



## **MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

Curso 2020-2021

Trabajo Fin de Máster

### **Relación entre la Sintomatología Ansioso-Depresiva y el Tipo de Tratamiento en Tabaquismo**

Autor/a: Angie Nicole Posadas Carvallo

Tutor/a: José Luis Carballo Crespo

Cotutora: Ainhoa Coloma Carmona

*Convocatoria: enero 2021*

## Resumen

**Introducción:** El tabaquismo es la principal causa de muertes evitables en el mundo, y mata a más de 8 millones de personas cada año. En España, el 38% de la población consumen tabaco diariamente, lo que lo sitúa dentro de los diez primeros del mundo con mayor prevalencia de tabaquismo. Muchos de los fumadores conocen determinados efectos negativos que el tabaco produce sobre la salud, pero pocos relacionarían su adicción con la ansiedad o depresión. **Objetivo:** Analizar los niveles de ansiedad y depresión en función del tipo de tratamiento recibido. **Método:** Participaron un total de 49 sujetos consumidores de tabaco, derivados del Servicio de Neumología, de la Unidad de Tabaco del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). Se dividió la muestra en dos grupos en función del tipo de tratamiento recibido: Farmacológico (n=30) y Farmacológico + Terapia Psicológica Grupal (n=19). Se evaluaron variables sociodemográficas, variables psicológicas (ansiedad y depresión, y síntomas de abstinencia), así como otras variables. Se analizaron análisis descriptivos, prueba Chi-cuadrado y ANOVA de tres factores de medidas repetidas. **Resultados:** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post para las variables de ansiedad y depresión, aunque sí en la interacción entre Tipo de Tratamiento y Síntomas de Abstinencia ( $p < ,05$ ). **Conclusiones:** Esto indica que los niveles de Ansiedad y Depresión dependerán del tratamiento recibido y de los síntomas de abstinencia presentados. Son necesarios estudios con mayor muestra y seguimientos longitudinales para seguir profundizando en futuras investigaciones.

**Palabras Clave:** Ansiedad, Depresión, Tabaquismo, Terapia Psicológica, Síntomas de Abstinencia.

## **Abstract**

**Introduction:** Smoking is the leading cause of preventable death in the world, killing more than 8 million people each year. In Spain, 38% of the population consumes tobacco daily, which places it in the top ten of the world's most prevalent smokers.

Many of the smokers know certain negative effects that tobacco produces on health, but few would relate their addiction to anxiety or depression. **Objective:** To analyze rates of anxiety and depression according to the type of treatment received.

**Methods:** A total of 49 tobacco consuming subjects, derived from the Pneumology Service of the Tobacco Unit of the Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), participated.

The sample was divided into two groups according to the type of treatment received: Pharmacological (n=30) and Pharmacological + Group Psychological Therapy (n=19).

Sociodemographic variables, psychological variables (anxiety and depression, and withdrawal symptoms), and other variables were evaluated. Descriptive analyses, Chi-square test and ANOVA of three factors of repeated measures were analyzed.

**Results:** No statistically significant differences were found between pre- and post-measures for the variables of anxiety and depression, although there is an interaction between Type of Treatment and Withdrawal Symptoms ( $p < .05$ ). **Conclusions:** This

indicates that the levels of Anxiety and Depression will depend on the treatment received and the withdrawal symptoms. Further studies with larger sample and longitudinal follow-ups are needed to further investigate.

**Keywords:** Anxiety, Depression, Smoking, Psychological Therapy, Withdrawal symptoms.

## **Introducción**

Se estima que alrededor de 1.300 millones de personas fuman en el mundo según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019). España se sitúa en el sexto país del mundo con mayor prevalencia de consumo de tabaco diario (OECD, 2019), estimado un 34% (de 15 a 64 años) según el último informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA, 2019)

El tabaquismo es la principal causa de muertes evitables en el mundo, y mata a más de 8 millones de personas cada año, de las cuales, más de 7 millones son de consumidores directos y alrededor de 1,2 millones son de no fumadores expuestos al humo ajeno (OMS, 2019). En España durante el año 2016, se atribuyeron 56.124 muertes al consumo de tabaco, lo que equivale a que una de cada siete muertes que ocurrieron durante ese año, fue por dicha causa (Pérez-Ríos et al., 2020). Consumir tabaco es un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de mortalidad prematura: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, infecciones de las vías respiratorias inferiores, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis y cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. Cabe añadir que el tabaco es perjudicial en todas sus modalidades y no existe un nivel seguro de exposición al tabaco (OMS, 2019). En cuanto al nivel económico, tiene un costo enorme en el que se incluyen los elevados costos sanitarios de tratar las enfermedades que causa y la pérdida de capital humano debido a su morbimortalidad (OMS, 2019).

Hoy en día, existen diversas intervenciones para dejar de fumar, pudiéndose agrupar en: farmacológicas, consejo conductual intensivo y tratamientos psicológicos multicomponente, y una combinación de ambas (Fiore et al., 2008; Hartmann-Boyce, Stead, Cahill & Lancaster, 2013; van Eerd, van der Meer, van Schayck & Kotz, 2016).

