



Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Curso 2016/2017

Trabajo de Fin de Máster

**Aplicación de un tratamiento multicomponente para dejar de fumar en un
paciente con esquizofrenia**

Autora: Beatriz Carolina Sánchez Ivorra

Tutores: José Luis Carballo Crespo y M^a Virtudes Pérez Jover.

Convocatoria: febrero 2017

Resumen

La prevalencia entre el consumo de tabaco y la esquizofrenia es tan alta que se suele asumir que ambos fenómenos están interconectados naturalmente, por lo que, de las intervenciones a aplicar en este colectivo, el tratamiento psicológico multicomponente es altamente recomendado. El objetivo de este estudio es realizar una intervención individualizada para dejar de fumar con un paciente diagnosticado de esquizofrenia, partiendo de la hipótesis de que tras la aplicación se logrará, al menos, la reducción del consumo. Para llevarlo a cabo, se realizó una pre-evaluación que consistió en la administración de una batería de cuestionarios en los que se valoraban aspectos tales como: dependencia fisiológica, psicológica y social, síndrome de abstinencia, ansiedad y depresión. El tratamiento psicológico aplicado fue el programa para dejar de fumar de Becoña que consta de 5 sesiones y contempla aspectos relacionados con la preparación al cambio y el abandono gradual. Posteriormente, se realizó la post-evaluación administrando la misma batería de cuestionarios. Los resultados obtenidos reflejan un cambio ligeramente favorable con respecto a la motivación para dejar de fumar, la dependencia fisiológica, el número de cigarrillos consumidos, la ansiedad y la depresión; mientras que la dependencia psicológica y social se mantuvo igual y la sintomatología del síndrome de abstinencia aumentó. En general, se puede apreciar que los valores relacionados con el consumo muestran una reducción, esto es debido a que está demostrado que la aplicación de un tratamiento psicológico multicomponente en población esquizofrénica es el punto de partida para que dicha reducción se convierta a la larga en un cese definitivo.

Palabras claves: *reducción del consumo, esquizofrenia, ansiedad, depresión, programa multicomponente.*

Abstract

Prevalence between smoking and schizophrenia is high enough and it is usually professionals take them both for granted. About the interventions to apply, the multicomponent psychological treatment has recommendation great reputation. The main point of this study is to apply an intervention on a patient with schizophrenia, with the target of reduce the consumption. First of all, there was an evaluation with a battery of questionnaires for aspects like the physiological, psychological and social dependence, withdrawal symptoms, anxiety and depression. The applied psychological treatment was the program to stop smoking of Becona that consists of 5 sessions and contemplates aspects related to change's preparations and gradual abandonment. The reevaluation was with the same questionnaires battery. Results reflect a positive lightly change about motivation to stop smoking, the physiological dependence, the number of emaciated cigarettes, the anxiety and the depression, while the psychological and social dependence stayed equal and the symptomatology of the withdrawal symptoms increased. In general, it is possible to appreciate that the values related to the consumption show a reduction, this is because the application of a multicomponent psychological treatment in schizophrenic population puts the starting point for a long term and a definitive cessation.

Key words: *reduction of consumption, schizophrenia, anxiety, depression, multicomponent program.*

Introducción

El tabaquismo en cualquiera de sus maneras, es una de las primeras causas de morbimortalidad de los países desarrollados (Department of Health and Human Services, 2014) y es un fenómeno ampliamente estudiado desde hace 40 años debido a la alta correlación asociada a desarrollar enfermedades tanto crónicas como terminales (Becoña, 2003). La dependencia al tabaco o a la nicotina, es considerada una enfermedad adictiva crónica que causa la muerte prematura a más de la mitad de las personas que la sufren (Jiménez-Ruiz et al., 2003). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe de 2015, mueren al año más de 6 millones de personas en todo el mundo a causa de enfermedades derivadas del tabaco, al menos 5 millones de ellas son consumidoras mientras que 600.000 son fumadoras pasivas (OMS, 2015).

En España, las cifras de mortalidad a causa de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco ascienden a más de 60 mil personas por año. En la actualidad, se conocen más de 25 enfermedades relacionadas con éste, siendo el cáncer y las cardiopatías las causas más frecuentes de mortalidad (Gutiérrez-Abejón et al., 2012).

Es de conocimiento general que las muertes asociadas al consumo de tabaco son prevenibles y evitables, pero entonces ¿qué es la nicotina y por qué produce dicha adicción? Pues bien, la nicotina, según la National Institute of Drug Abuse (2010), es un alcaloide derivado de la planta del tabaco. La planta se extrae y posteriormente se procesa añadiendo productos químicos con el objetivo del que producto final, el cigarrillo, sea más adictivo.

Por otro lado, otro concepto importante a conocer en este estudio es el de la esquizofrenia, ésta, según el manual diagnóstico de enfermedades mentales DSM V, es un trastorno mental que cursa con síntomas positivos como las alucinaciones y los delirios, síntomas negativos, y pensamiento y comportamiento motor desorganizado. Para

que una persona sea diagnosticada de esquizofrenia deberá de presentar dicha sintomatología durante al menos un mes, acompañada de un deterioro en su funcionamiento laboral o social (DSM V, 2014).

