salud mental y analizar su relación con la formación recibida y/o con su propio consumo. Se trata de un estudio transversal en el que se administró un cuestionario autoinformado a residentes de primer año de salud mental de Cataluña de 2016 a 2019 (médicos, psicólogos y enfermeras). Se realizó un análisis descriptivo de las variables y comparación de proporciones a través de pruebas chi-cuadrado. Contestaron 154 profesionales, la mitad no había recibido ninguna formación universitaria sobre intervención en tabaquismo (46,8%), ni en consumo de alcohol (53,2%). Los que sí la habían recibido, aconsejaban, evaluaban y ayudaban a dejar de fumar a sus pacientes con mayor frecuencia ( $p = 0,008$ ,  $p = 0,037$  y  $p = 0,039$ ; respectivamente). Los que habían recibido formación en alcohol, aplicaban más consejo, evaluación y deshabituación sobre el alcohol a sus pacientes ( $p < 0,001$ ;  $p = 0,001$ ; y  $p < 0,001$ ; respectivamente). En global, ayudaban más a dejar o reducir el alcohol que el tabaco ( $p < 0,001$ ). Un 60,1% de todos ellos nunca o raramente ayudaba a sus pacientes a dejar de fumar y un 34,6% en el caso

### Abstract

The objective of this study is to describe how mental health professionals in training (residents) apply the brief intervention (5As) on the tobacco and alcohol consumption to their patients, and if this is related to the training received and/or their own consumption. This is a cross-sectional study in which a self-reported questionnaire was administered to first-year residents of mental health professionals in Catalonia (2016-2019) (psychiatrists, psychologists and nurses). We performed a descriptive analysis of the variables and we applied a chi-square test for the comparison of proportions. 154 professionals completed the questionnaire. Half of them had not received any university training on intervention in smoking (46.8%) or in alcohol consumption (53.2%). Those who had received it, advised, assessed and helped their patients to quit smoking more frequently ( $p = 0.008$ ,  $p = 0.037$  and  $p = 0.039$ , respectively). Those who had received training in alcohol intervention gave advice, performed assessments and offered help to quit/reduce alcohol among their patients more frequently ( $p < 0.001$ ,  $p = 0.001$ , and  $p < 0.001$ , respectively). Residents usually helped more to quit or reduce alcohol than to quit tobacco ( $p < 0.001$ ). 60.1% of them never or rarely helped their patients

■ Recibido: Mayo 2022; Aceptado: Octubre 2022.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

### ■ Enviar correspondencia a:

Antònia Raich. Hospital Sant Joan de Déu de Manresa. C/ Dr. Joan Soler s/n. Manresa, 08280 Barcelona.  
E-mail: araich@althaia.cat

del alcohol. Las enfermeras intervenían más en tabaquismo que en alcohol, hubieran recibido o no formación universitaria. El estudio concluye que la poca formación universitaria recibida por los profesionales se asocia con una frecuencia baja de intervención sobre sus pacientes, sin que exista relación entre el nivel de intervención y su propio consumo.

**Palabras clave:** enseñanza, internado y residencia, tabaco, consumo de bebidas alcohólicas, salud mental

El consumo de tabaco y alcohol son dos de las causas de morbilidad más importantes en los países desarrollados (WHO, 2009; WHO, 2018). Los pacientes con patologías psiquiátricas presentan una prevalencia de tabaquismo muy superior a la población general (Guydish et al., 2011; Lasser et al., 2000). Existe evidencia sobre la relación del tabaquismo con la disminución de la esperanza de vida de los pacientes psiquiátricos (Colton y Manderscheid, 2006) y el empeoramiento de su patología psiquiátrica (Jones, Thornicroft, Coffey y Dunn, 1995; Montoya, Herbeck, Svikis y Pincus, 2005). Se observa también que los pacientes con enfermedades mentales son más vulnerables a presentar consumos de riesgo de alcohol (Arias et al., 2016) con las consecuencias que ello comporta tanto en una peor evolución de su patología psiquiátrica (Venable, Carey, Carey y Maisto, 2003) como un empeoramiento significativo de su salud física (Gual, Bravo, Lligona y Colom, 2009). Una de las principales dificultades para que los fumadores abandonen su consumo es la falta de motivación para hacerlo. Por ello, el consejo de un profesional sanitario juega un papel importante en la abstinencia tabáquica y en la reducción del consumo de riesgo de alcohol. La intervención breve propuesta por la OMS, basada en las 5A (Ask: Preguntar por el consumo; Advice: Aconsejar dejar/reducir el consumo; Assess: Evaluar la disposición al cambio; Assist: Ayudar en el cambio; Arrange: Acordar seguimiento), e implementada por profesionales sanitarios ha mostrado eficacia respecto al cambio de hábitos en el consumo de tabaco y alcohol (Fiore et al., 2008; Kaner et al., 2009), y debería ser prioritaria con este grupo de pacientes. La aceptación social que el consumo de alcohol y el tabaco han tenido históricamente en nuestra cultura dificulta la percepción de riesgo en la población general, percepción compartida a menudo por algunos profesionales sanitarios. Si añadimos a ello las carencias en la formación respecto a adicciones en el sistema universitario (Richmond, Zwar, Taylor, Hunnisett y Hyslop, 2009), todo ello podría explicar una falta de implicación de los profesionales sanitarios en el abordaje de estos temas (Carson et al., 2012). El consumo de tabaco y alcohol de los profesionales sanitarios podría tener también un peso importante, tanto en mantener la aceptación social de estos consumos, puesto que son profesiones con un rol modélico a nivel social, como en lo que se refiere a las intervenciones en su práctica profesional. Numerosos estudios han mostrado que los pro-

to stop smoking and 34.6% rarely helped in the case of alcohol. In general, nurses did more intervention for tobacco than alcohol use, regardless of the training received. The lack of training of professionals in tobacco and alcohol intervention at university is related to a lack of intervention on patients in their professional practice, regardless of their own consumption.