En un metaanálisis de 52 estudios se encontró pruebas de que el uso de la combinación de terapia psicológica y tratamiento farmacológico aumenta las posibilidades de dejar de fumar con éxito (Stead, Koilpillai, Fanshawe & Lancaster, 2016). En esta línea, Bello (2011) afirma que existe consenso en que las intervenciones de cesación del tabaquismo deben tener dos componentes: psico-social y farmacológico. Ambos deberían incluirse para ayudar a cualquier persona que desee dejar de fumar. Por otra parte, según la Society Clinical Psychology, la terapia psicológica multicomponente con prevención de aumento de peso es la recomendada para la población general fumadora (American Psychological Association, 2016). Dentro del tratamiento del tabaquismo, un aspecto relevante es el cumplimiento del mismo, es decir la adherencia del tratamiento, ya que muchas intervenciones terapéuticas pierden eficacia debido a que los pacientes no se adhieren adecuadamente a ellas (Salvador & Ayesta, 2009). Según estos autores, en el caso del tabaco, se podría dividir en tres bloques los factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento: variables relacionadas con el paciente: percepción del problema, ambivalencias, coste percibido de dejar de fumar, autoeficacia y contexto personal; variables en relación entre el terapeuta y el paciente: actitud activa del paciente, manejo de expectativas y adecuada comunicación; y otras variables o factores: características del trastorno, características del régimen terapéutico, y la organización de los servicios de salud.

Muchos de los fumadores conocen determinados efectos negativos que el tabaco produce sobre la salud, pero pocos relacionarían su adicción con la ansiedad (Dongil Collado, 2008; García-Leyva, Domínguez & García, 2009). Por eso, además del tratamiento de deshabituación tabáquica, se debe de tomar en consideración los síntomas psicológicos como la ansiedad y la depresión, ya que hay muchos fumadores que utilizan el tabaco como estrategia de afrontamiento contra el estado de ánimo

negativo (disforia, ansiedad, emociones de rabia y frustración). Este estado de ánimo negativo se ha asociado con la urgencia de fumar, la conducta de fumar, número de cigarrillos y como predictor de las recaídas, llegando al 38% de éstas (López-Campos Bodineau, Alvarez Gutiérrez, Vellisco García, Medina, & Barrot Cortés, 2010; Gurrea Escajedo & Pinet Ogué, 2004). Referente a la depresión, se ha observado que pacientes psiquiátricos usan los cigarrillos para automedicar una depresión subyacente o disminuir los efectos secundarios de los fármacos antidepresivos (Pacheco, 2015). Por lo que es conveniente que los especialistas de la salud ayuden a los fumadores emocionalmente angustiados a aprender sobre alternativas saludables al tabaquismo para hacer frente a los síntomas emocionales aversivos (Kassel, Stroud & Paronis, 2003).

En un estudio realizado por Harina y colaboradores (2013) donde se investigaba sobre la relación entre tabaquismo con la ansiedad y la depresión en atención primaria de salud, y en el que participaron 608 individuos, encontraron que el grado de adicción a la nicotina varía directamente con la ansiedad y la depresión, aunque la única relación estadísticamente significativa observada fue en las mujeres. En esta misma línea, Emre, Topal, Bozkurt y Eylem, (2014) encontraron que a medida que aumentaba el nivel de dependencia de la nicotina, las puntuaciones de ansiedad y depresión también aumentaban. Así también, Gülsen y Uygur en un estudio realizado en 2018, encontraron que el grupo de adicción a la nicotina de alto grado tuvo puntuaciones más altas en los grupos de somatización, ansiedad, depresión, síntomas paranoides, hostilidad y otros síntomas. Corvalán (2017), declara que el tratamiento del craving y del síndrome de abstinencia es doble: psicológico y farmacológico, el terapeuta debe preparar al paciente que quiere dejar de fumar en relación con la sintomatología que va a presentar y su cronología. Además, la medicación puede ayudar a controlar dichos síntomas. Por otra

parte, Mrzowicz y Carballo (2013), no encontraron diferencias estadísticamente entre las evaluaciones pre y post, pero sí se apreció una disminución clínicamente relevante en las tasas de ansiedad, tras haber realizado un tratamiento conductual de deshabituación tabáquica.

Lawrence et al. (2013) observaron que las personas con enfermedades mentales consumen una mayor cantidad de cigarrillos y desarrollan mayores niveles de dependencia a la nicotina presentando así síntomas de abstinencia más agudos y duraderos. En esta misma línea Pacheco (2015) declara que la prevalencia del tabaquismo en la patología psiquiátrica es elevada, tratándose de pacientes más dependientes a la nicotina, que desarrollan un síndrome de abstinencia más grave, con peores tasas de abandono y en los que la posibilidad de recaída es mayor.

En una revisión de 14 ensayos clínicos donde evaluaron la influencia de tener historia de depresión mayor en el pasado sobre la tasa de abstinencia tabáquica, encontraron que hay un 17% menos de probabilidad de dejar de fumar en estos pacientes frente a sujetos sanos a corto plazo y un 19% a largo plazo (Hitsman et al., 2013).

Tras analizar toda la información expuesta en los párrafos anteriores, y teniendo en cuenta la relación establecida entre ansiedad y depresión en pacientes de tabaquismo (Emre, Topal, Bozkurt, y Eylem, 2014) se hace necesario el estudio de la posible relación entre la sintomatología ansioso-depresivo y el tipo de tratamiento recibido por el paciente, con el fin de aumentar las probabilidades de éxito terapéutico.

