



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2022-2023

Trabajo Fin de Máster

Intervenciones para dejar de fumar en pacientes con esquizofrenia: una revisión sistemática

Autor: Antonio Díaz Sánchez

Tutor: José Luis Carballo Crespo

Código de la Oficina de Investigación Responsable: TFM.MPG.JLCC.ADS.230907

Convocatoria: Septiembre.

Resumen

Dos de cada tres personas con esquizofrenia son fumadores activos, además, presentan mayores dificultades para dejar de fumar con respecto al resto de la población. Ello se relaciona con un incremento de los problemas cardiovasculares, siendo uno de los factores que influyen en la reducción de esperanza de vida en estas personas. Ante esta problemática, surge la necesidad de tratamientos adaptados para el tabaquismo en esta población. Esta revisión tiene como objetivo analizar la eficacia de los tratamientos médicos y psicológicos en pacientes con esquizofrenia para el abandono o la reducción del tabaquismo. Para ello se realizó una revisión sistemática en cuatro bases de datos, encontrando finalmente once publicaciones que cumplieren los requisitos de inclusión establecidos. Los resultados muestran que el tratamiento combinado, que incluye intervenciones farmacológicas y psicológicas, es más eficaz para lograr la abstinencia del tabaco que el uso de solo uno de estos tratamientos por separado. Aún queda por determinar la influencia de los tratamientos psicológicos en estas intervenciones dependiendo de sus características. Esto sería interesante para tener en cuenta el coste-utilidad de nuevos programas a implementar en el futuro.

Palabras clave: esquizofrenia, cese del hábito de fumar, reducción del consumo de tabaco, psicoterapia, tratamiento farmacológico, revisión sistemática.

Abstract

Two out of every three people with schizophrenia are active smokers, in addition, they also have greater difficulties in quitting smoking than the rest of the population. is associated in an increase in cardiovascular problems, being one of the factors that influence the reduction of life expectancy in these people. In view of this problem, there is a need for adapted treatments for smoking reduction and cessation in this population. This review aims to analyze the efficacy of medical and psychological treatments in patients with schizophrenia for smoking cessation or reduction. For this purpose, a systematic review was conducted in four different databases, finally finding eleven publications that met the established inclusion criteria. The results report that combined treatments, which includes pharmacological and psychological interventions, are more effective in achieving abstinence from smoking in comparison to the use of only one of these treatments separately. It is still to be determined the influence of psychological treatments on these interventions depending on their characteristics. It might be of interest to consider the cost-utility of new programs to be implemented in the future.

Keywords: schizophrenia, tobacco use cessation, smoking reduction, psychotherapy, drug therapy, systematic review.

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico caracterizado por, alucinaciones, ideas delirantes, habla y conductas desorganizadas, afecto aplanado, déficits cognitivos y disfunción laboral y social (American Psychiatric Association, 2013). En España, la prevalencia es de aproximadamente un 0,8 entre la población adulta (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021). Asimismo, las personas que sufren esta enfermedad tienen entre 13 y 15 años menos de esperanza de vida (Hjorthøj et al., 2017). Hay diversos factores que influyen en esta reducción en la esperanza de vida, entre ellos cabe mencionar trastornos orgánicos como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, trastornos adictivos (tabaco, alcohol y otras sustancias ilegales), actividad sedentaria o problemas en los hábitos alimentarios (Hjorthøj et al., 2017; Olfson et al., 2015). Dentro de los factores modificables que influyen en este decrecimiento de la esperanza de vida, este trabajo se centrará en el tabaquismo.

El metaanálisis de De Leon & Diaz, (2005) reveló que el 62% de los pacientes de esquizofrenia eran fumadores activos. Además de ello, consumen más cigarrillos al día, y de forma más intensa que el resto de los fumadores.

En los últimos 30 años, varios estudios han hipotetizado sobre los factores de esta marcada prevalencia. Una de las hipótesis principales argumenta que la nicotina sirve como automedicación para reducir los efectos secundarios de los antipsicóticos o paliar los efectos cognitivos negativos en la esquizofrenia (Kumari & Postma, 2005; Zammit et al., 2003). Sin embargo, otros estudios han encontrado que a pesar de que la nicotina puede regular puntualmente los déficits cognitivos en ciertas áreas (memoria, inhibición atencional, etc.), la nicotina es a largo plazo es perjudicial para el desarrollo de la esquizofrenia (Keller-Hamilton et

al., 2019; Ziedonis et al., 2008). Esto se debe a la interacción de los receptores nicotínicos en la liberación de dopamina, mientras que en la corteza prefrontal ayuda a paliar los síntomas negativos, este incremento en el estriado empeora los síntomas positivos (Lucatch et al., 2018; Wing et al., 2012). Por otro lado, otros estudios hacen referencia a una vulnerabilidad neurobiológica en la esquizofrenia que se expresa en dificultades para tolerar los síntomas negativos de la abstinencia y en la inhibición de los impulsos (Coustals et al., 2020).

Históricamente, ha habido reticencias en la comunidad médica para promover la abstinencia del tabaco en pacientes psiquiátricos. Esto se debe a que se ha intentado evitar el riesgo de que los síntomas positivos empeoren debido a la ansiedad e irritabilidad que pueden aparecer en la abstinencia a la nicotina (Dalack & Meador-Woodruff, 1996). Además, se han llegado a utilizar los cigarrillos como elemento reforzador en programas de modificación de conducta aplicados a centros de salud mental (Gustafson, 1992).

En España la Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo avanzó en el aumento de espacios libres de humo, sin embargo, no hubo prohibición de fumar en las zonas al aire libre de los centros o establecimientos psiquiátricos (BOE, 2010). A pesar de todo ello, no se han hallado efectos negativos en centros de varios países que, independientemente, han decidido optar por la prohibición de fumar en todo el recinto. Al contrario de lo que se cree, estos centros han reportado mejoras en el estado de salud de sus pacientes y una reducción en el número de contenciones y aislamientos (Schroeder & Morris, 2010).

Asimismo, Kelly y su equipo (2012) demostraron que los fumadores con esquizofrenia presentan menos motivación para dejar de fumar que aquellos que no presentaron ningún trastorno grave del Eje I del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2000). A pesar de ello, más de tres cuartas partes habían

intentado dejar de fumar alguna vez y el número de intentos de abandono es similar respecto al resto de la población. Ello sugiere la importancia de ofrecer apoyo a personas que no están motivadas o no buscan tratamiento. En definitiva, todas estas dificultades marcan una necesidad de apoyo para las personas con esquizofrenia con problemas de tabaquismo.

Dentro de los tratamientos existentes, se encuentran los farmacológicos como los más habituales entre ellos la vareniclina, el bupropión y las terapias de reemplazo de nicotina. Éstos pueden ayudar a reducir el deseo de fumar y los síndromes de abstinencia tras la retirada, aumentando así las posibilidades de abandono del tabaco (Peckham et al., 2017). Además de la terapia farmacológica, la Asociación Europea de Psiquiatría (EPA) recomienda en su guía la utilización de terapia psicológica, ya que puede ayudar a los pacientes a desarrollar las habilidades de afrontamiento y autoeficacia necesarias para dejar de fumar y prevenir una recaída. Entre ellos destacan la terapia cognitiva conductual (a partir de ahora TCC), la entrevista motivacional y los programas de manejo de contingencias (Rüther et al., 2014). Adicionalmente, el National Institute for Health and Care Excellence de Reino Unido (NICE) recomienda que las intervenciones para dejar de fumar en personas con problemas de salud mental estén adaptadas a las características de estos pacientes. En concreto, que las intervenciones psicológicas y farmacológicas se ajusten en intensidad y duración y que sean llevadas a cabo por expertos en salud mental (NICE, 2023).