**Keywords:** teaching, internship and residency, tobacco, alcohol drinking, mental health

fesionales sanitarios fumadores se implican menos y hacen menos intervenciones con sus pacientes que los no fumadores, incluyendo el consejo mínimo, y que cuando lo hacen, obtienen peores resultados (Juárez-Jiménez, Pérez-Milena, Valverde-Bolívar y Rosa-Garrido, 2015a). Por otra parte, no se han encontrado estudios que relacionen la formación universitaria recibida y el nivel de intervención en tabaco y alcohol específicamente, aunque algún estudio apunta a que dicha intervención se da con mayor frecuencia cuando el profesional se siente más formado en estos campos (Herrero, Segura, Martínez, García y Torre, 2018; Zafra-Ramírez, Pérez-Milena, Valverde-Bolívar, Rodríguez-Bayón y Delgado-Rodríguez, 2019).

El objetivo de este estudio fue describir la intervención sobre el consumo de tabaco y alcohol por parte de los profesionales en formación especializada sanitaria (residentes) en salud mental y analizar si está relacionada con la formación recibida en sus planes de estudios universitarios, con su rol profesional y/o con su consumo de tabaco y alcohol.

## Métodos

Se realizó un estudio observacional transversal mediante un cuestionario autoinformado administrado en mayo de 2016, 2017, 2018 y 2019. La población diana fueron todos los profesionales sanitarios residentes de primer año del ámbito de salud mental de Cataluña (graduados en Medicina cursando la especialidad de psiquiatría, en Psicología cursando la especialidad de psicología clínica y graduados en enfermería cursando la especialidad de salud mental). En España, la especialidad en salud mental se realiza exclusivamente para médicos, psicólogos y enfermeras. Así pues, la población diana consistió en 363 residentes de primer año (de 2016 a 2019) de psiquiatría, psicología clínica y enfermería especialista en salud mental.

El cuestionario, anónimo, se entregó justo antes de iniciar una sesión conjunta de formación (de tres horas de duración) de todos los residentes de primer año en las tres especialidades, de obligada asistencia, sobre abordaje del tabaco y el alcohol. El cuestionario fue elaborado *ad hoc* por un grupo de expertos multidisciplinario, consta de 27 ítems en los que se incluyen: datos sociodemográficos (3 ítems); formación recibida sobre tabaco y alcohol durante su carrera universitaria (3 ítems); intervención que realizan habitualmente con sus pacientes en tabaco (6 ítems) y

alcohol (6 ítems), basado en la intervención de las 5 As recomendada por la OMS. Para cada una de las acciones de la intervención basada en las 5 As se ofrecían cinco opciones de respuesta según si realizaban esa acción “Siempre”, “Frecuentemente”, “A veces”, “Raramente” o “Nunca”. En el cuestionario también se incluyeron preguntas sobre hábitos de consumo de tabaco y alcohol del profesional, evaluando el nivel de dependencia al tabaco mediante el *Heaviness of Smoking Index (HSI)* (Heatherton, Kozlowski, Frecker, Rickert y Robinson, 1989) y al alcohol mediante el test AUDIT (Pérua de Torres et al., 2005). Se describió el consumo de alcohol mediante Unidades de Bebida Estándar (UBE), donde 1 UBE son 10 gr. de alcohol.

Se realizó un análisis descriptivo de las principales variables calculando la frecuencia y porcentaje de las variables cualitativas y la media y desviación estándar para las variables cuantitativas. Para comparar proporciones se utilizó la prueba de Chi cuadrado fijando la significación estadística en  $p < 0,05$ . Las cinco opciones de respuesta para cada una de las acciones de la intervención basada en las 5 As se agruparon en tres categorías: “Siempre/Frecuentemente”, “A veces” y “Nunca/Raramente”.

El trabajo se llevó a cabo en conformidad con el Código de Ética de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki de 1975).

Todos los análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico SPSS 20.0 (SPSS Inc, Chicago IL, USA).

## Resultados

De los 363 residentes de primer año en salud mental (de 2016, 2017, 2018 y 2019), 169 participaron en las sesiones formativas sobre tabaco y alcohol. Obtuvimos respuesta al cuestionario de 154 (50 médicos, 38 psicólogos y 66 enfermeras) con una tasa de respuesta del 91,1%. La distribución por años fue de 44 en el año 2016, 48 en 2017, 29 en 2018 y 33 en el 2019, sin diferencias en la distribución por profesión (datos no mostrados).

Como se observa en la Tabla 1, la edad media fue de 26,5 años (DE: 3,8); el 78,8% eran mujeres, el 16,3% eran fumadores (18,4% psicólogos, 18,4% médicos y 13,6% enfermeras). Según el HSI el 90% presentaba dependencia baja y el 10% dependencia media. La media de intentos de dejar de fumar entre todos los fumadores fue de 1,3 (DE: 1,1) y el 25,7% no había realizado nunca ningún intento. En cuanto al alcohol, el 79,1% (85,7% médicos, 78,9% psicólogos y 74,2% enfermeras), informaron que bebían, aunque el consumo era moderado, una media de 3 UBE los días festivos y 0,4 los laborables. No se hallaron diferencias significativas en el nivel de consumo ni de alcohol ni de tabaco entre hombres y mujeres (datos no mostrados).