La conexión entre el consumo de tabaco y la enfermedad mental es muy estrecha, tanto así que se suele asumir que ambos fenómenos están interrelacionados naturalmente. La proporción del consumo de tabaco en las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave es muy elevada, siendo ésta de entre 40 a 50% en personas con diagnósticos de depresión o ansiedad, y alrededor del más del 70% en personas con esquizofrenia (Ratschen, Britton y McNeill, 2011). Por su parte, Metse et al., (2017) encontraron que la prevalencia en países desarrollados es de dos a tres veces mayor que en la población general, y Tidey y Miller (2015) afirman que el porcentaje de comorbilidad entre el consumo de tabaco y la esquizofrenia es aún mayor, llegando a ser de más del 88%.

Según Becoña (2004), esta prevalencia se sostiene gracias a que la nicotina refuerza la acción de la dopamina sobre el núcleo accumbens y el córtex prefrontal, lo que genera que se suavicen los efectos secundarios de la medicación. Por otro lado, el consumo representa una problemática añadida para estos pacientes, ya que los agentes hidrocarbonados del tabaco y los fármacos comparten las mismas vías de metabolización, lo que genera que muchas veces se requieran dosis más altas de antipsicóticos para alcanzar el nivel terapéutico (Ratschen et al., 2011).

En cuanto al tratamiento, según Carballo (2007), en el tabaco no existe un consumo seguro por lo que, en la última revisión del documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España, se afirma que las guías de práctica clínica por las cuales se deben regir las intervenciones en tabaquismo son dos: la *Treating Tobacco Use and Dependence* del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, y la guía del

National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE de Reino Unido (Guillem et al., 2013).

Tomando como referencia para este estudio, la guía *Treating Tobacco Use and Dependence* del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos traducida a *Guía del Tratamiento del Tabaquismo* por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (2010), establece que las intervenciones de primera elección deben ser de tres tipos: farmacológicas, para aliviar la dependencia fisiológica a la nicotina como la terapia sustitutiva de nicotina, y/o la terapia con fármacos como vareniclina y bupropión; psicológicas, para combatir la dependencia asociada; o bien una combinación de ambas intervenciones (Mrozowicz-Gaudyn, Sanz y Carballo, 2013).

En cuanto a las intervenciones psicológicas, Becoña (2004) afirma que diversos estudios han constatado la eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento psicológico en la deshabituación tabáquica, de los cuales, el tratamiento psicológico multicomponente es el más utilizado y tiene como principal objetivo, no solo que el sujeto reduzca el consumo hasta su extinción sino también mantener la motivación y compromiso del fumador para/con el proceso (Becoña, 2004).

Sin embargo, es importante resaltar que para ciertos autores como Becoña (2004); Martínez-Ortega, Gurpegui, Díaz y De León (2004); Pereiro (2008), y Tidey y Miller (2015) las intervenciones psicológicas llevadas a cabo con personas esquizofrénicas no poseen resultados positivos, ya que éstas son más dependientes a la nicotina, están menos dispuestas a abandonar este hábito y que, en todo caso, lo que se lograría sería una reducción del consumo.

Teniendo en cuenta la estrecha relación existente entre el consumo de tabaco y el trastorno mental, el objetivo de este estudio es realizar una intervención individualizada

para dejar de fumar con un paciente diagnosticado de esquizofrenia, partiendo de la hipótesis de que tras la aplicación se logrará, al menos, la reducción del consumo.

Método

Participante

Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, el sujeto a intervenir en el presente estudio es un paciente, varón de 33 años, natural de la provincia de Alicante que, según su informe de derivación, está diagnosticado de esquizofrenia paranoide presumiblemente a consecuencia del consumo de tóxicos. Dicha enfermedad posee 14 años de evolución y es ingresado en el Centro Socio-asistencial Dr. Esquerdo por respiro familiar. Al momento de la intervención, presenta un tratamiento farmacológico para su condición que consiste en ácido valproico, sertralina, clonazepam, aripiprazol y clozapina.

En el pasado se constata el consumo de cannabis, cocaína, tabaco y café, quedando en la actualidad únicamente el consumo de los dos últimos, confirmado mediante analíticas de control por parte de su Unidad de Conductas Adictivas.

A pesar de la sintomatología psicótica controlada, dicho sujeto aún muestra ligeramente pensamientos erráticos y distorsionados de la realidad, sobre todo ante el consumo de tabaco. Demuestra ser autónomo en cuanto higiene, alimentación, manejo en el entorno y administración del dinero se refiere, quedando relegado a un segundo plano los hábitos ocupacionales y de ocio ya que se encuentra en paro y no posee ninguna actividad manifiesta de tiempo libre.

Como criterio de inclusión para que el paciente participara en este programa se estableció que fuese fumador de más de 10 cigarrillos diarios en condiciones normales, es decir, sin las restricciones establecidas por el centro.