A pesar de ello, la terapia psicológica como tal es infrautilizada en los estudios más recientes. Varios de estos estudios utilizan intervenciones de asesoramiento, en ocasiones muy breves u otro tipo de intervenciones menos especializadas como los grupos de autoayuda (Brunette et al., 2018; Metse et al., 2017; Myers et al., 2020). Asimismo, los resultados del impacto de la terapia psicológica en los tratamientos combinados no están muy claros. En el

metaanálisis de Tsoi et al. (2013), la única intervención psicológica que mostró efectos positivos en la reducción del uso del tabaco fue el refuerzo monetario contingente. Aún queda por esclarecer si las intervenciones psicológicas para el tabaquismo son eficaces en esta población.

El objetivo de esta revisión sistemática es el de analizar la eficacia de los tratamientos médicos y psicológicos para el abandono y la reducción del tabaquismo en pacientes con esquizofrenia. En segundo lugar, comparar la eficacia del tratamiento farmacológico respecto al tratamiento combinado.

Método

La presente revisión sistemática se realizó siguiendo el método PRISMA, aplicando sus criterios tanto para la recuperación de datos, así como para la realización del cribado y la presentación de la información (Page et al., 2021).

En segundo lugar, se evaluó la calidad metodológica de los estudios seleccionados utilizando la escala Methodological Quality Rating Scale (MQRS) (Miller et al., 1995). Esta herramienta se sigue utilizando para el análisis de sesgo en revisiones sistemáticas sobre el tratamiento de adicciones (Cabassa et al., 2017; French et al., 2022; Li et al., 2017). La escala MQRS evalúa 12 dimensiones metodológicas, éstas se suman y crean una puntuación cuantitativa.

Estrategia de búsqueda

En diciembre de 2022 se llevó a cabo a una búsqueda sistemática en las bases de datos Embase, PsycINFO, PubMed (MEDLINE) y Web of Science. Se eligió la primera por su contenido en investigación farmacéutica, la segunda por su enfoque en la psicología y la salud

mental, la tercera por su enfoque en tratamientos psiquiátricos y la cuarta por su extensa cobertura de artículos.

Para la búsqueda se utilizaron las palabras clave relacionados con la esquizofrenia, tabaquismo, y los tipos de tratamientos (“behavioral”, “treatment”, “psychosocial”...) En una primera búsqueda solamente se utilizaron los indicadores “treatment” y “therapy”. Sin embargo, se volvió a plantear una búsqueda más inclusiva ya que apenas aparecieron resultados con tratamientos psicológicos.

Se estableció un límite temporal en los registros incluidos en la búsqueda, teniéndose en cuenta un periodo de obsolescencia científica de 10 años, desde enero de 2012 hasta diciembre de 2022. Las ecuaciones de búsqueda utilizadas aparecen detalladamente en la Tabla 1.

Tabla 1

Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Cantidad de resultados (2012-2022)
Embase	('schizophreni*':ab,ti OR 'psychosis':ab,ti OR 'psychoses':ab,ti OR 'psychotic disorder':ab,ti) AND ('tobacco use disorder':ab,ti OR 'nicotine dependence':ab,ti OR 'nicotine addiction':ab,ti OR 'nicotine use disorder':ab,ti OR 'tobacco addiction':ab,ti) AND ('treatment*':ab,ti OR 'intervention':ab,ti OR 'behavio*':ab,ti OR 'psychosocial':ab,ti OR 'contingen*':ab,ti OR 'community health':ab,ti OR 'counseling':ab,ti OR 'cognitive behavio*':ab,ti OR 'nonmedication':ab,ti OR 'non-pharmacologic*':ab,ti)	219
PsycINFO	AB ("schizophren*" or "psychosis" or "psychoses" or "psychotic") AND AB ("tobacco use disorder" or "nicotine dependence" or "nicotine addiction" or "nicotine use disorder" or "tobacco addiction") AND AB ("treatment*" or "intervention" or "behavio*" or "psychosocial" or "contingen*" or "community health" or "counseling" or "cognitive behavio*" or "nonmedication" or "non-pharmacologic*")	102
PubMed	("schizophren*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "Schizo affective"[Title/Abstract] OR "Psychotic"[Title/Abstract]) AND ("tobacco use disorder"[Title/Abstract] OR "nicotine dependence"[Title/Abstract] OR	150

Web of Science	<p>"nicotine addiction"[Title/Abstract] OR "nicotine use disorder"[Title/Abstract] OR "tobacco addiction"[Title/Abstract]) AND ("treatment*"[Title/Abstract] OR "intervention"[Title/Abstract] OR "behavio*"[Title/Abstract] OR "psychosocial"[Title/Abstract] OR "contingen*"[Title/Abstract] OR "community health"[Title/Abstract] OR "counseling"[Title/Abstract] OR "cognitive behavio*"[Title/Abstract] OR "nonmedication*"[Title/Abstract] OR "non-pharmacologic*"[Title/Abstract])</p> <p>(AB=(schizophren*) OR AB=(psychotic) OR AB=(psychosis) OR AB=(psychoses) OR AB=(schizoaffective)) AND (AB=(tobacco use disorder) OR AB=(nicotine dependence) OR AB=(nicotine addiction) OR AB=(nicotine use disorder) OR AB=(tobacco addiction)) AND (AB=(treatment*) OR AB=(intervention) OR AB=(behavio*) OR AB=(psychosocial) OR AB=(contingen*) OR AB=(community health) OR AB=(counseling) OR AB=(cognitive behavio*) OR AB=(nonmedication*) OR AB=(non-pharmacologic*))</p>	417
	Total	888

Crterios de inclusi3n de los estudios

En esta revisi3n, se incluyeron estudios de intervenci3n cuya poblaci3n de inter3s fueron personas fumadoras con esquizofrenia u otros trastornos psic3ticos. En segundo lugar, el objeto de la intervenci3n es el de abstinencia o reducci3n del tabaquismo en adultos mayores de 18 a1os. En tercer lugar, las publicaciones se hicieron en ingl3s o en espa1ol. Por 3ltimo, los registros incluidos fueron publicados en revistas cient3ficas revisadas por pares.

Crterios de exclusi3n de los estudios

Se excluyeron los estudios (a) que fuesen libros, cap3tulos de libros, res3menes publicados, disertaciones, cartas al editor, posters, revisiones sistem3ticas/literatura o directrices o manuales de tratamiento; (b) cuya poblaci3n presentase problemas adictivos com3rbidos de otras sustancias (alcohol, cannabis, etc.); (c) utilizaban el *craving* o ansia por fumar como medida de resultado; (d) s3lo informaban de resultados cualitativos; (e) la proporci3n de la

muestra que presentaba esquizofrenia u otros trastornos psicóticos fuese menor del 70% y (f) sólo reportaban el inicio o la adhesión a un tratamiento sin evaluar los resultados del mismo.

Análisis de la calidad de los estudios

Valoración de la calidad de los estudios con la Methodological Quality Rating Scale

La escala MQRS consta de 12 dimensiones de calidad metodológica, entre estas variables se evalúan la presencia de aleatorización, la extensión temporal del seguimiento, la enumeración de abandonos, etc. El número de la puntuación en esta escala varía desde el 0 (calidad muy baja), hasta 17 (calidad muy alta). En cada estudio se evaluó la presencia (desde +1 hasta +4 puntos, dependiendo de la dimensión) o ausencia (0 puntos) de cada dimensión evaluada. En el Apéndice A se puede ver la puntuación detallada de los estudios seleccionados.

Variables recogidas

Para el análisis del contenido de los estudios seleccionados se extrajo la información principal: autor, año, método, país, tipos de intervención, tipo de control, resultados de abstinencia y resultados secundarios. Asimismo, se aplicó la evaluación metodológica con los criterios MQRS.