En cuanto a la formación recibida en sus estudios universitarios, el 46,8% no había recibido ninguna formación en intervención en tabaquismo, siendo las enfermeras las

que más formación habían recibido (el 59,1% sí había recibido formación). En cuanto a la formación en intervención en alcohol, el 53,2% informó no haber recibido ninguna formación, siendo las enfermeras las que menos (36,4% sí tuvo formación) y los psicólogos los que más (55,3% sí tuvo formación). En cuanto a otras drogas tan solo el 37,0% había recibido formación (Tabla 1).

Respecto a la intervención en su lugar de trabajo, observamos que, en global, se interviene mucho más en alcohol que en tabaco en todos los niveles de intervención (Tabla 2).

Asimismo, se realizó un análisis comparativo entre los distintos niveles de intervención y la formación recibida. Los resultados mostraron que tanto en tabaco como en alcohol no existía relación entre la formación recibida y la frecuencia en que preguntaban y anotaban el consumo. Mientras que el nivel de intervención aconsejando, valorando la disposición a dejarlo y ayudando a la cesación mostraba diferencias claramente significativas en función de la formación recibida, tanto en tabaco como en alcohol. Es decir, menor frecuencia de intervención en los residentes que no recibieron formación durante la carrera universitaria: tanto si hablamos de dar consejo ( $p = 0,008$  y  $p < 0,001$  para tabaco y alcohol respectivamente), como de evaluar la disposición del paciente al cambio ( $p = 0,037$  y  $p = 0,001$ ), como de ayudar al cambio con pautas precisas ( $p = 0,039$  y  $p < 0,001$ ) y realizar un seguimiento ( $p = 0,071$  y  $p < 0,001$ ) (Tabla 4).

En el análisis de la intervención por grupos profesionales en fumadores, observamos que los que menos preguntaban eran los psicólogos. El 63,2% de ellos preguntaba sobre el tabaco siempre o casi siempre, mientras que el 87,7% del resto de profesionales sí lo hacía. En cuanto al consejo, tan sólo un 8,1% de los psicólogos lo daba siempre o casi siempre mientras que entre las enfermeras era el 34,8% y los médicos el 13,3%. El 73,5% de los médicos y el 71,1% de los psicólogos refirió no ayudar nunca o raramente a sus pacientes a dejar de fumar y un 22,4% y un 26,3% respectivamente, a veces. Tan sólo el 4,1% de los médicos y el 2,6% de los psicólogos reportó realizar esta ayuda siempre o casi siempre, mientras que las enfermeras afirmaron hacerlo un 25,8%. Respecto a acordar un seguimiento, un 33,3% de los psicólogos lo realizaban siempre o casi siempre mientras que las enfermeras un 47,0% y los médicos un 22,9% (Tabla 3).

Por lo que respecta a la intervención en consumo de alcohol, los psicólogos preguntaban siempre o casi siempre un 86,8% de ellos, frente a un 87,9% de las enfermeras y un 96,0% de los médicos; aconsejaban siempre o casi siempre el 51,4% de los psicólogos, el 48% de los médicos, el 31,8% de las enfermeras. En cuanto a la evaluación de la motivación para dejar o reducir el alcohol, el 62,2% de los psicólogos la realizaba siempre o casi siempre, frente al 52,0% de los médicos y el 42,4% de las enfermeras; respecto a la ayuda para cambiar el consumo de alcohol el 46,0%

**Tabla 1**  
*Características sociodemográficas y conductuales de los participantes*

Variable	Todos % (n)	Psiquiatras % (n)	Psicólogos/as % (n)	Enfermeros/as % (n)
Todos	100% (154)	32,5 (50)	24,6 (38)	42,9 (66)
Sexo				
Hombre	21,2 (32)	28,0 (14)	18,9 (7)	16,9 (11)
Mujer	78,8 (119)	70,0 (35)	63,1 (30)	83,1 (54)
Edad (media, DE)	26,5 (3,8)	27,1 (3,3)	26,8 (2,2)	26,0 (4,4)
Consumo de tabaco				
Nunca fumadores	70,6 (108)	69,4 (34)	71,1 (27)	71,2 (47)
Exfumadores	13,1 (20)	12,2 (6)	10,5 (4)	15,2 (10)
Fumadores	16,3 (25)	18,4 (9)	18,4 (7)	13,6 (9)
Bebe alcohol				
Sí	79,1 (121)	85,7 (42)	78,9 (30)	74,2 (49)
No	20,9 (32)	14,3 (7)	21,1 (8)	25,8 (17)
UBEs en días laborables (media, DE)	0,4 (0,6)	0,6 (0,8)	0,3 (0,5)	0,2 (0,5)
UBEs días festivos (media, DE)	3,0 (2,4)	3,0 (1,8)	2,9 (1,9)	2,9 (3,1)
Formación en tabaquismo en la Universidad				
Sí	53,2 (82)	56,0 (28)	39,5 (15)	59,1 (39)
No	46,8 (72)	44,0 (22)	60,5 (23)	40,9 (27)
Formación en consumo de alcohol en la universidad				
Sí	46,8 (72)	46,0 (23)	55,3 (21)	36,4 (24)
No	53,2 (82)	54,0 (27)	44,7 (17)	63,6 (42)
Formación en otras drogas en la universidad				
Sí	37,0 (57)	40,0 (20)	44,7 (17)	30,3 (20)
No	63,0 (97)	60,0 (30)	55,3 (21)	69,7 (46)

Nota. n = 154.

