



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2016/2017

Convocatoria Junio

“Propuesta de intervención para reducir el consumo de tabaco en una paciente con esquizofrenia: un estudio de caso”

Modalidad: Propuesta de intervención

Área de intervención: Psicología clínica

Autora: Noelia Lucía Martínez Rives

Tutor: Dr. José Luís Carballo Crespo

ÍNDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Método.....	5
Participante.....	5
Variables e instrumentos.....	7
Procedimiento.....	9
Resultados.....	10
Análisis del caso.....	10
Propuesta de intervención.....	14
Sesión 1.....	15
Sesión 2.....	16
Sesión 3.....	17
Sesión 4.....	18
Sesión 5.....	19
Sesión 6.....	20
Sesiones de seguimiento.....	21
Discusión.....	22
Referencias bibliográficas.....	23
Tabla 1.....	6
Tabla 2.....	10
Figura 1.....	10
Figura 2.....	11
Figura 3.....	12
Figura 4.....	13
Figura 5.....	13

Propuesta de intervención para reducir el consumo de tabaco en una paciente con esquizofrenia: un estudio de caso

Resumen:

Gran cantidad de investigaciones concluyen que las personas con esquizofrenia presentan una prevalencia y dificultad mayores que la población general para abandonar el tabaquismo, siendo este un agravante de los síntomas de dicho trastorno. Sin embargo, se le ha dado poca importancia a su tratamiento, sobre todo a nivel de intervenciones psicológicas, siendo las más efectivas aquellas abordadas desde enfoques cognitivo-conductuales y motivacionales en combinación con fármacos. Por esta razón, el objetivo de este estudio es realizar una propuesta de intervención individualizada para reducir el consumo de tabaco en una paciente adulta diagnosticada de esquizofrenia. Además de los datos sociodemográficos de la paciente y de la historia del problema, se evaluaron variables como: consumo, dependencia física, psicológica, social y gestual, síndrome de abstinencia, motivación para dejar de fumar, ansiedad, depresión, confianza situacional y apoyo social. La propuesta, constituida por 6 sesiones y otras 3 de seguimiento, se basó en el Programa para Dejar de Fumar de Becoña (2007), con modificaciones para este caso, incluyendo la entrevista motivacional de Miller y Rollnick (1991), y complementada con el fármaco vareniclina.

Palabras clave: esquizofrenia; tabaco; programa multicomponente; vareniclina; reducción del consumo.

Introducción

Aunque la esquizofrenia es un trastorno psicótico grave que afecta a un porcentaje bastante bajo de la población mundial, también es uno de los más complicados de tratar. Las dos clases de síntomas que caracterizan a este trastorno -positivos y negativos- dificultan cualquier tipo de intervención si no son bien manejados. Los positivos engloban cogniciones, experiencias sensoriales y conductas extrañas, tales como alucinaciones o ideas delirantes. En cuanto a los síntomas negativos, destacan la pobreza del habla, anhedonia, apatía, retardo psicomotor o afectividad embotada (Mueser, 1996). Las personas que padecen este trastorno suelen morir una media de 10 años antes que la población general, debido a la mayor prevalencia en estas de enfermedades cardíacas y pulmonares causadas por malos hábitos, como el tabaco (Hannerz, Borga y Borritz, 2001).

La mayoría de estudios dedicados a abordar intervenciones para dejar de fumar en pacientes esquizofrénicos coinciden en que la prevalencia y la dificultad para abandonar este hábito son mayores en estos que en población general (Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd & Goodwin, 1990; Mueser, Bennett & Kushner, 1995; McChargue, Gulliver & Hitsman, 2002), probablemente a causa de sus deficiencias neurocognitivas y sociales que pueden dificultar el desarrollo de los tratamientos (Addington, 1998). Se ha visto, además, que estos pacientes consumen más cigarrillos al día, realizan inhalaciones más profundas y presentan más síntomas de abstinencia y afectivos (Ritcher, 2006). Así, se pueden encontrar estudios como el de Hughes, Hatsukami, Mitchell y Dahlgren (1986), en el que el porcentaje de fumadores con esquizofrenia es más alto que el de otros trastornos psiquiátricos (88%). Además, concretamente las tasas de consumo de tabaco se colocan por encima de las de otras sustancias también en pacientes con esquizofrenia (Kelly & McCreadie, 2000).