Resultados

Selección de los estudios

Esta revisión siguió la declaración PRISMA para la elaboración de revisiones sistemáticas (Page et al., 2021), ya que garantiza unos mínimos de claridad y transparencia en la estrategia de búsqueda y la presentación de resultados. Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión ya explicados anteriormente. La primera búsqueda arrojó un resultado total de 888 registros, de los cuales, 535 de ellos eran registros únicos al haber eliminado los duplicados. Se procedió a analizar estos 535 registros mediante la revisión de los títulos y los resúmenes lo que permitió descartar 473 de ellos, quedando 62. De estas 62 publicaciones, no se pudo acceder a 12 de ellos. Acto seguido, se procedió a realizar un cribado a texto completo de estos 50 estudios. En último lugar, se seleccionaron 11 estudios para la revisión de este trabajo. En la figura 1 aparece detalladamente el proceso de cribado y selección al que me remito.

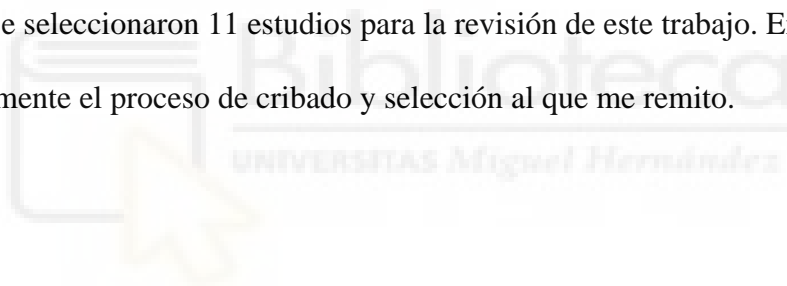
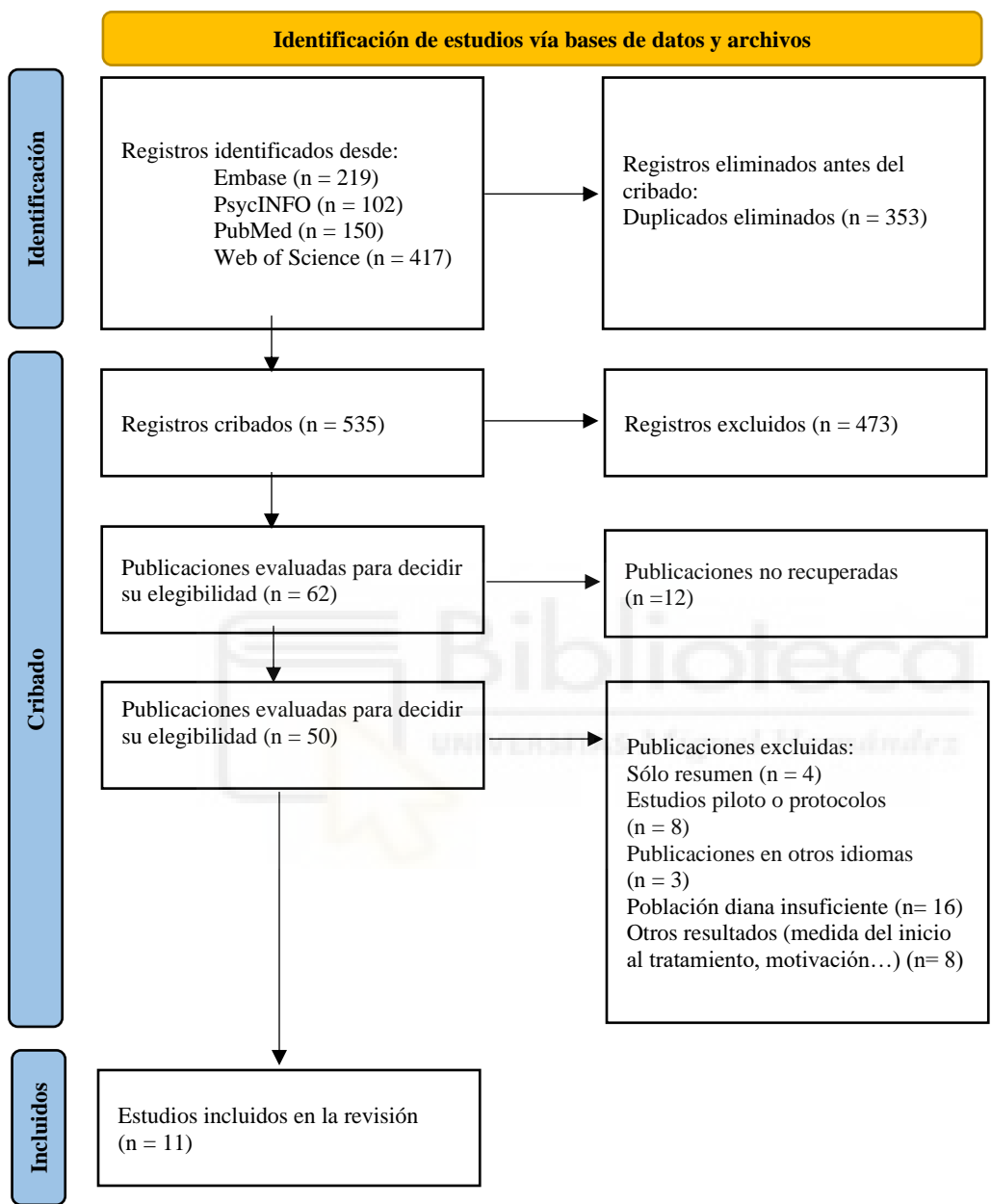


Figura 1

Proceso de selección de los estudios siguiendo el protocolo PRISMA



Características de los estudios

Los 11 estudios analizados, 4 incluyeron intervenciones psicológicas, 2 intervenciones farmacológicas solamente, 4 una integración de intervenciones farmacológicas y psicológicas (intervenciones combinadas) y uno de ellos utilizó una intervención médica no farmacológica, estimulación magnética transcraneal. En segundo lugar, 8 de los 11 estudios, un 73%, fueron pruebas controladas aleatorizadas. Los 3 estudios restantes utilizaron un diseño cuasiexperimental sin grupo de control (Breitborde et al., 2021; Dutra et al., 2012; Garcia-Portilla et al., 2016).

Los estudios se realizaron en una amplia variedad de países, siendo el más común Estados Unidos, donde se intervino en 5 de los estudios. Solo uno de ellos, fue de carácter multinacional, realizando la intervención en 16 países (Anthenelli et al., 2016)

En todos los estudios, las intervenciones se describieron con suficiente detalle, especialmente las farmacológicas. Sin embargo, la intervención psicológica llevada a cabo por el equipo de Dutra et al. (2012), no está bien definida, siendo un obstáculo para su replicabilidad.

Análisis de la calidad de los estudios

Se realiza el análisis de la calidad de los estudios mediante la escala MQRS, tal y como se ha explicado en el apartado de metodología. La puntuación media de los estudios es de 11,1 (desviación típica = 3,7), la puntuación más baja fue 6 y la más alta 15.

Las características metodológicas de los 11 estudios aparecen más detalladamente en la Tabla 3.