1 UBE = 10gr de alcohol.

**Tabla 2**  
*Utilización de la intervención 5As para el consumo de tabaco y el consumo de alcohol de los participantes*

Variable	Tabaco % (n)	Alcohol % (n)	p*
Preguntar (Ask)			<b>&lt;0,001</b>
Siempre / Frecuentemente	87,7 (135)	90,3 (139)	
A veces	7,1 (11)	7,8 (12)	
Nunca / Raramente	5,2 (8)	1,9 (3)	
Aconsejar (Advice)			<b>&lt;0,001</b>
Siempre / Frecuentemente	22,7 (33)	41,8 (64)	
A veces	31,6 (48)	36,6 (56)	
Nunca / Raramente	46,7 (71)	21,6 (33)	
Evaluar la disposición para el cambio (Assess)			<b>&lt;0,001</b>
Siempre / Frecuentemente	27,9 (43)	50,3 (77)	
A veces	33,8 (52)	31,4 (48)	
Nunca / Raramente	38,3 (59)	18,3 (28)	
Ayudar (Assist)			<b>&lt;0,001</b>
Siempre / Frecuentemente	13,1 (20)	32,7 (50)	
A veces	26,8 (41)	32,7 (50)	
Nunca / Raramente	60,1 (92)	34,6 (53)	
Acordar seguimiento (Arrange)			<b>&lt;0,001</b>
Siempre / Frecuentemente	36,0 (54)	50,0 (76)	
A veces	22,7 (34)	27,0 (41)	
Nunca / Raramente	41,3 (62)	23,0 (35)	
Registra el consumo			<b>0,009</b>
Siempre / Frecuentemente	76,0 (117)	83,1 (128)	
A veces	12,3 (19)	9,7 (15)	
Nunca / Raramente	11,7 (18)	7,1 (11)	

Nota. n = 154.

Algunas cifras no suman el total debido a algunos valores perdidos.

\*Prueba de Chi cuadrado.

**Tabla 3**  
*Utilización de la intervención 5As para el consumo de tabaco y alcohol según la profesión*

<b>Variable</b>	<b>Todos % (n)</b>	<b>Psiquiatras % (n)</b>	<b>Psicólogos/as % (n)</b>	<b>Enfermeros/as % (n)</b>
Todos	100% (154)	32,5 (50)	24,6 (38)	42,9 (66)
<b>TABACO</b>				
Preguntar (Ask)				
Siempre / Frecuentemente	87,7 (135)	98,0 (49)	63,2 (24)	93,9 (62)
A veces	7,1 (11)	0	23,7 (9)	3,0 (2)
Nunca / Raramente	5,2 (8)	2,0 (1)	13,2 (5)	3,0 (2)
Aconsejar (Advice)				
Siempre / Frecuentemente	21,7 (33)	13,3 (7)	8,1 (3)	34,8 (23)
A veces	31,6 (48)	26,5 (13)	18,9 (7)	42,4 (28)
Nunca / Raramente	46,7 (71)	59,2 (29)	73,0 (27)	22,7 (15)
Evaluar la disposición para el cambio (Assess)				
Siempre / Frecuentemente	27,9 (46)	18,0 (9)	7,9 (3)	47,0 (31)
A veces	33,8 (52)	34,0 (17)	31,6 (12)	34,8 (23)
Nunca / Raramente	38,3 (59)	48,0 (24)	60,5 (23)	18,2 (12)
Ayudar (Assist)				
Siempre / Frecuentemente	13,1 (20)	4,1 (2)	2,6 (1)	25,8 (17)
A veces	26,8 (41)	22,4 (11)	26,3 (10)	30,3 (20)
Nunca / Raramente	60,1 (92)	73,5 (36)	71,1 (27)	43,9 (29)
Acordar seguimiento (Arrange)				
Siempre / Frecuentemente	36,0 (54)	22,9 (11)	33,3 (12)	47,0 (31)
A veces	22,7 (34)	16,7 (8)	11,1 (4)	33,3 (22)
Nunca / Raramente	41,3 (62)	60,4 (29)	55,6 (20)	19,7 (13)
Registra el consumo				
Siempre / Frecuentemente	76,0 (117)	84,0 (42)	50,0 (19)	84,8 (56)
A veces	12,3 (19)	10,0 (5)	15,8 (6)	12,1 (8)
Nunca / Raramente	11,7 (18)	6,0 (3)	34,2 (13)	3,0 (2)
<b>ALCOHOL</b>				
Preguntar (Ask)				
Siempre / Frecuentemente	90,3 (139)	96,0 (48)	86,8 (33)	87,9 (58)
A veces	7,8 (12)	4,0 (2)	10,5 (4)	9,1 (6)
Nunca / Raramente	1,9 (3)	0	2,6 (1)	3,0 (2)
Aconsejar (Advice)				
Siempre / Frecuentemente	41,8 (64)	48,0 (24)	51,4 (19)	31,8 (21)
A veces	36,6 (56)	40,0 (20)	18,9 (7)	43,9 (29)
Nunca / Raramente	21,6 (33)	12,0 (6)	29,7 (11)	24,2 (16)
Evaluar la disposición para el cambio (Assess)				
Siempre / Frecuentemente	50,3 (77)	52,0 (26)	62,2 (23)	42,4 (28)
A veces	31,4 (48)	32,0 (16)	18,9 (7)	37,9 (25)
Nunca / Raramente	18,9 (28)	16,0 (8)	18,9 (7)	19,7 (13)
Ayudar (Assist)				
Siempre / Frecuentemente	34,6 (53)	46,0 (23)	37,8 (14)	24,2 (16)
A veces	32,7 (50)	28,0 (14)	18,9 (7)	43,9 (29)
Nunca / Raramente	32,7 (50)	26,0 (13)	43,2 (16)	31,8 (21)
Acordar seguimiento (Arrange)				
Siempre / Frecuentemente	50,0 (76)	58,0 (29)	55,6 (20)	40,9 (27)
A veces	27,0 (41)	22,0 (11)	11,1 (4)	39,4 (26)
Nunca / Raramente	23,0 (35)	20,0 (10)	33,3 (12)	19,7 (13)
Registra el consumo				
Siempre / Frecuentemente	83,1 (128)	94,0 (47)	65,8 (25)	84,8 (56)
A veces	9,7 (15)	4,0 (2)	15,8 (6)	10,6 (7)
Nunca / Raramente	7,1 (11)	2,0 (1)	18,4 (7)	4,5 (3)