Como criterios de exclusión, se descartó la presencia de otros trastornos mentales, mediante consulta de expertos con su psiquiatra y psicóloga, y el deterioro cognitivo mediante el Mini-Examen Cognoscitivo (MMSE) que mide la orientación temporal y espacial, la fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, escritura y dibujo. Consta de 30 ítems y la puntuación máxima es de 30 puntos, siendo el punto de corte de 23 para descartar el deterioro cognitivo. Posee una alta fiabilidad y validez en población española (Miquel y Agustí, 2011; Llamas-Velasco, Llorente-Ayuso, Contador, Bermejo-Pareja, 2015).

Variables e Instrumentos

En primer lugar, para la recogida de datos sociodemográficos se elaboró una entrevista la cual contempla los datos personales, tales como: edad, sexo, situación familiar, profesión, diagnóstico y 7 preguntas en las cuales se explora el conocimiento del sujeto sobre el consumo de tabaco (*Apéndice I*).

El *consumo de tabaco* se define principalmente como el número de cigarrillos que se fuman completos y se mide gracias a la media de los cigarrillos consumidos que se contabilizan mediante la cumplimentación de autorregistros elaborados por la psicóloga, según indica el programa (*Apéndice II*).

La *motivación para dejar de fumar* consiste en el nivel de la misma que el sujeto presenta para abandonar el hábito tabáquico. Dicha motivación se mide con el Test de Motivación de Richmond, dirigido a población fumadora y que valora el grado de motivación para dejar de fumar. Consta de 4 ítems en escala tipo Likert de 0 a 3 en el que 0 es no o nada y 3 es sí o mucho. Su puntuación oscila entre 0 y 10 siendo de 0 a 3 motivación nula o baja, de 4 a 5 dudosa, de 6 a 7 moderada, y de 9 a 10 alta. Es un cuestionario válido y fiable y la información que proporciona está relacionada con nivel

de motivación, autoeficacia percibida y grado de necesidad de ayuda (Richmond et al., 1993).

La *dependencia a la nicotina* es el grado de dependencia fisiológica que presenta el sujeto a la misma y, se mide mediante el Test de Fagerström modificado. Este cuestionario valora información tal como: el número de cigarrillos fumados al día, si encuentra difícil el no fumar en lugares donde está prohibido, qué cigarrillo le es más difícil dejar, horas pico de consumo y si fuma en situaciones extremas. Consta de 6 ítems: 3 de selección múltiple y 3 de respuesta dicotómica sí/no, y la puntuación varía entre 1 y 10, siendo de 1 a 3 una dependencia baja, de 4 a 6 una dependencia moderada y de 7 a 10 una dependencia alta (Fagerström et al, 1991). Además, está comprobado que este cuestionario es válido y fiable para valorar la dependencia fisiológica a la nicotina (Becoña y Lorenzo, 1997).

En cuanto a la *dependencia psicológica y social*, que se define como todo aquel contexto que involucra el acto de fumar, ideas, entorno que favorece, entre otros, se empleó el Test de Glover-Nilsson que valora la importancia que tiene el cigarrillo para la persona, las conductas asociadas al acto de fumar o rituales, conductas compensatorias, lugares o circunstancias que incitan a fumar, placeres asociados al acto, entre otros. Consta de 11 ítems con escala tipo Likert de 0 a 4 en el que 0 es nada en absoluto o nunca y 4 muchísimo o siempre. La puntuación oscila entre 0 y 44 y clasifica la dependencia psicológica según la puntuación obtenida en: leve (<12), moderada (12-22), fuerte (23-33) y muy fuerte (> 33) (Nerín et al., 2005). Posee una alta fiabilidad y consistencia interna (Cubaquel et al., 2012).

Para la *ansiedad rasgo y ansiedad estado*, se empleó el State Trait Anxiety Inventory donde se valora el estado emocional transitorio que corresponde a la ansiedad estado, y la propensión ansiosa relativamente estable en el tiempo que es la ansiedad

rasgo. Este cuestionario se compone de 20 ítems para cada una de las subescalas con respuestas de tipo Likert en las que 0 es nada o casi nunca y 3 es mucho o casi siempre. Su puntuación total se obtiene con la suma de los valores de los ítems positivos restando los ítems negativos y posteriormente debe ser baremada. Dicha puntuación oscila entre 0 y 60 correspondiendo a mayor puntuación, mayor ansiedad. Posee una fiabilidad y una consistencia interna alta (Guillén-Riquelme y Buéla-Casal, 2011).

La *depresión* se midió mediante el Inventario para la Depresión de Beck-II que evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes. Consta de 21 ítems en los que el sujeto debe elegir una de las cuatro alternativas que se le presentan y se valoran de 0 a 3 puntos. La puntuación total es la suma de todos ellos y ésta oscila entre 0 a 63, correspondiendo que de 0 a 13 indica depresión mínima, de 14 a 19 depresión leve, de 20 a 28 depresión moderada y de 29 a 63 depresión grave. Además, este inventario posee adecuados índices de fiabilidad y validez para ser administrado a pacientes con problemas mentales (Sanz et al., 2005).