Tabla 2

Características de los estudios seleccionados

Autor(es) y año	Métodos y localización	Participantes (población)	Tipo de intervención	Intervenciones	Grupo de control	Resultados de abstinencia	Resultados de reducción de consumo	MQRS
Anthenelli et al. 2016	Multinacional Prueba controlada aleatorizada (doble ciego)	4116	Farmacológica	Vareniclina 2mg/día Bupropión 300 mg/día Terapia de reemplazo de nicotina, parches de 21 mg/día 10 minutos de asesoramiento en cada visita clínica en todos los grupos. Seguimiento 3 meses después de finalizar la intervención.	Placebo	Prevalencia de abstinencia de 14 días al final del tratamiento (12 semanas) medido mediante monóxido de carbono exhalado: Vareniclina: 29% (p<0,0001) OR = 3,24 (95% IC) Bupropión: 19% (p<0,0001) OR = 1,87 (95% IC) Terapia de reemplazo de nicotina: 20% OR = 2,00 (95% IC) (p<0,0001) Placebo: 11% Prevalencia de abstinencia de 14 días en el seguimiento (12 semanas después de haber finalizado): Vareniclina: 18% (p<0,0001) OR = 2,50 (95% IC) Bupropión: 13% (p<0,0001) OR = 1,77 (95% IC) Terapia de reemplazo: 12% (p<0,0007) OR = 1,65 (95% IC) Placebo: 8%	N/D	14
Breitborde et al. 2021	Estados Unidos Estudio cuasiexperimental	49	Psicológica	Versión modificada de la terapia de remediación cognitiva, 12 sesiones durante 6 semanas. Se plantea la hipótesis de que mejorando las habilidades metacognitivas mejoraría las habilidades cognitivas necesarias para dejar de fumar y hacer frente al deseo, además de	Sin grupo de control	Un 80% de los participantes reportaron un intento de abandono de 24 horas a lo largo de la intervención. No hay datos de abandono de 7 días de duración.	Disminución del CO expirado en comparación a la línea base en el seguimiento de una semana (p=0,02). No habiendo una disminución significativa a las 6 semanas de haber finalizado.	6

Brody et al. 2017	Estados Unidos Prueba controlada aleatorizada	34	Combinada	<p>aumentar la motivación y la autoeficacia. A los participantes se les ofreció la posibilidad de recibir apoyo farmacológico (bupropión, vareniclina o terapia de sustitución de nicotina), durante 12 semanas. Seguimiento una semana y 6 semanas posterior a la intervención psicológica. Los tratamientos fueron:</p> <p>Tratamiento ampliado combinado más visitas a domicilio: Este grupo recibió una combinación de tres medicamentos (bupropión, parches de nicotina y pastillas de nicotina) y TCC durante 6 meses. Las visitas domiciliarias se realizaron cada 15 días para evaluar y reducir la exposición al humo de segunda mano y proporcionar asesoramiento conductual breve. Tratamiento combinado ampliado sin visitas domiciliarias: Este grupo recibió la misma combinación de medicamentos y TCC que el grupo anterior, pero sin visitas domiciliarias.</p>	<p>Tratamiento habitual: Los participantes de este grupo recibieron TCC y visitas para el control de la medicación, en las que podían elegir entre una única medicación o una combinación de éstas para dejar de fumar (parche de nicotina, bupropión o vareniclina) en función de la disponibilidad, la preferencia y la respuesta</p>	<p>La intervención combinada con visitas domiciliarias fue más eficaz que el tratamiento habitual en el porcentaje de sujetos que consiguieron abstinencia prolongada de 7 días al finalizar la intervención 45% y 8% respectivamente (p=0,03)</p>	<p>Diferencias en el número de cigarrillos fumados entre los dos grupos de intervención (con y sin visitas domiciliarias) y el tratamiento habitual al finalizar el estudio (p < 0,05). Solamente el grupo de intervención sin visitas domiciliarias registró una diferencia significativa en el seguimiento de 12 semanas en comparación al tratamiento habitual. Diferencias significativas entre los dos grupos de intervención y el tratamiento habitual en monóxido de carbono exhalado al finalizar el estudio (p < 0,05)</p>	8
Chen et al. 2013	Taiwán Prueba controlada aleatorizada (doble ciego)	184	Farmacológica	<p>La intervención duró 26 semanas, sin seguimiento. Terapia de reemplazo de nicotina, parches de 31,2 mg las 4 primeras semanas y de 20,8 mg las 4 semanas siguientes 6 sesiones de psicoeducación en vídeo, de 20 minutos cada una. Durante 8 semanas, sin seguimiento.</p>	<p>Parches de nicotina de baja dosis (20,8 mg)</p>	<p>No hay resultados significativos de abstinencia (2,7%) No hay diferencias significativas entre los resultados de abstinencia de los dos grupos (p= 0,174)</p>	<p>Reducción del número de cigarrillos fumados (-3,2) en el grupo de baja dosis al final del tratamiento con respecto a la línea base (p<0,05) No se encontró correlación entre la cantidad de dosis de nicotina del tratamiento y la reducción de consumo de cigarrillos (p = 0,35)</p>	7
Dutra et al. 2012	Estados Unidos Estudio cuasiexperimental	53	Combinada	<p>Vareniclina 2mg/día 12 semanas, sin seguimiento. TCC grupal, 12 sesiones semanales de una hora.</p>	<p>Sin grupo de control</p>	<p>Prevalencia de abstinencia de 14 días del 60,4% al final del tratamiento (12 semanas)</p>	<p>Diferencias significativas en monóxido exhalado (p<0,001) entre la línea base y la finalización del tratamiento.</p>	6
Evins et al. 2014	Estados Unidos Prueba controlada aleatorizada (doble ciego)	247	Combinada	<p>La intervención consta de dos fases. Una fase inicial de estudio abierto en el que se administró 0,5 mg de vareniclina diarios</p>	<p>Placebo y TCC grupal de asistencia opcional.</p>	<p>El 60% de los participantes lograron una abstinencia continuada de 14 días al</p>		15

						16		
				<p>durante 3 días, 1 mg diario durante 4 días, y, 2 mg diarios durante 11 semanas. Asimismo, los sujetos atendieron a TCC grupal de una hora durante 12 semanas.</p> <p>Al terminar la fase inicial, los participantes con abstinencia verificada de 14 días tuvieron la posibilidad de asistir a grupos de TCC de 15 sesiones de duración. Las sesiones fueron llevadas a cabo por un terapeuta certificado. Estos 87 participantes se dividieron en dos grupos, en uno de ellos se les administró vareniclina, 2mg al día, mientras que el otro grupo recibió placebo.</p> <p>Seguimiento presencial con prueba objetiva de abstinencia a las 12 semanas y telefónico a las 24 semanas.</p>		<p>finalizar la fase abierta (a las 12 semanas) frente a un 19% en el grupo que recibió placebo y TCC OR = 6,2 (95% IC) (p<0,001)</p> <p>Tras finalizar el tratamiento farmacológico. Los participantes que recibieron vareniclina tuvieron mayores resultados de abstinencia continuada durante el tratamiento, 40% de los participantes, con respecto al grupo de control, 11% OR = 5,2 (95% IC) (p=0.003)</p> <p>En el seguimiento final, a las 24 semanas después de finalizar el tratamiento, un 30% de los pacientes seguían abstinentes en comparación a un 11% del grupo de control. OR = 3,4 (95% IC) (p=0.03)</p> <p>Los resultados fueron medidos mediante pruebas de monóxido de carbono expirado.</p>		
García-Portilla et al. 2016	España Estudio cuasiexperimental	75	Combinada	<p>Los sujetos fueron divididos en 2 tipos de tratamiento farmacológico: vareniclina y terapia de sustitución de nicotina (parches). Todos los participantes recibieron terapia grupal manualizada de 12 semanas para dejar de fumar adaptada al trastorno mental grave. Además, se ofreció terapia individual previa antes de</p>	Sin grupo de control	<p>Al final de la fase de tratamiento farmacológico, un 53% de los participantes reportaron una abstinencia estable de 7 días, medida por CO exhalado. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos de tratamiento.</p>	<p>Resultados significativos de reducción de CO exhalado y cigarrillos diarios fumados. No hubo diferencias significativas entre los dos tratamientos.</p>	11