Nota. n = 154.

Tabla 4

Utilización de la intervención 5As en tabaco y alcohol según la formación recibida en la universidad

Variable	Todos n=154 % (n)	Formación en la universidad Tabaco n=82; Alcohol n=72 Sí % (n)	Formación en la universidad Tabaco n=72; Alcohol n=82 NO % (n)	p*
<b>TABACO</b>				
Preguntar (Ask)				0,858
Siempre / Frecuentemente	87,7 (135)	86,6 (71)	88,9 (64)	
A veces	7,1 (11)	7,3 (6)	6,9 (5)	
Nunca / Raramente	5,2 (8)	6,1 (5)	4,2 (3)	
Aconsejar (Advice)				0,008
Siempre / Frecuentemente	21,7 (33)	31,7 (26)	12,5 (9)	
A veces	31,6 (48)	32,9 (27)	29,2 (21)	
Nunca / Raramente	46,7 (71)	35,4 (29)	58,3 (42)	
Evaluar la disposición para el cambio (Assess)				0,037
Siempre / Frecuentemente	27,9 (46)	36,6 (30)	18,1 (13)	
A veces	33,8 (52)	30,5 (25)	37,5 (27)	
Nunca / Raramente	38,3 (59)	32,9 (27)	44,4 (32)	
Ayudar (Assist)				0,039
Siempre / Frecuentemente	13,1 (20)	16,0 (13)	9,7 (7)	
A veces	26,8 (41)	33,3 (27)	19,4 (14)	
Nunca / Raramente	60,1 (92)	50,6 (41)	70,8 (51)	
Acordar seguimiento (Arrange)				0,071
Siempre / Frecuentemente	36,0 (54)	43,0 (34)	28,2 (20)	
A veces	22,7 (34)	24,1 (19)	21,1 (15)	
Nunca / Raramente	41,3 (62)	32,9 (26)	50,7 (36)	
Registra el consumo				0,398
Siempre / Frecuentemente	76,0 (117)	72,0 (59)	80,6 (58)	
A veces	12,3 (19)	13,4 (11)	11,1 (8)	
Nunca / Raramente	11,7 (18)	14,6 (12)	8,3 (6)	
<b>ALCOHOL</b>				
Preguntar (Ask)				0,237
Siempre / Frecuentemente	90,3 (139)	93,1 (67)	87,8 (72)	
A veces	7,8 (12)	6,9 (5)	8,5 (7)	
Nunca / Raramente	1,9 (3)	0	3,7 (3)	
Aconsejar (Advice)				<0,001
Siempre / Frecuentemente	41,8 (64)	58,3 (42)	27,2 (22)	
A veces	36,6 (56)	26,4 (19)	45,7 (37)	
Nunca / Raramente	21,6 (33)	15,3 (1)	27,2 (22)	
Evaluar la disposición para el cambio (Assess)				0,001
Siempre / Frecuentemente	50,3 (77)	66,7 (48)	35,8 (29)	
A veces	31,4 (48)	19,4 (14)	42,0 (34)	
Nunca / Raramente	18,9 (28)	13,9 (10)	22,2 (18)	
Ayudar (Assist)				<0,001
Siempre / Frecuentemente	34,6 (53)	51,4 (37)	19,8 (16)	
A veces	32,7 (50)	26,4 (19)	38,3 (31)	
Nunca / Raramente	32,7 (50)	22,2 (16)	42,0 (34)	
Acordar seguimiento (Arrange)				<0,001
Siempre / Frecuentemente	50,0 (76)	72,2 (52)	30,0 (24)	
A veces	27,0 (41)	12,5 (9)	40,0 (32)	
Nunca / Raramente	23,0 (35)	15,3 (11)	30,0 (24)	
Registra el consumo				0,241
Siempre / Frecuentemente	83,1 (128)	86,1 (62)	80,5 (66)	
A veces	9,7 (15)	5,6 (4)	13,4 (11)	
Nunca / Raramente	7,1 (11)	8,3 (6)	,1 (5)	

Nota. Algunas cifras no suman el total debido a algunos valores perdidos.

\*Prueba de Chi cuadrado.

de los médicos decían hacerlo siempre o casi siempre frente al 37,8% de los psicólogos y el 24,2% de las enfermeras; acordar un seguimiento lo realizaban el 58,0% de médicos, el 55,6% de psicólogos y el 40,9% de enfermeras (Tabla 3).