Por todo ello, el presente trabajo tiene como objetivos principales:

- Analizar la eficacia del tratamiento psicológico en el consumo de tabaco, cumplimiento del tratamiento y síntomas de abstinencia, en consumidores de tabaco del Servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

- Analizar los niveles de ansiedad y depresión pre y post intervención en función del tipo de tratamiento, síntomas de abstinencia y cumplimiento del tratamiento, en consumidores de tabaco del Servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

## **Método**

### ***Participantes***

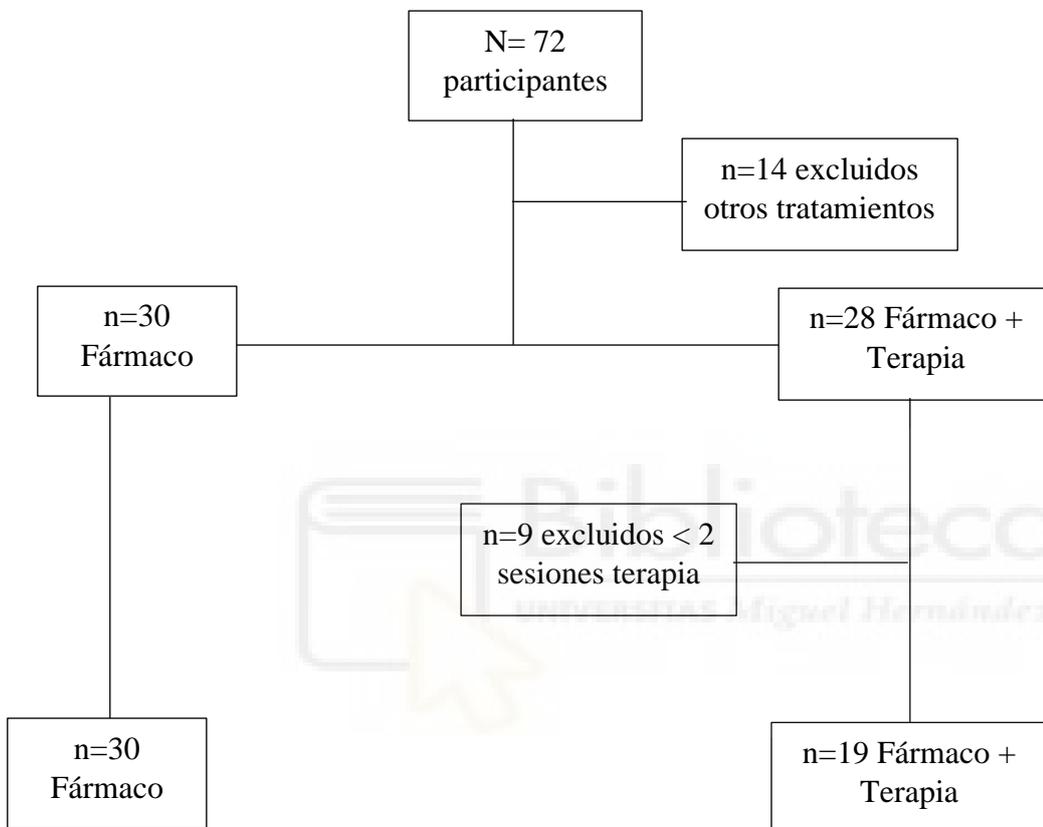
En este estudio participaron un total de 72 sujetos consumidores de tabaco derivados del Servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), de los cuales 49 fueron incluidos finalmente en el estudio.

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: (a) ser mayor de edad, (b) firmar un consentimiento informado aceptando participar en el proceso de evaluación y tratamiento, (c) tener autonomía para rellenar cuestionarios de evaluación y material de tratamiento, (d) ser fumador activo de cualquier sexo, (e) estar en tratamiento con Vareniclina según las pautas dadas por el especialista de la Unidad de Neumología del HGUA. Además, todos los participantes tomaron un mínimo de 4 semanas de fármaco, y aquellos que fueron asignados al Grupo de Terapia Psicológica, asistieron a un mínimo de 2 sesiones terapéuticas para ser incluidos en el análisis.

Los criterios de exclusión para participar en este estudio fueron: (a) presencia de patología mental grave (psicosis, demencia, etc.), (b) estar recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico para problemas adictivos u otro tipo de problemas psicológicos, (c) presencia de dependencia al alcohol y/o consumo habitual de cannabis (al menos 1 vez/semana) y (d) otras drogas ilegales (al menos 1 vez/mes), (e) condición de exfumador o no fumador, (f) embarazo o lactancia, (g) imposibilidad para

comprender las preguntas realizadas en los cuestionarios, y (h) no aceptación para participar en el estudio.

Figura 1. *Participantes que cumplieron los criterios de inclusión en el estudio*



Del total de pacientes, 22 eran hombres (44,9%) y 27 eran mujeres (55,1%), con un rango de edad de 35 a 74 años, siendo su media y desviación típica  $58,2 \pm 9,43$ . En cuanto al estado civil de los pacientes el 59,2% estaban casados o tenían pareja de hecho.

## **Variables e instrumentos**

*Variable independiente:* Tipo de tratamiento: esta variable contó con dos niveles:

-Grupo sin Terapia Psicológica: los sujetos recibieron únicamente terapia farmacológica con Vareniclina (Grupo Fármaco).