				comenzar el tratamiento, con una duración flexible de 4 a 12 sesiones basada en la entrevista motivacional. Seguimiento a las 12, 24 y 36 semanas de iniciar la intervención.		Un 41% de los pacientes mostraron abstinencia a las 12 semanas después de finalizar el tratamiento. Mientras que un 37% reportaron abstinencia a las 24 semanas después.		
Gelkopf et al. 2012	Israel Prueba controlada aleatorizada	53	Psicológica	Programa de 5 sesiones grupales en las que se abordan diferentes técnicas cognitivo-conductuales orientadas a la reducción del consumo de tabaco. Los sujetos eran libres de solicitar sesiones de apoyo y asesoramiento individual. Seguimiento a los 3 meses de finalizar la intervención.	Lista de espera: Atendieron a una conferencia sobre los riesgos de fumar.	N/D	Reducción del consumo de cigarrillos 7,1 de media menor. Significativamente mayor respecto al grupo de lista de espera (2). Datos auto informados. Reducción del nivel de psicopatología, medido por el PANSS, en el grupo de intervención.	12
Mak et al. 2021	Hong Kong Prueba controlada aleatorizada (doble ciego)	130	Psicológica	Programa de 10 sesiones semanales de terapia de activación y compromiso, de 30 minutos de duración. Los elementos del programa fueron la psicoeducación y los 6 principios básicos del ACT (aceptación, aquí y ahora, valores, compromiso de la acción, yo como contexto y defusión). Seguimiento a los 6 y 12 meses de iniciar la intervención.	Los participantes del grupo de control recibieron una charla educativa para dejar de fumar junto a un folleto de autoayuda. Además, 10 sesiones grupales de apoyo social de 5 a 10 minutos de duración.	Prevalencia autoinformada de abstinencia de 7 días del 12,3% a los 6 meses. No hay diferencias significativas respecto al grupo de control $p > 0.05$. Tampoco hay diferencias significativas en abstinencia a los 12 meses (10,8% - 7,7%)	Diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo de control en el nivel de CO exhalado a los 12 meses ($p = 0,03$) Reducción significativa de la evitación experiencial en el grupo de intervención con respecto al grupo de control, analizado mediante el cuestionario AAQII	15
Prikryl et al. 2014	República Checa Prueba controlada aleatorizada (doble ciego)	35	Estimulación magnética transcraneal	Programa de 15 sesiones de estimulación magnética transcraneal repetitiva en la corteza prefrontal dorsolateral izquierda. Intensidad de estimulación al 110%, frecuencia de 10hz. Seguimiento una semana después de finalizar la intervención.	Sesión de simulacro (placebo)	N/D	Diferencia significativa en el consumo de tabaco entre el grupo de intervención y el grupo de control ($p < 0,001$) Reducción significativa del consumo de tabaco con respecto a la línea base ($p < 0,01$). 4 cigarrillos menos de media en el momento del seguimiento No se han hallado diferencias en el cambio de sintomatología negativa o depresiva tras la intervención	13
Tantirangsee et al. 2015	Tailandia Prueba controlada aleatorizada	166	Psicológica	Grupo de intervención breve basada en la entrevista motivacional. Sesión única de 30 a 45 minutos.	Tratamiento habitual. Sesión de 5 minutos llevado a cabo por un	N/D	No hubo resultados significativos de aumento de días sin fumar entre los grupos de intervención y el grupo de control.	15

La intervención incluye elementos de educación sobre conceptos relacionados con la adicción, estrategias de orientación al cambio, y cognitivas, entre otros.

enfermero quien aconseja al paciente la importancia de dejar de fumar o reducir el uso de cigarrillos.

Diferencia significativa de cigarrillos diarios entre la intervención breve con apoyo familiar y el grupo de control ($p < 0,05$).

Grupo de intervención breve con apoyo familiar. Sesión única de 45 a 75 minutos
Estos incluyen los mismos elementos que en el grupo de intervención breve, involucrando a un familiar en la sesión. Se instruyó también en habilidades de comunicación y de resolución de problemas.

Ambos grupos de intervención fueron llevados a cabo enfermeros especializados en psiquiatría.

Seguimiento 6 meses después del inicio de la intervención.

Tabla 3

Características metodológicas de los estudios seleccionados

Autores y año	Diseño del estudio	Control de calidad	Extensión del seguimiento	Porcentaje de seguimientos	Informantes colaterales	Verificación objetiva	Abandonos	Pérdidas en el seguimiento	Seguimiento independiente	Análisis estadístico	Multicéntrico
Anthenelli et al. 2016	Prueba controlada aleatorizada	Estandarizado	3 meses	97,6%	No	Sí	Enumerados	Enumeradas	Doble ciego	Análisis estadístico apropiado	140 centros en 16 países
Breitborde et al. 2021	Estudio cuasiexperimental	Estandarizado	N/D	N/D	No	Sí	Enumerados	Enumeradas	Sin seguimiento	Análisis estadístico apropiado	Centro único
Brody et al. 2017	Prueba controlada aleatorizada	Estandarizado	N/D	N/D	No	Sí	Enumerados	No enumeradas	Sin seguimiento	Análisis estadístico apropiado	Centro único
Chen et al. 2013	Prueba controlada aleatorizada	No estandarizado	N/D	N/D	No	Sí	Enumerados	No enumeradas	Sin seguimiento	Análisis estadístico apropiado	Centro único
Dutra et al. 2012	Estudio cuasiexperimental	Estandarizado	N/D	N/D	No	Sí	Enumerados	Enumeradas	Sin seguimiento	Análisis estadístico apropiado	Centro único
Evins et al. 2014	Prueba controlada aleatorizada	Estandarizado	6 meses	90,7%	No	Sí	Enumerados	Enumeradas	Doble ciego	Análisis estadístico apropiado	10 centros
García-Portilla et al. 2016	Estudio cuasiexperimental	Estandarizado	9 meses	96%	No	Sí	Enumerados	Enumeradas	Seguimiento no ciego	Análisis estadístico apropiado	3 centros
Gelkopf et al. 2012	Prueba controlada aleatorizada	Estandarizado	3 meses	100%	No	No	Enumerados	Enumeradas	Doble ciego	Análisis estadístico apropiado	Centro único
Mak et al. 2021	Prueba controlada aleatorizada	Estandarizado	12 meses	80%	No	Sí	Enumerados	Enumeradas	Doble ciego	Análisis estadístico apropiado	51 centros
Prikryl et al. 2014	Prueba controlada aleatorizada	Estandarizado	Una semana	100%	No	Sí	Enumerados	Enumeradas	Doble ciego	Análisis estadístico apropiado	Centro único
Tantirangsee et al. 2015	Prueba controlada aleatorizada	Estandarizado	6 meses	93,5%	Sí	No	Enumerados	Enumeradas	Doble ciego	Análisis estadístico apropiado	2 centros

Nota de Tabla. N/D: No disponible.

Descripción de las intervenciones no farmacológicas

Terapia de remediación cognitiva

El estudio de Breitborde et al. (2021), lleva a cabo una intervención psicológica basada en la terapia de remediación cognitiva. Ésta se centra en mejorar las habilidades metacognitivas de las personas con esquizofrenia, especialmente, la capacidad de resolución de problemas y la regulación cognitiva, (uso, supervisión y evaluación de estrategias cognitivas alternativas). Su equipo plantea como hipótesis que los déficits en los dominios cognitivos básicos (memoria, atención, aprendizaje...) son un impedimento a la autorregulación necesaria

Terapia cognitiva conductual

La terapia cognitivo conductual se llevó a cabo en 4 de los estudios analizados. En el estudio Brody et al. (2017), se incluyeron elementos como la psicoeducación sobre la adicción al tabaco, el reconocimiento de los disparadores que podrían llevar a una recaída, y el desarrollo de nuevas habilidades de afrontamiento. Estas se realizaron en 12 sesiones de una hora de duración, de forma grupal. Además, se evaluó la eficacia de esta terapia junto a las visitas domiciliarias. En estas visitas se pretendió reducir el humo de segunda mano y asesorar brevemente de pautas cotidianas.