Las razones por las que las personas con esquizofrenia fuman tabaco coinciden, en cierta medida, con las de la población general, que son aliviar la tensión o ansiedad y ocupar ese tiempo que no emplean en nada. Si bien, a estas personas el tabaco también les supone un soporte para enfrentar las interacciones sociales y una forma sencilla de obtener satisfacción, aspectos que se ven reducidos en este trastorno (Gurpegui et al., 2007; Srinivasan & Tara, 2002; Rondina, Gorayeb e Botelho, 2003). Numerosos estudios coinciden en que suelen utilizar el tabaco para modular los efectos secundarios producidos por los neurolépticos o como una forma de automedicación gracias a la nicotina que contiene, la cual, actuando sobre el sistema dopaminérgico mesolímbico, puede aumentar la liberación de dopamina en la corteza y aliviar los dos tipos de

síntomas de la esquizofrenia (Lavin, Siris & Mason, 1996). Sin embargo, la realidad es que la nicotina altera el metabolismo de los neurolépticos haciendo necesario un incremento de estos para que realicen el efecto deseado sobre los síntomas, incrementando sus efectos secundarios, favoreciendo rebrotes y aumentando las probabilidades de los pacientes de ser hospitalizados. Por ello es importante que, cuanto antes, se controle el consumo y se resuelvan las complicaciones que surjan a partir de este (Mueser, 1996; Kelly & McCreadie, 2000).

Entre los tratamientos farmacológicos más utilizados para dejar de fumar en población clínica destacan la terapia sustitutiva de la nicotina y el bupropión, pero se necesita más investigación para sugerir intervenciones psicofarmacológicas realmente eficaces en este tipo de problemática (Roncero, Barral, Grau-López, Esteve y Casas, 2010). Una prueba de ello la encontramos en las altas tasas de recaída que se producen entre estos pacientes, por encima de la población general, sobre todo con el bupropión (Garrett, Rose y Henningfield, 2001), probablemente causadas por la mayor sensibilidad que presentan hacia los estímulos que las provocan y al alivio que produce la nicotina sobre sus síntomas cognitivos (Tidey, Higgins, Bickel & Steingard, 1999). Como fármaco más estudiado recientemente, sujeto a prescripción médica, destaca la vareniclina, comercialmente llamado Champix. Este agonista parcial nicotínico ha mostrado una eficacia superior al bupropión para disminuir el consumo de tabaco en población general y no contiene nicotina. Además de eliminar la ansiedad en el fumador, bloqueando los efectos de la nicotina en el sistema nervioso central, también reduce la satisfacción en su consumo. En la mayoría de pacientes está bien tolerado, pero tiene efectos secundarios desagradables y puede provocar posibles exacerbaciones en enfermedades psiquiátricas (Sendra-Gutiérrez, Casanova, Vargas, 2012).

En lo referente a los tratamientos psicológicos, en población general, se puede encontrar la terapia motivacional y cognitivo-conductual, que incluye entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas y prevención de recaídas (Sopelana, 2007, p. 140). En combinación de tratamientos, destaca el programa multicomponente de Becoña (1993, 1998), con una efectividad proporcional a su coste. Los programas de este tipo se componen de 3 fases: preparación para dejar de fumar, abandono del consumo y mantenimiento de la abstinencia. En el año 1998, Sánchez, Olivares y Alcázar infirieron su gran eficacia en su meta-análisis acerca de las intervenciones conductuales para tratar la adicción al tabaco en España, coincidiendo más tarde con las evidencias de Chambless y Ollendick (2001) sobre este abordaje terapéutico. Lancaster y Stead (2003) encontraron tasas de abstinencia de hasta el 50% en seguimientos realizados al año. Años más tarde, programas de este tipo han seguido

demostrando su eficacia, ya sea en formato individual o en grupo (Alonso-Pérez, Alonso-Cardenoso, García-González, Fraile-Cobos, Lobo-Llorente y Secades-Villa, 2014). Otro programa de tratamiento psicológico cognitivo-conductual más reciente, del mismo autor, es el Tratamiento Multicomponente del Tabaquismo (TMT), el cual consta de 6 sesiones. Aunque en diversos estudios se ha visto que su eficacia es superior al final del tratamiento (58% y 85%) que tras un año de seguimiento (38% y 54%) (Becoña y Míguez, 2006).