Por último, teniendo en cuenta los factores de riesgo de recaída, la *abstinencia a la nicotina* se define como aquellos síntomas fisiológicos asociados a la falta de nicotina en sangre y constituyen el síndrome de abstinencia. Se valoró con la Escala de Minnesota de Abstinencia a la Nicotina de Hatsukami, Hughes, Pickens y Svikis (1984) que sirve para valorar las sensaciones de las últimas 24 horas del sujeto con respecto al enfado, nerviosismo, dificultad de concentración, intranquilidad, apetito, sueño, tristeza y deseo de fumar. Consta de 8 ítems con escala tipo Likert donde 0 es nada y 4 es severo. Su puntuación oscila de entre 0 y 32 puntos, correspondiendo a mayor puntuación, mayor intensidad de la sintomatología. Este cuestionario, aunque posee limitaciones psicométricas para el uso diagnóstico del síndrome de abstinencia, igualmente sirve para una valoración del mismo a modo orientativo (Becoña, 2004).

Por otro lado, en cuanto al tratamiento para el consumo del tabaco en personas con esquizofrenia, según Pereiro (2008), los tratamientos eficaces y por lo tanto recomendados para dejar de fumar son los llamados tratamientos psicológicos multicomponentes o multimodal, que contemplan tres técnicas: las motivacionales, las específicas de abandono del tabaco y las específicas de la prevención de recaídas. Además, poseen un grado de recomendación A con un nivel de evidencia 1, ya sea a nivel individual o grupal, y su eficacia está constatada tanto en hombres como en mujeres (Pereiro, 2008). Por tanto, se elige concretamente el programa para dejar de fumar de Becoña (2008) para aplicarlo al sujeto de estudio.

Este programa consta de 5 sesiones detalladas en la Cuadro 1 y contempla cuatro fases: la primera, la preparación para dejar de fumar, que consiste en la de motivar y comprometer al paciente con el proceso; la segunda, la autoobservación, que consiste en aumentar la conciencia y el conocimiento sobre la conducta de fumar y entrenar en técnicas de autocontrol; la tercera, el abandono de los cigarrillos mediante estrategias no aversivas como la reducción gradual y por último, el mantenimiento de la abstinencia que consiste en el manejo de las caídas y recaídas (Becoña, 2008).

Procedimiento

Para llevar a cabo este estudio, en primer lugar, se procedió a la difusión del proyecto por parte de dos de las psicólogas del Centro Dr. Esquerdo y del personal de enfermería y médico. En dicha fase de difusión, la psicóloga en prácticas y encargada de la intervención, explicó a aquellos pacientes interesados el objetivo del programa, en qué consistía la intervención y efectuó una entrevista personal para conocer la cantidad de cigarrillos fumados por los sujetos. Finalmente, el sujeto de estudio aceptó participar por lo que se procedió a administrarle el MMSE, la batería de la pre-evaluación y se realizó

la cumplimentación, y firma, del consentimiento informado en el que el sujeto accedió a la utilización de sus datos clínicos para la elaboración de este trabajo.

Cuadro 1. *Contenido de las sesiones*

<i>Semana</i>	<i>Sesión</i>	<i>Contenido/técnicas específicas</i>	<i>Tareas</i>
1	1	Pre-evaluación	
		<ul style="list-style-type: none"> • Razones y beneficios para dejar de fumar. • Expectativas. 	Autorregistro
2	2	<ul style="list-style-type: none"> • La necesidad de tomar un papel activo en el abandono. • Reducción de la dependencia. 	Lectura materiales y realización ejercicios
		<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la conducta de fumar. 	
3	3	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de dependencia y su reducción. • Técnicas de autocontrol. • Reducción de la dependencia. 	Autorregistro
		<ul style="list-style-type: none"> • Mejoría física asociada a la reducción del consumo. • Nuevas actividades saludables. • Reducción de la dependencia. 	Autorregistro
		<ul style="list-style-type: none"> • El impulso de fumar. • Exploración del antes y el después de la vida del fumador. 	Autorregistro
5	5	<ul style="list-style-type: none"> • Pasos para dejar totalmente de fumar. • La caída y la recaída. • Estrategias de afrontamiento. 	Lectura materiales y realización ejercicios
		<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios que nota al dejar de fumar. • Sensaciones después de semanas sin tabaco. 	
6	6	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias erróneas. • Mi futura vida como no fumador. • Control de impulsos. 	Autorregistro
7	7	Post-evaluación	

Se aplicó un número total de 7 sesiones: 1 para la pre-evaluación, 1 para la post-evaluación y 5 de intervención. Después de evaluar al sujeto, se inició la intervención individual, a razón de 1 sesión semanal.

En cada sesión, el sujeto debía traer cumplimentados los autorregistros proporcionados con el que se apreciaba el consumo de cigarrillos diarios y, posteriormente a ella, se administraba la MNWS para valorar la existencia, o no, de la sintomatología del síndrome de abstinencia.

En la última sesión, se administró nuevamente la misma batería de cuestionarios empleada en la pre-evaluación para poder comparar las puntuaciones. Además, se le comunicó al sujeto, una vez analizados los resultados, el feedback correspondiente de los mismos.

Tipo de diseño

El diseño de esta investigación es un diseño de caso único AB ya que tras la pre-evaluación se establece una línea base, se aplica la intervención y posteriormente, al finalizarla, se vuelve a medir.