De manera similar, Evins et al. (2014) llevaron a cabo en su estudio sesiones de TCC grupales de una hora durante 12 semanas. En éstas, se incluyeron elementos centrados en la prevención de recaídas y en la aplicación de habilidades cognitivas y conductuales clave para afrontar situaciones de alto riesgo.

Entrevista motivacional

En el estudio de Garcia-Portilla et al. (2016), se ofreció voluntariamente terapia individual con un número flexible de sesiones. Tenía como objetivo ayudar a los pacientes a

mediante el modelo transteórico del cambio hacia las etapas de contemplación o acción (Prochaska & DiClemente, 1983). Los principales temas abordados durante las sesiones fueron los pros y los contras de fumar, los costes sanitarios y económicos de fumar y las preocupaciones por abandonar el tabaco. Además, todos los sujetos recibieron psicoterapia grupal que incluía elementos como balance decisional, técnicas de autocontrol, ventajas y desventajas de los fármacos, prevención de recaídas...

Por otra parte, el programa de Tantirangsee et al. (2015) llevó a cabo sesiones grupales breves, de entre 30 y 45 minutos. En él se impartió psicoeducación sobre las adicciones y los problemas de salud mental, técnicas de modificación conductual, estrategias de afrontamiento ante el *craving* e información para el acceso a servicios de apoyo. Paralelamente, se realizaron sesiones de intervención con apoyo familiar, se instruyó en habilidades de comunicación y resolución de problemas tanto al paciente como a un familiar de referencia seleccionado.

Terapia de aceptación y compromiso

Mak et al. (2021) realizaron un programa basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT), con 10 sesiones individuales de 30 minutos cada una. La intervención integró psicoeducación y los elementos básicos del ACT. Para ello, se apoyaron en la aceptación de las sensaciones internas que aparecen en el deseo de fumar, así como la identificación y compromiso con los valores vitales personales para cumplir con el objetivo de la abstinencia.

Limitaciones de los resultados

Dentro de la evidencia incluida, se encuentran algunas limitaciones. En primer lugar, varios de los artículos seleccionados utilizaron un diseño cuasiexperimental, sin grupo de

control, por lo que no se puede conocer con certeza el efecto placebo de las intervenciones u otros factores.

En segundo lugar, solamente tres de los estudios seleccionados incluyeron seguimiento igual o superior a los 6 meses, de entre estos estudios, uno llevó a cabo un tratamiento continuado en el tiempo de prevención de recaídas el cual ha demostrado ser eficaz (Evins et al., 2014). Apenas existen estudios recientes que incluyan tratamiento de prevención recaídas en sus intervenciones ya que las realizadas suelen estar más limitadas en la longitud de la intervención. La tasa de recaídas en fumadores con esquizofrenia es más alta que en la población general llegando a ser del 60% al retirar el tratamiento farmacológico, en comparación en el resto de la población es de un 30% (Kozak & George, 2020). Además, existen indicios de que el tratamiento farmacológico continuado sea eficaz para la prevención de recaídas (Lucatch et al., 2018).

Eficacia de las intervenciones

De entre los estudios analizados, siete de ellos reportaron resultados de abstinencia, sin embargo, solo cinco estudios consiguieron resultados favorables significativos en sus intervenciones en comparación con la línea base o entre grupos. Dos de estos cinco estudios carecieron de grupo de control (Dutra et al., 2012; Garcia-Portilla et al., 2016), por lo cual, nos impide conocer si la magnitud se debe a la intervención farmacológica, psicológica u otros factores. Aun así, en ambos estudios se obtuvo unos resultados de abstinencia bastante altos, alcanzando un 60% y un 53%, respectivamente.

Dentro de los cinco estudios restantes, todos utilizaron tratamiento combinado exceptuando el realizado por Anthenelli et al. (2016). En este, se comparó la eficacia de tres

tratamientos farmacológicos de primera línea: vareniclina, bupropión y tratamiento de reemplazo de nicotina en parches. De todos ellos, la vareniclina proporciona los mejores resultados de abstinencia al finalizar el tratamiento en comparación al placebo (29% vs 11%, $p < 0,0001$, OR = 3,24). Aun así, esta diferencia no es tan marcada al realizar el seguimiento 3 meses después de finalizar la intervención (18% vs 8%, $p < 0,0001$, OR = 2,50).

De los estudios que compararon la intervención combinada y la farmacológica, solamente la realizada por Brody y su equipo (2017) ha reportado resultados significativos de abstinencia en el grupo de intervención. Esta eficacia se muestra en el grupo con visitas domiciliarias, TCC y apoyo farmacológico combinado por bupropión, parches de nicotina y pastillas de nicotina, obteniendo un 45% de personas que mostraron abstinencia continuada de 7 días. Sin embargo, la intervención de apoyo farmacológico combinado sin visitas domiciliarias no obtuvo diferencias significativas en comparación al tratamiento habitual, compuesto de TCC y un solo medicamento de primera línea (20% vs 8% respectivamente, $p = 0,4$).

Teniendo en cuenta estos resultados, se puede afirmar que el tratamiento combinado es la más efectivo que el tratamiento farmacológico o el psicológico por separado para que las personas con problemas de esquizofrenia logren dejar de fumar.

Discusión

La presente revisión sistemática tiene como objetivo analizar la eficacia de los tratamientos disponibles para el tabaquismo en personas con problemas de esquizofrenia. Para ello, se llevó a cabo una búsqueda de la bibliográfica disponible en cuatro bases de datos

científicas. Posteriormente, se seleccionaron 11 estudios comprendidos entre los años 2012 y 2022, los cuales utilizaron una muestra de 5142 sujetos en total.

A raíz de los resultados, la intervención combinada resulta ser un tratamiento eficaz para las personas con esquizofrenia. Estos hallazgos son acordes a las recomendaciones de la guía de la Asociación Europea de Psiquiatría de estrategias para la dependencia al tabaco en personas con trastornos mentales (Rüther et al., 2014). Por otro lado, se contradice con los resultados reportados en el metaanálisis de Tsoi et al. (2013), los cuales no muestran una evidencia favorable de los tratamientos combinados respecto a los farmacológicos. Esta discrepancia puede haberse visto influida por la diferente bibliografía utilizada, debido a las fechas y otros criterios de inclusión.

Aun así, tan solo se han analizado dos estudios que utilizaron solamente tratamiento farmacológico. Uno de ellos (Chen et al., 2013), obtiene una puntuación MQRS de 7, bastante baja, y no obtiene resultados significativos de abstinencia ni de reducción utilizando terapia de reemplazo de nicotina en parches.

Por otra parte, la intervención realizada por Anthenelli et al. (2016), tiene la muestra más alta de los estudios seleccionados (n=4116), sus resultados arrojan que la vareniclina es el medicamento más eficaz, en comparación a los parches de nicotina y el bupropión. La mayor eficacia de la vareniclina con respecto a otros fármacos en esta población concuerda con los otros metaanálisis realizados previamente (Cather et al., 2017; D. T. Tsoi et al., 2013).