-Grupo con Terapia Psicológica: Se aplicó un programa de intervención basado en el Modelo de Autocambio Dirigido (Sobell & Sobell, 1993) de 5 sesiones de 90 minutos de duración. Se utilizaron estrategias de reducción de consumo y prevención de recaídas con el objetivo de lograr la abstinencia de nicotina en los pacientes. Además, los sujetos recibieron terapia farmacológica (Grupo Fármaco y Terapia Psicológica).

*Variables dependientes:* Este estudio cuenta con dos variables dependientes, las cuales son Síntomas de Abstinencia y Consumo de Tabaco.

**Síndrome de Abstinencia:** Escala de Síntomas de Abstinencia de la Nicotina (Hughes & Hatsukami, 1986). Esta escala de tipo Likert con opciones de respuesta: nunca, a veces, bastante o mucho, consta de trece ítems que corresponde a un listado de trece síntomas de abstinencia de la nicotina basada en los síntomas característicos establecidos por Hughes y Hatsukami (1986). La puntuación de esta prueba puede ir de 0 a 44 puntos. Es una variable de tipo dicotómica (sí presenta síntomas de abstinencia y no presenta síntomas de abstinencia). Para obtener el punto de corte y saber a partir de qué valor se considera que hay síntomas de abstinencia se calculó la media y desviación típica de esta variable, siendo así la media de 9,8 y la desviación típica de  $\pm 5,79$ . Lo que quiere decir que todos aquellos pacientes que obtengan una puntuación igual o superior a 16 puntos se considerará que presenta síntomas de abstinencia.

Consumo de Tabaco: esta variable mide el consumo de tabaco de las personas tras diez semanas de la evaluación inicial y con tratamiento (tanto farmacológico como terapia psicológica). Es una variable de tipo dicotómica (sí y no). Se considera que hay éxito en el tratamiento si la persona ha dejado de fumar, y que no lo hay si continúa haciéndolo.

Por otro lado, se agruparon las siguientes variables:

*Variables sociodemográficas:* se evaluaron mediante un cuestionario elaborado ad hoc que recogía: edad, sexo y estado civil.

*Variables psicológicas:* Se evaluó la Sintomatología Ansioso-Depresiva

Para ello, se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) en la versión validada en España (Quintana et al., 2003), compuesta por dos sub-escalas que evalúan Ansiedad (HADS-A) y Depresión (HADS-D), de 7 ítems cada una, valorada en una escala tipo Likert de 0 a 3. Una puntuación superior o igual a 11 indica presencia de sintomatología ansiosa-depresiva, clasificando cada subescala como nivel de gravedad normal (de 0 a 7 puntos), medio (de 8 a 10 puntos), moderado (de 11 a 14 puntos) y severo (de 15 a 21 puntos). El instrumento muestra una elevada fiabilidad test-retest con un coeficiente de correlación superior a 0,85 y con una alta consistencia interna, alfa de 0,86 tanto en la escala de ansiedad y como en depresión (Quintana et al., 2003).

*Otras variables:* a parte de las variables mencionadas anteriormente, se tuvo en cuenta la siguiente variable: Cumplimiento de Tratamiento.

Cumplimiento de Tratamiento: se considera que se cumple el tratamiento cuando se ha tomado al menos cuatro semanas el fármaco de Vareniclina tanto en el Grupo Fármaco como en el Grupo de Fármaco y Terapia Psicológica.

## ***Procedimiento***

La muestra seleccionada fue de los pacientes que acudían a la consulta de la Unidad de Tabaco, del Servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). Se accedió a ella durante el periodo de prácticas del Máster en Psicología General Sanitaria. Cabe decir, que el proyecto ha sido aprobado por dos comités de ética, el comité del Hospital General Universitario de Alicante y el comité de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Se trata de un diseño de grupos al azar con medidas pre y post ya que hubo dos momentos de evaluación. El primero fue la evaluación inicial y se hizo pretratamiento, el segundo control fue en el seguimiento, es decir la semana 10 (con  $\pm 2$  semanas de margen) desde que se ingresara al estudio. Por otra parte, comentar consta de cuatro fases.

### *Fase 1: Selección de participantes*

Como se ha comentado anteriormente, los participantes eran los que acudía a la Unidad de Tabaco del HGUA y que cumplían con los criterios de inclusión propios del estudio mencionados en el apartado anterior. Todos los pacientes tratados con Varenaclina fueron informados del estudio que se llevaría a cabo. Se les solicitó a participar de forma voluntaria en el mismo. Tras informar y despejar cualquier tipo de duda, los participantes firmaron un consentimiento informado con el cual aceptaban que se pudiera utilizar sus datos, siempre garantizando la confidencialidad de estos. Se hizo una división de los sujetos en dos grupos o condiciones: Grupo Fármaco (personas que sólo tenían tratamiento farmacológico y que únicamente fueron evaluados) y Grupo Fármaco y Terapia Psicológica (personas que tuvieron tratamiento farmacológico y psicológico grupal). Los sujetos fueron distribuidos aleatoriamente

### *Fase 2: Evaluación pretratamiento*

La psicóloga de la unidad de tabaco administraba una entrevista semiestructurada acompañada de una serie de cuestionarios relacionados con el consumo de tabaco del paciente. La duración aproximada de la entrevista fue de 30 a 40 minutos. Tanto la fase 1 como la fase 2 se realizaron en un despacho de la Unidad de Neumología del HGUA.