En población clínica no se ha encontrado ningún tratamiento psicológico específico para esta problemática, pero se sugiere que se combine con fármacos para el mismo fin (El-Guebaly, Cathcart, Currie, Brown & Gloster, 2002). Intervenciones psicológicas desde los abordajes cognitivo-conductual y motivacional han demostrado ser eficaces (Fiore et al., 2009; Lai, Cahill, Qin & Tang, 2010). Así, encontramos el uso de estrategias para fortalecer la motivación y el compromiso del paciente, para prevenir recaídas, de afrontamiento y psicoeducación (Ziedonis & George, 1997), como el ensayo piloto de Evins (2001), en el que se utilizó bupropión junto a terapia cognitivo-conductual para facilitar la reducción del tabaquismo.

La obstaculización del tratamiento de la dependencia nicotínica en pacientes esquizofrénicos se ha debido, principalmente, al desinterés de los clínicos por tratar este asunto, a la falta de motivación de los propios pacientes y a la falta de recursos económicos para invertir en ello (Sendra-Gutiérrez, Casanova y Vargas, 2012; Martínez, Gurpegui, Díaz y De León, 2004).

A la vista de los estudios previos, se hace necesario investigar más sobre esta situación y es por lo que se ha decidido llevar a cabo este trabajo, cuyo objetivo es diseñar una propuesta de intervención psicológica para disminuir el consumo de tabaco en una paciente con esquizofrenia, complementándose con vareniclina.

Método

Participante

Para este estudio se escogió a una mujer de 53 años diagnosticada de esquizofrenia, tipo hebefrénica, por la cercanía con la autora del trabajo. Está divorciada y es aparadora, aunque está en paro desde hace 5 años, pero recibe una pensión por invalidez a causa de su enfermedad mental. Actualmente vive con su hija mayor de edad no fumadora y no ha vuelto a tener pareja desde el divorcio. Tampoco realiza actividades de ocio, se define como una persona bastante sedentaria. Posee un nivel

socioeconómico medio y un nivel socio-cultural medio-bajo, puesto que sólo cuenta con estudios primarios.

Fue diagnosticada de esquizofrenia a los 21 años, a la misma edad que comenzó a fumar por influencias externas, según refiere. El desarrollo de la enfermedad ha ido evolucionando de forma irregular, con necesidad de ingreso en el hospital en numerosas ocasiones debido a intentos de suicidio por ingestión abusiva de pastillas.

En lo que respecta a su estado de salud físico, mide 1'59 m de altura y tiene un peso de 81 kg, con un índice de masa corporal de 32'04, lo que indica obesidad tipo I. Además, tiene el colesterol alto, posiblemente debido a sus hábitos alimentarios y al consumo de tabaco. Sus familiares le sugieren ir al médico para controlar dicho problema, pero ella lo ignora, por lo que no está siendo tratado. En cuanto al cuidado personal, no presenta dificultades, aunque su apariencia pueda ser excéntrica o desarreglada.

Por otro lado, comenta que en una ocasión intentó dejar de fumar por voluntad propia, sin ayuda de nada ni nadie, pero no tuvo éxito. Entre los efectos perjudiciales que percibe del consumo de tabaco destaca: tos, mal aliento y dificultades en la respiración. Su hija refiere quejas porque fuma dentro de casa, convirtiéndole en una fumadora pasiva. Con relación a su actitud, tanto el ex-marido como la hija aseguran que a menudo parece que esté “soñando despierta”, como “en trance”. En ella realizan observaciones tales como: lentitud de movimientos (bradicinesia), pérdida de interés o satisfacción (anhedonia), falta de atención, insomnio o somnolencia excesiva, aislamiento social.