Cuando analizamos el nivel de intervención en función del género del profesional no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la frecuencia de intervención, tanto para la intervención en tabaco como en alcohol, con excepción de la variable *preguntar al paciente si bebe*, en la que las mujeres lo realizan siempre o frecuentemente, más habitualmente que los hombres (92,4% vs 81,3%;  $p = 0,028$ ).

Si analizamos la relación entre grupo profesional, formación e intervención observamos que en cuanto al tabaco la variable más relevante es la profesión, con un nivel de significación de ( $p = 0,007$ ), mientras que para el alcohol la variable más relevante es haber recibido formación ( $p < 0,001$ ).

Cuando analizamos la relación entre la variable consumo del profesional y nivel de intervención no se observó una relación significativa ni en tabaco, ni en alcohol.

## Discusión

Según los resultados de este estudio, el nivel de intervención sistemática de los profesionales sobre el consumo de tabaco y alcohol en pacientes en tratamiento por trastornos de salud mental es bajo, siendo en global ligeramente superior la intervención sobre alcohol que sobre tabaco.

Para una precisa interpretación de los resultados es importante tener en cuenta las limitaciones de este estudio. Una de las principales limitaciones radica en la naturaleza autoreportada de los datos que podría sesgar los resultados si los residentes declararan una mayor intervención en sus pacientes y un menor consumo propio de tabaco y especialmente de alcohol. Por otra parte, la muestra de residentes puede estar sesgada, pues el 54,5% no acudieron a la formación y por tanto no participaron en el estudio. Estos residentes podrían no haber atendido a la formación por haber sido ya formados en el grado, por lo que la falta de formación y acaso la falta de práctica se estaría sobreestimando en los residentes estudiados. No obstante, el porcentaje de asistencia a esta formación es similar al de sesiones de otras temáticas dentro de este mismo ciclo de sesiones formativas. Finalmente, este trabajo ha relacionado el nivel de formación recibido por los profesionales con su nivel de intervención clínica, y aunque estar formado es condición principal y básica para intervenir, otras variables pueden estar influyendo en el nivel de intervención, por ejemplo, seguir el modelo de los profesionales seniors o seguir las prioridades marcadas por el centro en el que trabajan, entre otras razones no recogidas en este estudio. No obstante, los resultados se obtienen de profesionales que trabajan en diferentes centros sanitarios de Cataluña con diferentes si-

tuaciones y características, por lo que este aspecto podría tener efectos limitados.

Como fortalezas de este estudio es remarcable la alta tasa de respuestas al cuestionario de los residentes que acudieron a la formación y el hecho de ser de los pocos estudios en España que analizan la relación entre formación, intervención y hábitos de consumo en tabaco y alcohol de los residentes de salud mental.

A pesar de la evidencia científica existente sobre la importancia del consumo de tabaco y alcohol en los pacientes psiquiátricos (Callaghan et al., 2014; Callaghan, Gately, Sykes y Taylor, 2018; Petrakis, Gonzalez, Rosenheck y Krystal, 2002) hemos observado que menos de un 15% de los profesionales presta alguna ayuda para dejar de fumar de manera sistemática. En cuanto al alcohol, parece que el nivel de intervención es algo mayor (un 32%). Esta frecuencia, sin embargo, es muy similar a la que encuentran otros estudios, en los que también se pone de manifiesto un alto interés por recibir formación (Prochaska, Fromont y Hall, 2005). Respecto al género, en general, no hemos encontrado diferencias entre hombres y mujeres en la frecuencia de intervención. No obstante, los resultados se deben interpretar con cautela puesto que la muestra sólo incluye un 21% de hombres y quizás en una muestra total mayor se podrían observar algunas tendencias significativas.

La formación recibida se relaciona con el tipo de intervenciones que realiza el profesional. En nuestro estudio la relación parece ser negativa, es decir, haber recibido formación no se relaciona forzosamente con una mayor intervención, pero no haberla recibido sí que se relaciona con una menor intervención, tal como se ha evidenciado en otros estudios (Carson et al., 2012; Prochaska et al., 2008).

Alrededor de la mitad de los profesionales residentes de salud mental de primer año en Cataluña no han recibido en su carrera universitaria (Medicina, Psicología y Enfermería) ninguna formación en intervención en tabaco y alcohol, lo que parece traducirse en una ausencia de intervención sobre sus pacientes. Si tenemos en cuenta la relevancia que el consumo de tabaco y alcohol tienen en la salud de las personas que presentan trastornos mentales, tanto desde el punto de vista de prevalencia, como de morbimortalidad, así como de gravedad de la patología psiquiátrica, resulta incomprensible la escasa formación recibida, lo que probablemente sea debido a un decalaje entre los planes de estudios y la evidencia científica.

El porcentaje de residentes fumadores se encuentra por debajo del de la población general adulta (22,6% en Cataluña) (ESCA 2021, Generalitat de Catalunya, 2022) siendo similar al encontrado en otro estudio (Juárez-Jiménez, Valverde-Bolívar, Pérez-Milena y Moreno-Corredor, 2015b) con muestras de residentes. Destaca el hecho de que psicólogos y médicos en nuestra muestra son los que más fuman, aunque la prevalencia sigue siendo menor que en la población general. En el caso del alcohol, la mayor parte

de residentes son consumidores (79,1%) como se ha observado en otro estudio (Bolívar, Milena y Corredor, 2013), aunque en muy baja cantidad y frecuencia.

Cabe señalar que entre las enfermeras la prevalencia de fumadores es menor (13,6%) que en el resto de profesionales (18,4% en psicólogos y médicos).