### *Fase 3: Intervención psicológica*

El Grupo de Intervención Psicológica Grupal acudía una vez a la semana a las instalaciones de la Unidad de Psicología Clínica y de Salud del HGUA. Se aplicó un programa de intervención basado en el Modelo de Autocambio Dirigido (Sobell & Sobell, 1993) de 5 sesiones de 90 minutos de duración. El grupo estaba compuesto de 5 a 8 personas. Se emplearon técnicas propias de la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991), del modelo de Prevención de Recaídas (Marlatt & Donovan, 1985) y otras propias de la Terapia Cognitivo Conductual.

### *Fase 4: Evaluación postratamiento y seguimientos*

Los seguimientos se podían realizar de forma presencial (en el despacho de la unidad de tabaco) o de manera telefónica (en el despacho de la UCAB). Se efectuaban 10 semanas desde la sesión de evaluación inicial.

### ***Tipo de diseño***

Se trata de un diseño experimental de corte longitudinal. El Grupo sin Terapia Psicológica, estaba compuesto por las personas que recibieron el fármaco de Vareniclina (Grupo Fármaco), mientras que el Grupo con Terapia Psicológica Grupal estaba formado por los sujetos que recibieron el fármaco y la terapia psicológica grupal breve (Grupo Fármaco y Terapia Psicológica). Este trabajo trata de comparar los

resultados de ambos grupos. La distribución de los grupos se hizo de forma aleatoria según el orden de llegada de los sujetos.

### ***Análisis de datos***

Los datos recogidos fueron codificados y analizados mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics 22. Se realizaron análisis descriptivos y multifactoriales. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para analizar la relación entre las variables no continuas (Éxito del Tratamiento, Cumplimiento de Tratamiento y Síntomas de Abstinencia), con el Tipo de Tratamiento recibido del paciente, además, se calculó el tamaño del efecto con Phi de Cramer. También se utilizó un modelo factorial de ANOVA de tres factores de medidas repetidas, con el fin de comparar las diferencias de Ansiedad y Depresión en base a las variables Tipo de Tratamiento que recibe el sujeto, Cumplimiento del Tratamiento y Síntomas de Abstinencia. Se trabajó con un nivel de confianza del 95%.

### **Resultados**

Una vez realizados los análisis comentados en el anterior apartado, se puede observar como el porcentaje de Éxito en el Tratamiento, es decir, que no se consume tabaco, es superior en el Grupo de Fármaco y Terapia Psicológica Grupal 68,4% que en el Grupo de Fármaco 56,7%. De la misma manera se observa con la variable Cumplimiento de Tratamiento, nuevamente es el Grupo de Fármaco y Terapia Psicológica quién presenta un mayor porcentaje, 81,3% frente a 65,4% del Grupo Fármaco. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables Éxito de

Tratamiento, Cumplimiento de Tratamiento y Síntomas de Abstinencia en base al Tipo de Tratamiento recibido por los pacientes (ver Tabla 1).

**Tabla 1**

*Diferencias en Éxito del Tratamiento, Cumplimiento Tratamiento, y Síntomas de Abstinencia entre el Grupo de Fármaco (GF) y el Grupo de Fármaco y Terapia Psicológica Grupal (F+TPG)*

Variables		GF (n=30)	F+TPG (n=19)	$\chi^2$ (p)	$\phi^b$
Éxito Tratamiento	No fuma	56,7% (17)	68,4% (13)	0,677 (,411)	,118
	Sí cumple <sup>a</sup>	65,4% (17)	81,3% (13)	1,222 (,269)	,171
Síntomas de Abstinencia	Sí síntomas <sup>b</sup>	10% (3)	21,1% (4)	1,161 (,281)	,154

\*p<,05

<sup>a</sup>Sí cumple: cumple con el tratamiento, es decir, haber tomado Vareniclina durante al menos cuatro semanas tras la evaluación inicial. <sup>b</sup>Sí síntomas: presenta síntomas de abstinencia. Puntuación  $\geq$  16pts

Por otra parte, los resultados de la Tabla 2, de los análisis de las diferencias en los niveles de Ansiedad y Depresión pre y post intervención, se aprecia un mayor descenso en las medias del Grupo Fármaco y Terapia Psicológica (la media y desviación típica pasa de ser de un 8,74  $\pm$  6,732 a un 5,89  $\pm$  6,847) que del Grupo Fármaco (pasa de una media y desviación típica de 8,40  $\pm$  5,829 a 6,20  $\pm$  5,530). Por otra parte, se puede ver cómo los niveles de Ansiedad y Depresión son mayores en el Grupo que presenta Síntomas de Abstinencia (media y desviación típica de 17,86  $\pm$  4,140 pre intervención y

12,14  $\pm$ 7,559 post intervención) que en Grupo que no presenta Síntomas de Abstinencia (media y desviación típica de 6,98  $\pm$ 4,911 pre intervención y 5,07  $\pm$ 5,153 post intervención). Aunque de nuevo, estas diferencias no son estadísticamente significativas tanto en los grupos comentados anteriormente como en los grupos Cumplimiento del Tratamiento. En resumen, sí se observan cambios en los niveles de Ansiedad y Depresión tras la intervención, en función del Tipo de Tratamiento (siendo mejores los resultados en el Grupo Fármaco y Terapia Psicológica), y según los Síntomas de Abstinencia (presentando mayores niveles en el grupo que sí presenta síntomas de abstinencia) a pesar de no ser estadísticamente significativos.