Resultados

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en la fase de pre-evaluación que constituyen la línea base, tal y como se puede apreciar en el Gráfico 1, en la *dependencia a la nicotina*, la puntuación sitúa al sujeto en una dependencia alta; y en la *dependencia psicológica y social*, en una dependencia moderada. En la post-evaluación, la *dependencia a la nicotina* muestra dependencia baja; mientras que la *dependencia psicológica y social*, permanece moderada.

Gráfico 1: Puntuaciones pre y post evaluación en cuanto a la dependencia

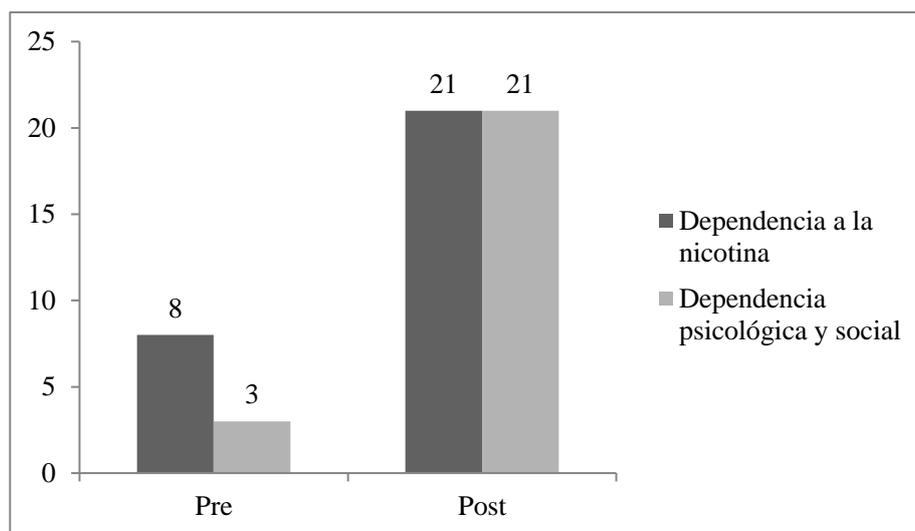
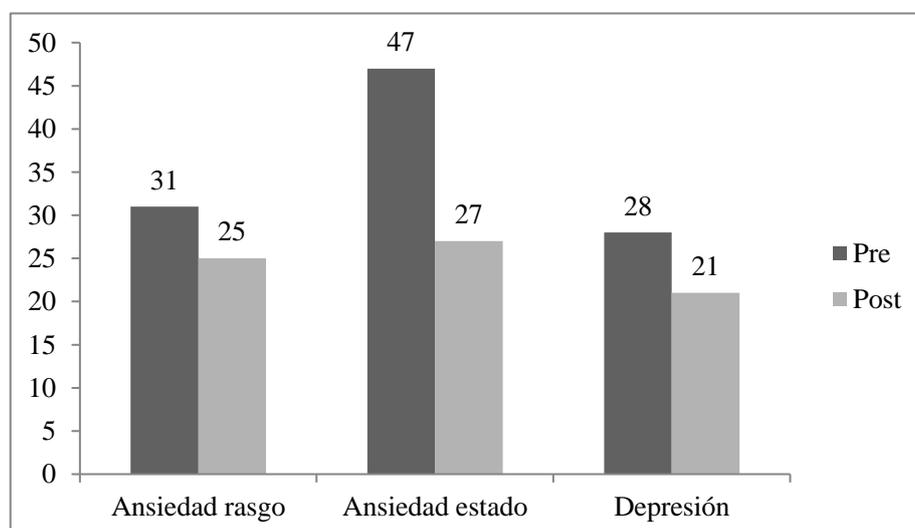


Gráfico 1. La dependencia a la nicotina donde 1-3 es dependencia baja; 4-6 moderada; 7-10 alta. La dependencia psicológica y social donde una puntuación <12 indica dependencia leve, 12-22 fuerte, >33 muy fuerte.

En el Gráfico 2 se puede observar, en la pre-evaluación, que en la *ansiedad rasgo* la puntuación sitúa al sujeto en percentil de 89, es decir, ansiedad muy alta y en la *ansiedad estado* en un percentil de 99, igualmente muy alta.

En cuanto a la *depresión*, la puntuación sitúa al sujeto en una depresión moderada. En la post-evaluación, tanto la *ansiedad rasgo* como la *depresión* disminuyen ligeramente, mientras que la *ansiedad estado* disminuye considerablemente.

Gráfico 2: Puntuaciones pre y post evaluación de ansiedad y depresión



Con respecto a la *motivación para dejar de fumar*, se puede observar en el Gráfico 3, que en la pre-evaluación el sujeto obtuvo una puntuación que indica motivación moderada, posteriormente dicha motivación aumentó.