Tabla 1

Tratamiento farmacológico de la paciente

Nombre del fármaco	Principio activo	Vía de administración	Dosis administrada	Efectos
Noctamid	Lormetazepam	Oral	2 mg/día	Favorece el sueño
Diazepan Prodes	Lormetazepam	Oral	4 mg/día (no todos los días)	Tranquilizante, sedante, miorrelajante, anticonvulsionante y antipsicótico
Trevicta	Paliperidona palmitato	Intravenosa (en Atención Primaria)	350 mg cada 90 días	Antipsicótico

Variables e instrumentos

Además de las variables sociodemográficas, datos clínicos de la paciente y de la historia del problema, obtenidos a través de una entrevista semiestructurada a la paciente, a su hija y a su exmarido, se evaluaron las siguientes variables:

Consumo de cigarrillos. Evaluado mediante un autorregistro basado en los utilizados por Becoña (Becoña, 2004, p. 28). Se recogen datos como: fecha, hora, número de cigarrillos, placer experimentado por la paciente (0-10) y situación.

Dependencia física. Evaluada con el Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström (FTND), versión actualizada de la de Fagerström y Schneider (1991), adaptación española de Becoña, Gómez-Durán, Álvarez-Soto & García (1992). Se compone de 6 ítems, donde el primero y el cuarto abarcan un rango de puntuación de 0 a 3, y el resto un rango de 0 a 1. La puntuación total oscila entre 0 y 10, indicando un alto grado de dependencia aquellas puntuaciones más altas, y viceversa. Los puntos de corte son 4 y 7, indicando una puntuación menor de 4 una baja dependencia, entre 4 y 7 una dependencia moderada y mayor de 7 una alta dependencia (Carrasco, Luna y Vila, 1994; Fagerström, 1978; Lee y D'Alonzo, 1993). Esta prueba muestra un índice de consistencia interna de 0'56-0'64 y una fiabilidad test-retest de 0'88. En cuanto a su validez, correlaciona bastante bien con otras medidas bioquímicas de consumo y con el número de años como fumador (Becoña, Gómez-Durán, Álvarez-Soto & García, 1992).

Dependencia psicológica, social y gestual. Valorada con el Test de Glover-Nilson (GN-SBQ), versión adaptada de Nerín, Crucelaegui, Novella, Beamonte, Sobradíel, Bernal y cols. (2005). Está formado por 18 ítems con un rango de puntuación de 0 a 4. Los puntos de corte son los siguientes: menos de 12 puntos (dependencia leve), entre 12 y 22 (moderada), entre 23 y 34 (severa) y más de 34 (muy severa) (Nerín, Crucelaegui, Novella, Beamonte, Sobradíel, Bernal y cols., 2005). Se considera internamente consistente con un $\alpha = 0'82$ y temporalmente estable con un $r = 0'86$. Aunque no correlaciona con el Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström, resulta un buen predictor de los niveles de ansiedad con un valor de $\beta = 0'476$ con una $p < 0'001$ (Rath, Sharma & Beck, 2013).

Síndrome de abstinencia. Evaluado mediante la Escala de Síntomas de Abstinencia de la Nicotina de Minnesota (MNWS), de Hughes y Hatsukami (1986). Esta permite una valoración tanto de los síntomas fisiológicos como de los conductuales y cognitivos que la paciente experimentó en la última semana. Se compone de 9 ítems con un rango de puntuación de 0 a 4, con una puntuación total que oscila entre 0 y 36, donde a mayor puntuación mayor número e intensidad manifestada de los síntomas de abstinencia de

la nicotina presentará la paciente (Etter & Hughes, 2006). En lo referente a su consistencia interna, presenta interrelaciones entre todos sus ítems que oscilan entre 0'19 y 0'73, correlaciones de la escala total con cada ítem entre 0'39 y 0'74, y un $\alpha = 0'88$ en la escala total. Por otro lado, su fiabilidad test-retest arroja un ICC para cada ítem que varía entre 0'29 y 0'57, con un valor de 0'51 para el total (Kim & Gulick, 2007). Muestra validez convergente con coeficientes de correlación altos en conjuntos de ítems con su factor respectivo y validez discriminante con un valor de $r = 0'58$ en la correlación entre sus factores (Kline, 1998).

Motivación para dejar de fumar. Evaluada con el Test de Richmond. Está formado únicamente por 4 ítems. El primer ítem puntúa de 0 a 1 y el resto de 0 a 3, y el rango de puntuación total oscila entre 0 y 10. Los puntos de corte son: de 0 a 3, nulo o bajo; de 4 a 5, dudoso; de 6 a 7, moderado; y de 8 a 10, alto (Córdoba, Martín, Casas, Barberá, Botaya, Hernández y Jané, 2000; Richmond, Kehoe & Webster, 1993).