**Tabla 2**

*Diferencias de medias en Ansiedad y Depresión pre y post tratamiento según el tipo de tratamiento, síntomas de abstinencia y cumplimiento del tratamiento*

Variables	Ansiedad y Depresión Pre		Ansiedad y Depresión Post		F(gl)	p	Eta	
	Media	DT	Media	DT				
Tipo de Tratamiento	Fármaco (n=30)	8,40	5,829	6,20	5,530	,138 (1)	,712	,003
	Fármaco + TP (n=19)	8,74	6,732	5,89	6,847			
Síntomas de Abstinencia	No síntomas (n=42)	6,98	4,911	5,07	5,153	2,632 (1)	,111	,053
	Sí síntomas (n=7)	17,86	4,140	12,14	7,559			
Cumplimiento Tratamiento	No cumple (n=12)	9,08	4,814	6,00	4,632	,295 (1)	,590	,007
	Sí cumple (n=30)	8,23	6,372	6,30	6,783			

\*p<,05

**Tabla 3**

*Interacciones entre el Cumplimiento del Tratamiento, Tipo de Tratamiento y los Síntomas de Abstinencia en el ANOVA de 3 factores sobre las variables Ansiedad y Depresión pre y post intervención.*

	F (gl)	p	Eta
Tratamiento x Síntomas	4,229 (1)	,047*	,108
Tratamiento x Cumplimiento	,051 (1)	,823	,001
Síntomas x Cumplimiento	1,375 (1)	,249	,038
Tratamiento x Síntomas x Cumplimiento			,000

\*p<,05

Como se puede observar en la Tabla 3, únicamente se encontró una interacción estadísticamente significativa en los grupos Síntomas de Abstinencia y el Tipo de Tratamiento, siendo así la media y desviación típica en los niveles de Ansiedad y Depresión pretratamiento  $8,88 \pm 6,224$  y postratamiento de  $7,00 \pm 6,245$  en el Grupo de Fármaco y que muestra Síntomas de Abstinencia. Mientras que, en el Grupo de Fármaco y Terapia Psicología Grupal, y que también muestra Síntomas de Abstinencia la media y desviación típica de los niveles de Ansiedad y Depresión pretratamiento fue de  $7,38 \pm 6,715$  y postratamiento fue de  $5,38 \pm 7,589$ . Por lo que se aprecia menores niveles de Ansiedad y Depresión tras la intervención en el Grupo de Fármaco y Terapia Psicológica que presenta Síntomas de Abstinencia en comparación con el Grupo Fármaco y que también presenta Síntomas de Abstinencia.

## **Discusión**

Este trabajo tuvo dos objetivos principales. El primero de ellos fue analizar la eficacia del tratamiento psicológico en el consumo de tabaco, cumplimiento del tratamiento y síntomas de abstinencia, en consumidores de tabaco del Servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). Como se puede apreciar en el apartado de resultados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas. Aunque cabe decir que sí se aparecieron diferencias clínicamente relevantes en las variables Cumplimiento y Éxito de Tratamiento. Siendo el Grupo de Fármaco y Terapia Psicológica donde el porcentaje fue mayor en el cese de consumo de tabaco. Esto iría en relación con lo encontrado en el metaanálisis realizado por Stead, Koilpillai, Fanshawe y Lancaster (2016) de que el uso de la combinación de terapia psicológica y tratamiento farmacológico aumenta las posibilidades de dejar de fumar con éxito. En cuanto a la variable Cumplimiento de Tratamiento, es el Grupo de Fármaco y Terapia Psicológica quién presenta un mayor porcentaje en el Cumplimiento del Tratamiento frente al Grupo Fármaco. Esto podría deberse a que en el Grupo Fármaco y Terapia Psicológica Grupal, se trataban muchos de los aspectos comentados por Salvador y Ayesta (2009) que influyen en el cumplimiento del tratamiento, tales como: percepción del problema, ambivalencias, autoeficacia, coste percibido de dejar de fumar manejo de expectativas y características del régimen terapéutico entre otras.

El segundo objetivo que se planteó en esta investigación fue analizar los niveles de Ansiedad y Depresión pre y post intervención en función del Tipo de Tratamiento, Síntomas de Abstinencia y Cumplimiento del Tratamiento, en consumidores de tabaco del Servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

Los resultados indican que no hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de esas variables, aunque una vez más, los resultados pueden ser clínicamente relevantes. Ya que se ve como en el Grupo Fármaco y Terapia Psicológica los niveles de Ansiedad y Depresión son menores que en el Grupo Fármaco tras la intervención. Esto podría en dirección a lo encontrado por Mrzowicz y Carballo (2013), donde se apreció una disminución clínicamente relevante en los niveles de ansiedad, tras haber realizado un tratamiento conductual de deshabituación tabáquica. Por otra parte, en cuanto a los niveles de Ansiedad y Depresión en función a los Síntomas de Abstinencia, se observa que son mayores en el Grupo que presenta Síntomas de Abstinencia que en el grupo que no los presenta. Esto podría corresponder a lo hallado por Gülsen y Uygur en un estudio realizado en 2018, donde indicaron que el grupo de adicción a la nicotina de alto grado tuvo puntuaciones más altas en los grupos de somatización, ansiedad, depresión, síntomas paranoides, hostilidad y otros síntomas.