Gráfico 3: Motivación para dejar de fumar

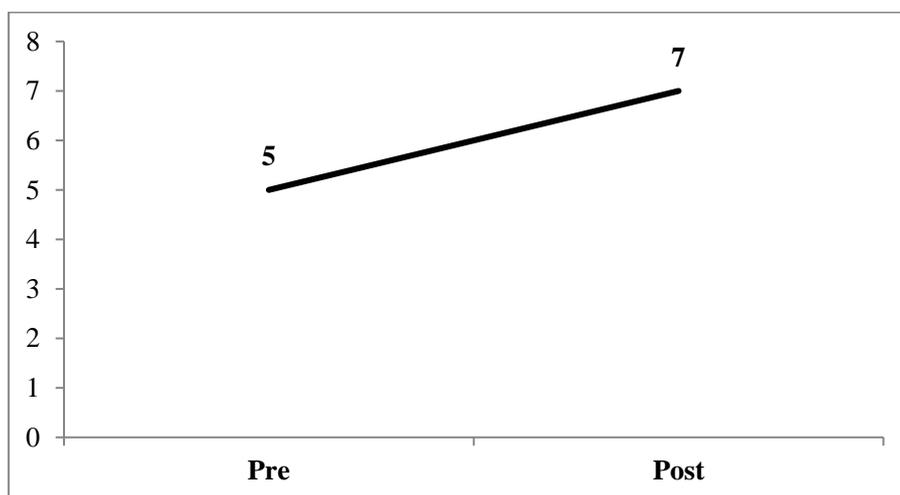
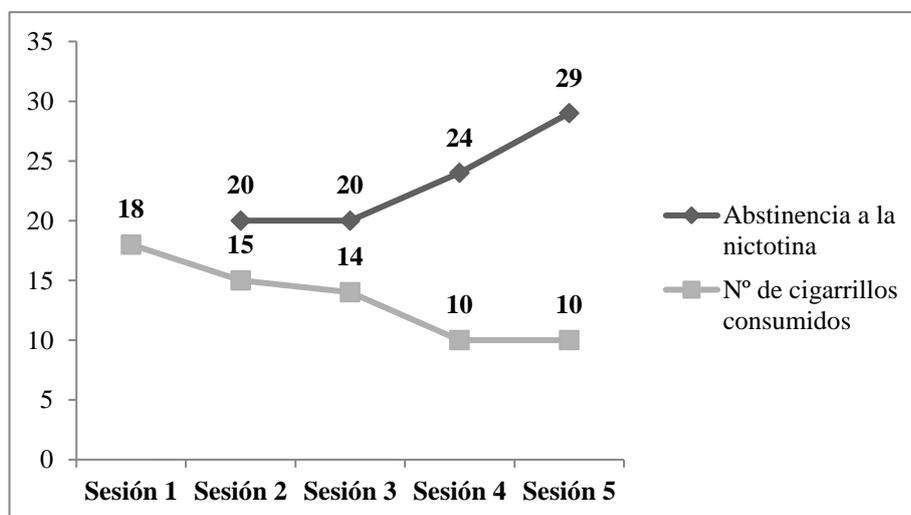


Gráfico 3. La motivación para dejar de fumar, medida con el Test de Richmond, posee la siguiente interpretación: 0-3 motivación nula o baja; 4-5 dudosa; 6-7 moderada; 9-10 alta

Por último, en cuanto *abstinencia a la nicotina* y el *consumo de tabaco*, tal y como se puede apreciar en el Gráfico 4, la sintomatología del síndrome de abstinencia aumentó a medida que avanzaban las sesiones mientras que el número de cigarrillos consumidos disminuyó.

Gráfico 4: Abstinencia y nº de cigarrillos



Discusión

La finalidad de este estudio fue realizar una intervención individualizada para dejar de fumar con un paciente diagnosticado de esquizofrenia, partiendo de la hipótesis de que tras la aplicación se lograría, al menos, la reducción del consumo.

En este sentido, el número de cigarrillos consumidos ha disminuido en una media de 8 a lo largo de la intervención, por lo que, tal y como encontraron Prochaska, Hall, S.E., Deluchi y Hall, S.M (2014), a pesar de la alta comorbilidad entre el consumo de tabaco y la esquizofrenia, es posible lograr la reducción tras la aplicación de un programa multicomponente en un paciente hospitalizado.

Así mismo, la dependencia fisiológica también ha disminuido notablemente, excepto la psicológica que se ha mantenido estable. Este resultado podría explicarse dado que el caso presenta varias complicaciones: se trata de un paciente hospitalizado y con diagnóstico de esquizofrenia, por lo que, en el desarrollo de la intervención, las técnicas que se basan en explicar y romper la conducta de fumar eran difíciles de razonar e implementar con el paciente. Además, presentaba ambivalencia y, pese a que la motivación para el cambio se incrementó durante las sesiones, es un factor a considerar en la evolución del cambio de conducta de fumar.

Estas ideas van en la línea del estudio experimental de Barr et al., (2008) en el que se observó que, además de las ideas asociadas al acto de fumar, el placer por fumar, la estimulación psicomotriz y el tipo de tratamiento farmacológico influyen también en el mantenimiento del consumo de tabaco (Barr et al., 2008). En este caso, las ideas giraban en torno a que el cigarrillo le ayuda a estar más tranquilo en las situaciones sociales, aumenta su concentración, reduce el estrés, y que su entorno se lo promueve, ya que muchos de sus compañeros del centro también fuman.