Algunos de los estudios evaluados, llevan a cabo intervenciones cuyo objetivo principal no fue el de la abstinencia del tabaco sino la reducción, esta ha sido medida por valoraciones objetivas, como puede ser el nivel de monóxido de carbono exhalado, o autoinformadas, por ejemplo, el número de cigarrillos fumados diarios. Además de la abstinencia, la reducción del

número de cigarrillos también puede tener un efecto importante en la disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular, que es uno de los principales factores que contribuyen al aumento de la tasa de mortalidad prematura en personas con esquizofrenia (Tsoi et al., 2010). Del mismo modo, el consumo de tabaco se ha asociado con más síntomas de excitación y agitación, mayor gravedad de la psicopatología y síntomas psicóticos positivos en pacientes con esquizofrenia (García-Portilla & Bobes, 2016).

En esta revisión sistemática, no se han considerado las intervenciones farmacológicas que se apoyaron con sesiones de asesoramiento breve como combinadas. Asimismo, varios de estos programas fueron llevados a cabo por enfermeros formados por otros psicólogos clínicos, por lo que, en muchos de los estudios recientes no existe una terapia psicológica como tal. En uno de los estudios analizados (Tantirangsee et al., 2015), la intervención consta de una sola sesión de entrevista motivacional acompañada de otra con apoyo familiar. Dicho estudio evidencia las limitaciones presupuestarias la hora de realizar este tipo de programas en países como Tailandia.

Todas las intervenciones psicológicas exceptuando dos de ellas, se realizaron de forma grupal (García-Portilla et al., 2016; Mak et al., 2021). Sin embargo, no hay pruebas suficientes de que este formato tenga una mayor eficiencia que la terapia individual para dejar de fumar (Stead et al., 2017). Aun así, la relación coste/beneficio no se analizó de manera exhaustiva en ninguno de los estudios analizados.

Con todo ello, sería interesante de cara a futuras revisiones, analizar el coste-utilidad de las intervenciones psicológicas dependiendo de elementos como el número de sesiones, selección de personal que lo lleva a cabo, modalidad individual o grupal, etc.

Limitaciones

Este trabajo no está exento de limitaciones, nuestra revisión no incluyó aquellos artículos que se centraron en el aumento de adherencia a los tratamientos. Esto se debe a que se filtraron aquellos que evaluaron la eficacia de tratamientos psicológicos en las mejoras de motivación y adherencia en esta población. Incluir este tipo de artículos puede ser de utilidad, ya que parece ser que las intervenciones conductuales breves con elementos motivacionales consiguen aumentar la proporción de sujetos que siguen en tratamiento, en comparación con la psicoeducación (Cather et al., 2017).

Por otra parte, se han descartado algunos estudios relevantes cuyos sujetos de intervención eran personas con trastorno mental grave, ya que en este estudio se ha puesto el foco en el tratamiento de personas con problemas de esquizofrenia. Esta decisión, se debe a que parece existir una mayor prevalencia y uso de cigarrillos en la esquizofrenia en comparación con otras poblaciones, como puede ser el de personas con trastorno bipolar o depresión mayor (Dickerson, 2012).

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual for mental disorders. text revision. *American Psychiatric Press*.
- American Psychiatric Association. (2013). American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. In *Arlington*.
- Anthenelli, R. M., Benowitz, N. L., West, R., St Aubin, L., McRae, T., Lawrence, D., Ascher, J., Russ, C., Krishen, A., & Evins, A. E. (2016). Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): A double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet*, 387(10037), 2507–2520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30272-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30272-0)
- BOE. (2010). BOE Ley 42/2010. In *Boletín Oficial del Estado (BOE)*.
- Breitborde, N. J. K., Keller-Hamilton, B., Moe, A. M., Pine, J. G., Nelson, N., Weiss, D., Hogan, T., Quisenberry, A., Teferra, A., & Ferketich, A. K. (2021). An Open Trial of Metacognitive Remediation Therapy and Pharmacotherapy to Promote Smoking Cessation among Individuals with Psychotic-Spectrum Disorders. *Journal of Smoking Cessation*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/6617716>
- Brody, A. L., Zorick, T., Hubert, R., Hellemann, G. S., Balali, S., Kawasaki, S. S., Garcia, L. Y., Enoki, R., Abraham, P., Young, P., & McCreary, C. (2017). Combination extended smoking cessation treatment plus home visits for smokers with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Nicotine and Tobacco Research*, 19(1), 68–76. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw190>
- Brunette, M. F., Ferron, J. C., Robinson, D., Coletti, D., Geiger, P., Devitt, T., Klodnick, V., Gottlieb, J., Xie, H., Greene, M. A., Ziedonis, D., Drake, R. E., & McHugo, G. J. (2018).

- Brief Web-Based Interventions for Young Adult Smokers With Severe Mental Illnesses: A Randomized, Controlled Pilot Study. *NICOTINE & TOBACCO RESEARCH*, 20(10), 1206–1214. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx190>
- Cabassa, L. J., Camacho, D., Vélez-Grau, C. M., & Stefancic, A. (2017). Peer-based health interventions for people with serious mental illness: A systematic literature review. In *Journal of Psychiatric Research* (Vol. 84). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.021>
- Cather, C., Pachas, G. N., Cieslak, K. M., & Evins, A. E. (2017). Achieving Smoking Cessation in Individuals with Schizophrenia: Special Considerations. *CNS Drugs*, 31(6), 471–481. <https://doi.org/10.1007/s40263-017-0438-8>
- Chen, H. K., Lan, T. H., & Wu, B. J. (2013). A double-blind randomized clinical trial of different doses of transdermal nicotine patch for smoking reduction and cessation in long-term hospitalized schizophrenic patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263(1), 75–82. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0338-3>
- Coustals, N., Martelli, C., Brunet-Lecomte, M., Petillion, A., Romeo, B., & Benyamina, A. (2020). Chronic smoking and cognition in patients with schizophrenia: A meta-analysis. In *Schizophrenia Research*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.03.071>
- Dalack, G. W., & Meador-Woodruff, J. H. (1996). Smoking, smoking withdrawal and schizophrenia: Case reports and a review of the literature. *Schizophrenia Research*. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(96\)80441-5](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(96)80441-5)
- De Leon, J., & Diaz, F. J. (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research*, 76(2–3), 135–157. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.02.010>

Dickerson, F. (2012). Cigarette Smoking Among Persons With Schizophrenia or Bipolar Disorder in Routine Clinical Settings, 1999–2011. *Psychiatric Services*, *64*(1).

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.001432012>

Dutra, S. J., Stoeckel, L. E., Carlini, S. V., Pizzagalli, D. A., & Evins, A. E. (2012). Varenicline as a smoking cessation aid in schizophrenia: Effects on smoking behavior and reward sensitivity. *Psychopharmacology*, *219*(1), 25–34. [https://doi.org/10.1007/s00213-011-2373-](https://doi.org/10.1007/s00213-011-2373-6)

6

Evins, A. E., Cather, C., Pratt, S. A., Pachas, G. N., Hoepfner, S. S., Goff, D. C., Achtyes, E. D., Ayer, D., & Schoenfeld, D. A. (2014). Maintenance treatment with varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a randomized clinical trial.

JAMA, *311*(2), 145–154. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.285113>

French, R., Aronowitz, S. V., Brooks Carthon, J. M., Schmidt, H. D., & Compton, P. (2022). Interventions for hospitalized medical and surgical patients with opioid use disorder: A systematic review. *Substance Abuse*, *43*(1), 495–507.