Por otra parte, diversos autores (López-Campos Bodineau, Alvarez Gutiérrez, Vellisco García, Medina, & Barrot Cortés, 2010; Gurrea Escajedo & Pinet Ogué, 2004) afirman que el estado de ánimo negativo se asocia con la urgencia de fumar, la conducta de fumar, número de cigarrillos y como predictor de las recaídas, llegando al 38% de éstas, por su parte Bello (2011) declara que las intervenciones de cesación del tabaquismo deben tener dos componentes: psico-social y farmacológico. Los análisis en este estudio indicaron que hay una interacción estadísticamente significativa entre los grupos Síntomas de Abstinencia y el Tipo de Tratamiento. Revelando así que el Grupo de Fármaco y Terapia Psicológica Grupal, y que presenta Síntomas de Abstinencia tiene mejores niveles de Ansiedad y Depresión que el Grupo de Fármaco y que también muestra Síntomas de Abstinencia. Esto concuerda con lo expuesto en la bibliografía anteriormente comentada, ya que demuestra que ante un Grupo de pacientes que

presenten Síntomas de Abstinencia y tomen medicación además de asistir a Terapia Psicológica sus niveles de Ansiedad y Depresión serán mejores, que ante los que sólo toman medicación y presenten Síntomas de Abstinencia, lo que clarifica la importancia de la combinación de tratamiento en este tipo de pacientes, para obtener menores niveles de Ansiedad y Depresión cuando se muestran Síntomas de Abstinencia. En esta misma línea está lo expuesto por varios autores (Harina, Raposo, Aleixo, Oliveira, Xavier & Santos, 2013; Emre, Topal, Bozkurt & Eylem, 2014) que encontraron que a medida que aumentaba el nivel de dependencia de la nicotina, las puntuaciones de ansiedad y depresión también aumentaban. Así mismo Corvalán (2017), declara que el tratamiento del craving y del síndrome de abstinencia es doble: psicológico y farmacológico, el terapeuta debe preparar al paciente que quiere dejar de fumar en relación con la sintomatología que va a presentar y su cronología. Además, la medicación puede ayudar a controlar dichos síntomas. Teniendo todo esto en cuenta, queda de manifiesto que la combinación de Terapia Psicológica y Farmacológica ayuda en la reducción de la Sintomatología Ansioso-Depresiva en presencia de Síntomas de Abstinencia. Esto es algo que se debe de tener en cuenta para poder ayudar a este tipo de pacientes y garantizar así un mayor éxito terapéutico.

Es necesario decir que el presente estudio muestra algunas limitaciones. En primer lugar, el tamaño muestral, dado que sólo cuenta con 49 sujetos, de los cuales 19 asistieron a terapia psicológica grupal. Puede ser también, entre otros, el motivo por el que los análisis de la eficacia del tratamiento no sean estadísticamente significativos, ni las diferencias de pre y post intervención lo sean. Por lo que son necesarios estudios con muestras más amplias

Otra limitación podría ser el tiempo transcurrido entre las evaluaciones pre y post tratamiento, ya que puede que diez semanas no sea tiempo suficiente para ver cambios

estadísticamente significativos en los niveles de Ansiedad y Depresión en función del tipo de tratamiento a largo plazo. Por lo que sería recomendable hacer estudios más allá de las diez semanas de tratamiento.

Por último, a modo de conclusión, destacar la interacción encontrada en este estudio entre los grupos de Síntomas de Abstinencia y el Tipo de tratamiento, ya que queda demostrado que tomar medicación y asistir a Terapia Psicológica ayuda a disminuir los niveles de Ansiedad y Depresión en personas con Síntomas de Abstinencia. Así también sería recomendable que en futuras investigaciones se continúe investigando en esta y otras posibles interacciones como es el Cumplimiento de Tratamiento y Tipo de Tratamiento y Síntomas de Abstinencia, así como en la eficacia del tratamiento psicológico, en comparación con personas que reciben Terapia Sustitutiva a la Nicotina, Terapia Sustitutiva a la Nicotina y Terapia Psicológica Grupal o que no reciben ningún Tipo de Tratamiento para ver que tipo de tratamiento sería más eficaz.

## Referencias

American Psychological Association. (2016). Smoking Cessation with Weight Gain

Prevention. *Society of Clinical Psychology*. Recuperado de

<https://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/smoking-cessation-withweight-gain-prevention/>

Bello, S. (2011). Tratamiento del Tabaquismo. *Revista Chilena de Cardiología*, 30 (3).

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602011000300007>

Dongil-Collado, E. (2008). Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático.