En relación al síndrome de abstinencia, se puede apreciar que dichos valores iban en aumento a medida que avanzan las sesiones. Considerando que se evalúa síntomas físicos como la sudoración, malestar gastrointestinal y aumento del apetito, y síntomas psicológicos como la ansiedad, depresión y el craving, se discuten como resultados normales de un proceso de disminución del consumo. En todo caso, se destaca que esta escala no está validada en población clínica, y es una limitación a tener en cuenta en el estudio.

Por otro lado, los valores posteriores al tratamiento en la ansiedad rasgo disminuyeron con respecto a los previos, dicha disminución no es tan acusada como la de la ansiedad estado que disminuyó considerablemente después del tratamiento mientras que en la depresión, las puntuaciones obtenidas también muestran un descenso. Esto es debido a que, tal y como afirma Becoña (2003), las técnicas llevadas a cabo en los programas multicomponentes tales como las estrategias de autocontrol, la respiración, la relajación y las técnicas cognitivas, permiten que el paciente adquiriera herramientas para afrontar las situaciones emocionales que se generan a consecuencia de dejar de fumar (Becoña, 2003).

En general, se puede apreciar que los valores relacionados con el consumo de tabaco muestran una reducción ya que efectivamente, tal y como afirma Becoña (2004); Pereiro (2008); y Prochaska et al., (2014), la aplicación de un tratamiento psicológico multicomponente en población con esquizofrenia es un buen comienzo para lograr una reducción del consumo que lleve, a la larga, al cese definitivo. Además, los hallazgos encontrados por Gutiérrez, Otero, del Amo y Ayesta (2013) reflejan que la intervención psicológica en deshabituación tabáquica es efectiva, tanto en personas con antecedentes psiquiátricos como en población normal.

Por ende, se puede llegar a la conclusión de que, independientemente de que se presente una patología mental, es posible lograr el objetivo final del programa, en este caso, la reducción de consumo. Además, repercute positivamente en la calidad de vida de estas personas y, tal como afirma Becoña (2004), dicha reducción resulta idónea dadas las limitaciones que ya de por sí les representa el trastorno. Sin embargo, al tratarse de un estudio de caso, no se pueden generalizar los resultados. Por lo que en futuras líneas de investigación deberían ampliar el tamaño muestral para poder hablar de eficacia del tratamiento.

Por otro lado, en cuanto a la adhesión al tratamiento, ésta fue exitosa. Sin embargo, el paciente presentó dificultades en las tareas que requería la intervención, como, por ejemplo: rellenar los autorregistros diarios y cambiar la marca de cigarrillos. Estos resultados son similares a los encontrados por parte de Pérez-Vázquez (2010) en la intervención para dejar de fumar que llevó a cabo con una persona con trastorno bipolar II.

Con respecto a las limitaciones de este estudio, no se emplearon pruebas objetivas como la cooximetría, espirometrías, entre otras, y su inclusión podría ser interesante en la evaluación de la evolución del paciente.

Asimismo, cabe destacar que, al momento de la redacción de este trabajo, no se había realizado aún sesiones de seguimiento y por ende no se poseen datos al respecto. Para el sujeto, este programa resultó útil para la reducción de su consumo, y debido a que la intervención se llevó a cabo dentro de un programa formativo de prácticas profesionales, no supuso coste monetario alguno ni para el sujeto, ni para el centro.

Como última recomendación, es importante tener en cuenta las ideas delirantes de los sujetos, sobre todo si estas poseen relación con el tabaco, y contemplar la posibilidad

del uso controlado de intervenciones farmacológicas en pro de favorecer la deshabituación en los pacientes con esquizofrenia.

Referencias

- American Psychiatric Association (2004). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Barr, A.M., Procyshyn, R.M., Hui, P., Johnson, J.L., & Honer, W.G. (2008). Self-reported motivation to smoke in schizophrenia is related to antipsychotic drug treatment. *Schizophrenia research* 100, 252-260.
- Becoña, E., & Lorenzo, M.C. (1997). La evaluación de la conducta de fumar. *Psicología conductual*, 5(3) 345-364.
- Becoña, E. (2003). Tabaco, ansiedad y estrés. *Salud y drogas*, 3(1), 71-92.
- Becoña, E. (2004). *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (2004). Evaluación de la conducta de fumar. *Monografía Tabaco*, 16(2), 237-263.
- Becoña, E. (2008). *Programa para dejar de fumar*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Carballo, J.L. (2007). *La recuperación natural de la adicción al alcohol y las drogas*. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo.
- Cubaque1, M.R., Ospina, J.M., Monroy, C.J., Díaz, F.H., & Vega, T.A., (2012). Determinación de la validez y consistencia interna como indicador de confiabilidad del test de Glover Nilsson en la dependencia psicológica al tabaquismo. *Revista salud e historia* 7(1), 17-30.