Los psicólogos son los que realizan menos intervención en prácticamente todas las fases de las 5As y, aunque podría intervenir el factor formación, no son los que menos formación han recibido, puesto que el 50% manifiesta haber recibido formación. Tampoco parece influir el estatus del fumador como sí apuntan algunos estudios (Cerrada, Olmeda, Senande, Rodríguez y Cuesta, 2005; Juárez-Jiménez et al., 2015a). Existe pues un bajo nivel de intervención de los psicólogos lo cual resulta además paradójico, puesto que las intervenciones en tabaco y alcohol están fundamentadas básicamente en técnicas psicológicas (*counselling*, entrevista motivacional o estrategias conductuales y de reestructuración cognitiva en prevención de recaídas).

Llama la atención la formación recibida por los profesionales de enfermería: mientras que el 59,1% manifiesta haber recibido formación en tabaquismo, tan sólo el 36,4% dice haber recibido formación en abordaje del consumo de alcohol. Estos datos se traducen en un alto nivel de intervención en tabaquismo frente a un nivel menor de intervención en problemas de alcohol, cuando las habilidades y técnicas para la intervención, exceptuando el consumo grave de alcohol, son similares y la necesidad de intervención desde la promoción de la salud es la misma.

La intervención en tabaquismo en el ámbito de la salud mental en nuestro país es aún deficiente, tanto en intervención clínica, como en formación de los profesionales, entre otros aspectos (Ballbè et al., 2012). Las personas con trastornos mentales graves mueren una media de 25 años antes que la población general por enfermedades causadas o empeoradas por el tabaco (Bolívar et al., 2013; Colton y Manderscheid, 2006; Miller, Paschall y Svendsen, 2006). Así mismo, existe evidencia clara de que los pacientes con enfermedades mentales consumidores de tabaco y alcohol tienen peor evolución en su patología psiquiátrica (American Psychiatric Association, 2006). Sin embargo, no parece que todo ello haya generado cambios, ni en el ámbito de la formación ni en el de la práctica clínica. Los resultados de este estudio muestran la necesidad de introducir variaciones en los aprendizajes que realizan los profesionales de salud mental puesto que la formación estaría asociada a un aumento de la intervención, así como a una respuesta distinta en las actitudes frente a esta intervención (Payne et al., 2014; Prochaska et al., 2008).

Es importante, pues, incorporar la intervención en tabaco y alcohol, así como de otras drogas, en el currículo universitario de las profesiones sanitarias para fomentar una mayor sensibilización y aumentar el nivel de intervención

clínica lo cual aumentaría la calidad y la esperanza de vida de una población altamente vulnerable.

## Conclusiones

La formación universitaria sobre intervención en el consumo de tabaco y alcohol recibida por los profesionales del ámbito de la salud mental se asocia directamente con la frecuencia de intervención sobre sus pacientes en su práctica clínica habitual, siendo los profesionales que recibieron más formación en sus estudios de grado los que más intervenían. El rol profesional mostró diferencias, siendo las enfermeras las que realizaban intervenciones con mayor frecuencia en tabaco y los médicos en alcohol. El estatus de consumo de tabaco y alcohol de los profesionales no ha mostrado relación con el nivel de intervención. Dado que tan solo la mitad de los profesionales habían recibido formación en este ámbito y debido a la importancia de este tipo de intervención para la salud pública, sería recomendable revisar los currículos universitarios de las profesiones sanitarias.

## Reconocimientos

Los autores quieren agradecer a todos los residentes de salud mental su colaboración en la cumplimentación de los cuestionarios de este estudio.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses con este trabajo.

## Financiación

E. Fernández y M. Ballbè reciben financiación del Departamento de Universidades e Investigación de la Generalitat de Catalunya (2017SGR319) y agradecen el apoyo del programa CERCA de la Generalitat de Catalunya. La fuente de financiación no ha participado en ninguna etapa de la ideación ni realización del estudio ni del manuscrito.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2006). Practice Guideline for the treatment of psychiatric disorders compendium 2006 (American Psychiatric Pub:2006). APA.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I. y Rentero, D. (2016). Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Adicciones*, 29, 186. doi:10.20882/adicciones.782.
- Ballbè, M., Nieva, G., Mondon, S., Pinet, C., Bruguera, E., Saltó, E.,... Smoking and mental health group (2012). Smoke-free policies in psychiatric services: Iden-