<https://doi.org/10.1080/08897077.2021.1949663>

García-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2016). Programas de cesación tabáquica para personas con esquizofrenia: una necesidad urgente no cubierta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*,

9(4), 181–184. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.002>

García-Portilla, M. P., García-Alvarez, L., Sarramea, F., Galvan, G., Díaz-Mesa, E., Bobes-Bascaran, T., Al-Halabi, S., Elizagarate, E., Iglesias, C., Saiz Martínez, P. A., & Bobes, J. (2016). It is feasible and effective to help patients with severe mental disorders to quit smoking: An ecological pragmatic clinical trial with transdermal nicotine patches and varenicline. *Schizophrenia Research*, *176*(2–3), 272–280.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.011>

- Gelkopf, M., Noam, S., Rudinski, D., Lerner, A., Behrbalk, P., Bleich, A., & Melamed, Y. (2012). Nonmedication smoking reduction program for inpatients with chronic schizophrenia: A randomized control design study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(2), 142–146. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182438e92>
- Gustafson, R. (1992). Operant conditioning of activities of daily living on a psychogeriatric ward: a simple method. *Psychological Reports*. <https://doi.org/10.2466/pr0.1992.70.2.603>
- Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0)
- Keller-Hamilton, B., Moe, A. M., Breitborde, N. J. K., Lee, A., & Ferketich, A. K. (2019). Reasons for smoking and barriers to cessation among adults with serious mental illness: A qualitative study. *Journal of Community Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jcop.22197>
- Kelly, D. L., Raley, H. G., Lo, S., Wright, K., Liu, F., McMahon, R. P., Moolchan, E. T., Feldman, S., Richardson, C. M., Wehring, H. J., & Heishman, S. J. (2012). Perception of smoking risks and motivation to quit among nontreatment-seeking smokers with and without schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 38(3), 543–551. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq124>
- Kozak, K., & George, T. P. (2020). Pharmacotherapy for smoking cessation in schizophrenia: a systematic review. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 21(5), 581–590. <https://doi.org/10.1080/14656566.2020.1721466>
- Kumari, V., & Postma, P. (2005). Nicotine use in schizophrenia: The self medication hypotheses. In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.02.006>

- Li, W., Howard, M. O., Garland, E. L., McGovern, P., & Lazar, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment, 75*, 62–96. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.01.008>
- Lucatch, A. M., Lowe, D. J. E., Clark, R. C., Kozak, K., & George, T. P. (2018). Neurobiological Determinants of Tobacco Smoking in Schizophrenia. In *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00672>
- Mak, Y. W., Loke, A. Y., & Leung, D. Y. P. (2021). Acceptance and commitment therapy versus social support for smoking cessation for people with schizophrenia: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Medicine, 10*(19). <https://doi.org/10.3390/jcm10194304>
- Metse, A. P., Wiggers, J., Wye, P., Wolfenden, L., Freund, M., Clancy, R., Stockings, E., Terry, M., Allan, J., Colyvas, K., Prochaska, J. J., & Bowman, J. A. (2017). Efficacy of a universal smoking cessation intervention initiated in inpatient psychiatry and continued post-discharge: A randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/0004867417692424>
- Miller, W., Brown, J., Simpson, T., Handmaker, N., Bien, T., Luckie, L., Montgomery, H., Hester, R., & Tongian, J. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*.
- Myers, M. G., Strong, D. R., Chen, T. C., & Linke, S. E. (2020). Enhancing engagement in evidence-based tobacco cessation treatment for smokers with mental illness: A pilot randomized trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.12.012>

NICE. (2023). Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence.

Nice.Org.Uk, November 2021.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng209/chapter/recommendations-on-treating-tobacco-dependence>

Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Crystal, S., & Stroup, T. S. (2015). Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1737>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88(March).

<https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2021.105906>

Peckham, E., Brabyn, S., Cook, L., Tew, G., & Gilbody, S. (2017). Smoking cessation in severe mental ill health: What works? An updated systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1419-7>

Prikryl, R., Ustohal, L., Kucerova, H. P., Kasperek, T., Jarkovsky, J., Hublova, V., Vrzalova, M., & Ceskova, E. (2014). Repetitive transcranial magnetic stimulation reduces cigarette consumption in schizophrenia patients. *PROGRESS IN NEURO-PSYCHOPHARMACOLOGY & BIOLOGICAL PSYCHIATRY*, 49, 30–35.

<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2013.10.019>

Prochaska, J., & DiClemente Carlo. (1983).

StagesandprocessesofselfchangeofsmokingTowardanint[retrieved_2015-12-05]. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 51(3), 390–395.

Rüther, T., Bobes, J., De Hert, M., Svensson, T. H., Mann, K., Batra, A., Gorwood, P., & Möller, H. J. (2014). EPA Guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *European Psychiatry*, 29(2), 65–82.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.11.002>

Schroeder, S. A., & Morris, C. D. (2010). Confronting a neglected epidemic: Tobacco cessation for persons with mental illnesses and substance abuse problems. In *Annual Review of Public Health*. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103701>

Stead, L. F., Carroll, A. J., & Lancaster, T. (2017). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001007.pub3>

Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. *BDCAP-Serie 2*.

Tantirangsee, N., Assanangkornchai, S., & Marsden, J. (2015). Effects of a brief intervention for substance use on tobacco smoking and family relationship functioning in schizophrenia and related psychoses: A randomised controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.10.011>

Tsoi, D. T.-Y., Porwal, M., & Webster, A. C. (2010). Efficacy and safety of bupropion for smoking cessation and reduction in schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 196(5), 346–353. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066019>

Tsoi, D. T., Porwal, M., & Webster, A. C. (2013). Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,

2017(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007253.pub3>

Wing, V. C., Wass, C. E., Soh, D. W., & George, T. P. (2012). A review of neurobiological vulnerability factors and treatment implications for comorbid tobacco dependence in schizophrenia. In *Annals of the New York Academy of Sciences*.

<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06261.x>

Zammit, S., Allebeck, P., Dalman, C., Lundberg, I., Hemmingsson, T., & Lewis, G. (2003).

Investigating the association between cigarette smoking and schizophrenia in a cohort study. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.12.2216>

Ziedonis, D. M., Hitsman, B., Beckham, J. C., Zvolensky, M., Adler, L. E., Audrain-McGovern,

J., Breslau, N., Brown, R. A., George, T. P., Williams, J., Calhoun, P. S., & Riley, W. T.

(2008). Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. In *Nicotine and Tobacco Research*.

<https://doi.org/10.1080/14622200802443569>

Apéndices

Apéndice A

Desglose de la evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos mediante la “Methodological Quality Rating Scale” (MQRS)

Autores y año	Diseño del estudio	Control de calidad	Porcentaje de seguimiento	Extensión del seguimiento	Método de seguimiento	Informantes colaterales	Verificación objetiva	Abandonos	Pérdidas en el seguimiento	Seguimiento independiente	Análisis estadístico	Multicéntrico	Total
Anthenelli et al. 2016	4	1	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	14
Breitborde et al. 2021	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	6
Brody et al. 2017	4	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	8
Chen et al. 2013	4	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	7
Dutra et al. 2012	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	6
Evins et al. 2014	4	1	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15
García-Portilla et al. 2016	1	1	2	1	1	0	1	1	1	0	1	1	11
Gelkopf et al. 2012	4	1	2	0	1	0	0	1	1	1	1	0	12
Mak et al. 2021	4	1	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	15
Prikryl et al. 2014	4	1	2	0	1	0	1	1	1	1	1	0	13
Tantirangsee et al. 2015	4	1	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	15

Nota de Tabla. N/D: No disponible.



Apéndice B

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

Elche, a 8/09/2023

Nombre del tutor/a	José Luis Carballo Crespo
Nombre del alumno/a	Antonio Díaz Sánchez
Tipo de actividad	Sin implicaciones ético-legales
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Intervenciones para dejar de fumar en pacientes con esquizofrenia: una revisión sistemática
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	230907133227
Código de autorización COIR	TFM.MPG.JLCC.ADS.230907
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: **Intervenciones para dejar de fumar en pacientes con esquizofrenia: una revisión sistemática** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. 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
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia



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. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>