- Fagerström, K.O., Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., & Frecker, R.C., (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*, 86(9), 1119-1127.
- Fiore, M.C., Jaén, C.R., Baker, T.B., et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Traducción al español: *Guía de tratamiento del tabaquismo*. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (Coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010
- Guillem, F.C., González-Gallarza, R.D., Jiménez, L.C., Muñoz, J.L. D.M., Polo, A.L., Ogué, M.C.P., & grupo colaborador Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (2013). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Medicina Clínica*, 140(6), 272.
- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Gutiérrez-Abejón, E., Rejas-Gutiérrez, J., Criado-Espejel, P., Campo-Ortega, E.P., Breñas-Villalón, M.T., & Martín-Sobrino, N. (2015). Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012. *Medicina Clínica*, 145(12), 520-525.
- Gutiérrez, L., Otero, L., Amo, M.D., & Ayesta, F.J. (2013). Evaluación de una intervención para dejar de fumar en personas con enfermedad mental. *Revista Española de Salud Pública*, 87(6), 629-638.
- Hatsukami, D.K., Hughes, J.R., Pickens, R.W., & Svikis, D. (1984). Tobacco withdrawal symptoms: an experimental analysis. *Psychopharmacology*, 84(2), 231-236.

- Jiménez-Ruiz, C.A., de Granda Orive, J.I., Reina, S.S., Valero, F.C., Palacios, P.R., & Ferrero, M.B. (2003). Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence. *Archivos de Bronconeumología*, 39(11), 514-523.
- Llamas-Velasco, S., Llorente-Ayuso, L., Contador, I., & Bermejo-Pareja, F. (2015). Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Revista Neurológica*, 61, 363-71.
- Martínez-Ortega, M., Gurpegui, M., Díaz, F.J., & De León, J. (2004). Tabaco y esquizofrenia. *Monografía Tabaco*, 16(2), 177.
- Metse, A.P., Wiggers, J.H., Wye, P.M., Wolfenden, L., Prochaska, J.J., Stockings, E.A., & Bowman, J.A. (2017). Smoking and mental illness: a bibliometric analysis of research output over time. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(1), 24-31.
- Miquel, J.L., & Agustí, G.M. (2011). Mini-examen cognoscitivo - MEC. *Revista española de medicina legal: órgano de la Asociación Nacional de Médicos Forenses*, 37(3), 122-127.
- Mrozowicz-Gaudyn, D., Pérez, M.M., & Carballo, J.L. (2013). Efectividad de un Tratamiento Conductual de Deshabitación Tabáquica. *Revista de Psicología de la Salud (New Age) Vol 1(1)*, 65-83.
- National Institute of Drug Abuse (2010). *Adicción al tabaco*. Recuperado el 26 de enero de 2016 desde: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco>
- Nerín, I., Crucelaegui, A., Novella, P., Beamonte, A., Sobradíel, N., Bernal, V., & Gargallo, P. (2005). Evaluación de la dependencia psicológica mediante el test de Glover-Nilsson en el tratamiento del tabaquismo. *Archivos de Bronconeumología*, 41(9), 493-498.

- Organización Mundial de la Salud (2015): *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo - Resumen*. Recuperado el 26 de enero de 2016 desde http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/summary/es/
- Pereiro Gómez, C. (2008). El tratamiento psicológico. En César P. G. (Ed.) *Guía clínica en tabaquismo basada en criterios de evidencias científicas*. (pp. 51-87). Valencia: Socidrogalcohol.
- Pérez-Vázquez, M.J. (2010). El tratamiento para dejar de fumar en una persona con trastorno bipolar II. En Elisardo B. (Coord.) *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos*. (pp. 271-283). Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Prochaska, J.J., Hall, S.E., Delucchi, K., & Hall, S.M. (2014). Efficacy of initiating tobacco dependence treatment in inpatient psychiatry: a randomized controlled trial. *American journal of public health, 104*(8), 1557-1565.
- Ratschen, E., Britton, J., & McNeill, A. (2011). The smoking culture in psychiatry: time for change. *The British Journal of Psychiatry, 198*(1), 6-7.
- Richmond, R.L., Kehoe, L.A., Webster, I.W. (1993). Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction, 88*. 1127-1135.
- Sanz, J., García-Vera, M.P., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y salud, 16*(2), 121-142.
- Tidey, J.W., & Miller, M.E. (2015). Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *Education State of the Art Review, 27-31*.

U.S. Department of Health and Human Services (2014). *The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.



Apéndices

Apéndice I: Entrevista de evaluación

Entrevista

Nombre: _____

Edad: _____

Profesión: _____

Unidad familiar: _____

Diagnóstico: _____

Nº de cigarrillos que fuma diariamente (aproximadamente): _____

1. Enumera tres efectos negativos, que conozcas, que produce el tabaco sobre la salud.
2. ¿Cuáles enfermedades conoces que estén relacionadas con el consumo de cigarrillos?
3. ¿Qué sustancias nocivas conoces que se encuentran en los cigarrillos?
4. ¿Qué síntomas produce el tabaco sobre la apariencia física?
5. ¿Sabes qué empieza a mejorar en el cuerpo cuando dejas de fumar durante un período largo de tiempo?
6. ¿En tu opinión, por qué será bueno dejar de fumar definitivamente?
7. ¿Alguien de tu familia o amigos ha enfermado a causa del consumo de tabaco?
¿Quiénes? ¿Qué enfermedad?