- tification of unmet needs. *Tobacco Control*, 21, 549-554. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050029.
- Bolívar, F. J. V., Milena, A. P. y Corredor, A. M. (2013). Consumo de drogas entre los Especialistas Internos Residentes de Jaén (España) y su relación con el consejo clínico. *Adicciones*, 25, 243-252.
- Callaghan, R. C., Veldhuizen, S., Jeysingh, T., Orlan, C., Graham, C., Kakouris, G.,... Gatley, J. (2014). Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. *Journal of Psychiatric Research*, 48, 102-110. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.09.014.
- Callaghan, R. C., Gatley, J. M., Sykes, J. y Taylor, L. (2018). The prominence of smoking-related mortality among individuals with alcohol- or drug-use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 37, 97-105. doi:10.1111/dar.12475.
- Carson, K. V., Verbiest, M. E., Crone, M. R., Brinn, M. P., Esterman, A. J., Assendelft, W. J. y Smith, B. J. (2012). Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD000214.pub2.
- Cerrada, E. C., Olmeda, C. L., Senande, E. B., Rodríguez, B. G. y Cuesta, T. S. (2005). Opiniones, prácticas, barreras y predisposición al cambio, a la hora de dar consejo para dejar de fumar. *Atención Primaria*, 36, 434-441.
- Colton, C. W. y 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. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1563985/>.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. y Curry, S. J. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service clinical practice guideline executive summary. *Respiratory Care*, 53, 1217-1222. <http://rc.rcjournal.com/content/53/9/1217>.
- Generalitat de Catalunya (2022). El estado de salud, los comportamientos relacionados con la salud y el uso de servicios sanitarios en Cataluña, ESCA 2021. [https://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/enquestes/esca/resultats\\_enquesta\\_salut\\_catalunya/](https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/).
- Gual, A., Bravo, F., Lligona, A. y Colom, J. (2009). Treatment for alcohol dependence in Catalonia: Health outcomes and stability of drinking patterns over 20 years in 850 patients. *Alcohol and Alcoholism*, 44, 409-415. doi:10.1093/alcalc/agg032.
- Guydish, J., Passalacqua, E., Tajima, B., Chan, M., Chun, J. y Bostrom, A. (2011). Smoking prevalence in addiction treatment: A review. *Nicotine & Tobacco Research*, 13, 401-11.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Rickert, W. y Robinson, J. (1989). Measuring the heaviness of smoking: Using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction*, 84, 791-799.
- Herrero, M. T. V., Segura, I. T., Martínez, O. S., García, L. C. y Torre, M. V. R. I. de la. (2018). Factores relacionados con el hábito tabáquico en personal sanitario. *Medicina Balear*, 33, 11-18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6795214>.
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M. y Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale: Reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Psychiatry*, 166, 654-659. doi:10.1192/bjp.166.5.654.
- Juárez-Jiménez, M. de la V., Pérez-Milena, A., Valverde-Bolívar, F. J. y Rosa-Garrido, C. (2015). Prevalencia y factores asociados a la práctica del consejo clínico contra el consumo de drogas entre los especialistas internos residentes de Andalucía (España). *Atención Primaria*, 47, 659-668. doi:10.1016/j.aprim.2014.11.009.
- Juárez-Jiménez, M. V., Valverde-Bolívar, F. J., Pérez-Milena, A. y Moreno-Corredor, A. (2015). Características del consumo de tabaco, dependencia y motivación para el cambio de los especialistas internos residentes de Andalucía (España). *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 41, 296-304.
- Kaner, E. F. S., Dickinson, H. O., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F.,... Heather, N. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review: Brief intervention effectiveness. *Drug and Alcohol Review*, 28, 301-323. doi:10.1111/j.1465-3362.2009.00071.x.
- Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D. y Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*, 284, 2606-2610. doi:10.1001/jama.284.20.2606.
- Miller, B. J., Paschall, C. B. 3rd. y Svendsen, D. P. (2006). Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 57, 1482-1487.
- Montoya, I. D., Herbeck, D. M., Svikis, D. S. y Pincus, H. A. (2005). Identification and treatment of patients with nicotine problems in routine clinical psychiatry practice. *The American Journal on Addictions*, 14, 441-454. doi:10.1080/10550490500247123.
- Payne, T. J., Gaughf, N. W., Sutton, M. J., Sheffer, C. E., Elci, O. U., Cropsey, K. L.,... Crews, K. M. (2014). The impact of brief tobacco treatment training on practice behaviours, self-efficacy and attitudes among healthcare providers. *International Journal of Clinical Practice*, 68, 882-889. doi:10.1111/ijcp.12386.
- Pérula de Torres, L. A., Fernández-García, J. A., Arias-Vega, R., Muriel-Palomino, M., Márquez-Rebollo, E. y Ruiz-Moral, R. (2005). Validación del cuestionario AUDIT para la identificación del consumo de riesgo y de los trastornos por el uso de alcohol en mujeres. *Atención Primaria*, 36, 499-506. doi:10.1016/S0212-6567(05)70552-7.

- Petrakis, I. L., Gonzalez, G., Rosenheck, R. y Krystal, J. H. (2002). Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol Research & Health*, 26, 81-89. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6683830/>.
- Prochaska, J. J., Fromont, S. C. y Hall, S. M. (2005). How prepared are psychiatry residents for treating nicotine dependence? *Academic Psychiatry*, 29, 256-261.
- Prochaska, J. J., Fromont, S. C., Leek, D., Suchanek Hudmon, K., Louie, A. K., Jacobs, M. H. y Hall, S. M. (2008). Evaluation of an evidence-based tobacco treatment curriculum for psychiatry residency training programs. *Academic Psychiatry*, 32, 484-492. doi:10.1176/appi.ap.32.6.484.
- Richmond, R., Zwar, N., Taylor, R., Hunnisett, J. y Hyslop, F. (2009). Teaching about tobacco in medical schools: A worldwide study: Teaching about tobacco in medical schools. *Drug and Alcohol Review*, 28, 484-497. doi:10.1111/j.1465-3362.2009.00105.x.
- Vanable, P. A., Carey, M. P., Carey, K. B. y Maisto, S. A. (2003). Smoking among psychiatric outpatients: Relationship to substance use, diagnosis, and illness severity. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 17, 259-265. doi:10.1037/0893-164X.17.4.259.
- WHO (2009). Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563871>.
- WHO (2018). Global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025. <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>.
- Zafra-Ramírez, N., Pérez-Milena, A., Valverde-Bolívar, F. J., Rodríguez-Bayón, A. y Delgado-Rodríguez, M. (2019). Oferta de actividades preventivas propuestas por médicos residentes de Medicina Familiar en Atención Primaria y su relación con las habilidades comunicacionales. *Atención Primaria*, 51, 562-570. doi:10.1016/j.aprim.2018.05.010.