*Ansiedad y Estrés*, 14, 265-288. Recuperado de <https://tinyurl.com/yyfuuqxu>

- Emre, N., Bozkurt, N., & Topaktas, E. (2014). Mental health screening and increased risk for anxiety and depression among treatment-seeking smokers. *Tob Induc Dis.*, 12 (1), 20-27. <https://doi.org/10.1186/1617-9625-12-20>
- Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. E. E. A., & Henderson, P. N. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update. *Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.*
- García-Leiva, P., Domínguez, J.M. & García, C. (2009). Evaluación del estrés postraumático en mujeres víctimas de malos tratos. *Ansiedad y Estrés*, 15, 29-38.
- Gülksen, A., & Uygur, B. (2018). Psychological features of smokers. *Respiratory Care*, 63 (12), 1492-1497. <https://doi.org/10.4187/respcare.06287>
- Gurrea Escajedo, A., & Pinet Ogué, M. C. (2004). Tabaco y patología afectiva. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 16(2), 155-176.
- Harina, H., Raposo, J., Aleixo, A., Oliveira, H., Xavier, F., & Santos A. (2013). Relación del tabaquismo con la ansiedad y la depresión en la atención primaria de salud. *Puerto de Acta Med*, 28 (5), 523-530
- Hartmann-Boyce, J., Stead, L. F., Cahill, K. & Lancaster, T. (2013). Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews. *Addiction (Abingdon, England)*, 108(10), 1711-1721.  
<https://doi.org/10.1111/add.12291>
- Hitsman, B., Papandonatos, G., McChargue, D., DeMott, A., Herrera, M., & Spring B. (2013). Past major depression and smoking cessation outcome: A systematic review and meta-analysis update. *Addiction*, 108(2), 294-306.

- Hughes, J. R., & Hatsukami, D. (1986). Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Archives of general psychiatry*, 43(3), 289-294.
- Kassel, J., Stroud, L., & Paronis, C., (2003). Tabaquismo, estrés y afecto negativo: correlación, causalidad y contexto entre las etapas del tabaquismo. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 270-304. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.270>
- Lawrence, D., Hafekost, J., Hull, P., Mitrou, F., & Zubrick, S. (2013). Smoking, mental illness and socioeconomic disadvantage: analysis of the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *BMC public health*, 13, 462. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-462>
- López-Campos Bodineau, J. L., Alvarez Gutiérrez, F. J., Vellisco García, A., Medina, J. F., & Barrot Cortés, E. (2010). Factores relacionados con el seguimiento de los pacientes en programa de deshabituación tabáquica. *Revista Neumosur*, 22(2), 127-133.
- Marlatt, G. A. y Donovan, D. M. (1985). *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (Segunda). Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change their addictive behavior. *New York: Guilford*.
- Mrozowicz, D., Sanz, M., & Carballo, J. (2013). Efectividad de un tratamiento conductual de deshabituación tabáquica. *Revista de Psicología de la Salud (New Age)* 1(1), 65-83.
- OECD. (2019). Daily Smoker. Recuperado de <https://data.oecd.org/healthrisk/daily-smokers.htm>

- OEDA. (2019). INFORME 2019. *INFORME 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España* (p. 69). Madrid. Recuperado de <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2019OEDA-INFORME.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Tabaco, 2019*. Génova: Organización Mundial de la Salud. Recuperado a partir de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Pacheco, V. (2015). *Tesis de ansiedad y depresión en los fumadores que acuden a una consulta de deshabituación tabáquica y factores relacionados* [tesis doctoral, Universidad de Sevilla]. Recuperado de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/32284/Tesis%20doctoral%20Virginia%20Almadana%20Pacheco.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Corvalán, M. (2017). El tabaquismo: una adicción. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(3), 186-189. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300186>
- Pérez-Ríos, M., Schiaffino, A., Montes, A., Fernández, E., López, M., Martínez-Sánchez, J., Sureda, X., Martínez, C., Fu, M., García, X., Carretero, J., & Galán, I. (2020). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España 2016. *Archivos de Bronconeumología* 56(9),559-563.
- Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A., & Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(3), 216-221.

Salvador, M. & Ayesta, F.J. (2009). La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo. *Intervención Psicosocial*, 18 (3), 233-244.

Sobell, L. C., Sobell, M. B., Toneatto, T., & Leo, G. I. (1993). What triggers the resolution of alcohol problems without treatment? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(2), 217–224.

Stead, L. F., Koilpillai, P., Fanshawe, T. R., & Lancaster, T. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008286.pub3>

Van Eerd, E. A. M., van der Meer, R. M., van Schayck, O. C. P. & Kotz, D. (2016). Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD010744.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010744.pub2>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

## Apéndice A



### INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 04 de diciembre del 2020

Nombre del tutor/a	José Luis Carballo Crespo
Nombre del alumno/a	Angie Nicole Posadas Carvallo
Tipo de actividad	
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Relación entre ansiedad y depresión en Tabaquismo
Código/s GIS estancias	
Evaluación Riesgos Laborales	No procede
Evaluación Ética	No procede
Registro provisional	201203130640
Código de Investigación Responsable	<b>TFM.MPG.JLCC.ANPC.201203</b>
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: 2. TFM (Trabajo Fin de Máster) ha sido realizada de manera automática en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere someterse a dicha evaluación. Dicha información se adjunta en el presente informe. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

**Alberto Pastor Campos**  
Secretario del CEII  
Vicerrectorado de Investigación

**Domingo L. Orozco Beltrán**  
Presidente del CEII  
Vicerrectorado de Investigación

#### Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las

que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández en el curso académico 2020/2021. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/tfg-tfm/>