Ansiedad. Medida con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), adaptación española de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982). Además de evaluar el nivel actual de ansiedad, mide también la predisposición de la paciente a responder al estrés. Se compone de 40 ítems, 20 de ellos pertenecen a la subescala de Ansiedad-Estado y los otros 20 a la subescala Ansiedad-Rasgo, con una escala tipo Likert que oscila entre 0 (nada) y 3 (mucho). La puntuación total de cada subescala puede variar de 0 a 60, indicando las puntuaciones más elevadas mayores niveles de ansiedad. Posee una consistencia interna de 0'90-0'93 en la subescala Ansiedad-Estado y de 0'84-0'87 en la subescala Ansiedad-Rasgo, con una fiabilidad test-retest de 0'73-0'86 en esta última. En cuanto a su validez, muestra correlaciones bastante altas con otras pruebas que miden ansiedad, como con el BDI, con un valor de 0'60 (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982).

Depresión. Medida con el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), adaptación española de Sanz y Vázquez (1998) del original de Beck, Steer y Brown (1996), ya que resulta un instrumento idóneo para evaluar la sintomatología depresiva tanto en población normal como en clínica, mostrando en ambas una fiabilidad superior a la estándar ($\alpha > 0'70$), una buena validez de contenido (puntuación de 4) y una excelente validez de constructo y predictiva (puntuación de 5) (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005). Consta de 21 ítems con una escala tipo Likert de 4 puntos (0-3). La puntuación total es la suma de las respuestas a todos los ítems y, cuanto mayor sea la puntuación, mayor será también la gravedad de los síntomas depresivos que presente la paciente. La puntuación mínima que se puede obtener es 0 y la máxima 63,

y los puntos de corte son los siguientes: 0-13 (mínima depresión), 14-19 (depresión leve), 20-28 (depresión moderada) y 29-63 (depresión grave) (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010).

Confianza situacional. Medida con el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (BSCQ) (Breslin, Sobell, Sobell & Agrawal, 2000), traducido al castellano, con el fin de evaluar la percepción del grado de confianza de la paciente en sí misma para resistir el impulso de fumar en cada una de las 8 situaciones que expone, en las cuales tiene que indicar, en una escala que va desde el 0% (inseguro) al 100% (totalmente seguro), en qué medida se siente tan segura de poder resistir la necesidad de fumar (Breslin, Sobell, Sobell & Agrawal, 2000). En lo referente a su fiabilidad, presenta una alta consistencia interna con un $\alpha = 0'85$ (Nunnally, 1970).

Apoyo social. Evaluado con el Cuestionario de Apoyo Social (SSQ), traducción española de la versión abreviada de Sarason, Sarason y Shearin (1987). Se ha utilizado para averiguar el número de personas que resultan una fuente de apoyo para la paciente y su satisfacción con ello. Esta versión tiene 6 ítems, cada uno con una escala de 1 a 6 puntos, donde 1 indica muy insatisfecho y 6 muy satisfecho. Además, en cada ítem la paciente debe señalar el número de personas que le prestan ayuda (máximo 9). Para obtenerlo, se suma el número de personas de los 6 ítems y se divide entre 6, y para obtener la puntuación total de satisfacción de la paciente con el apoyo social que recibe se suman de igual manera las puntuaciones obtenidas en los ítems y se divide entre 6. Puntuaciones altas indicarán que la paciente posee un mayor número de personas para ofrecerle apoyo y una mayor satisfacción con ello. La consistencia interna de esta prueba es alta (0'90-0'93), al igual que su correlación con su versión larga (0'95). Cada uno de los ítems tiene una correlación con su puntuación de 0'51-0'79 y una validez interna bastante elevada ($\alpha = 0'97$). Su correlación test-retest es de 0'90 para apoyo y de 0'83 para satisfacción. Esta prueba también correlaciona con el BDI (Sarason, Levine & Basham, 1983; Sarason, Sarason & Shearin, 1987).

Procedimiento

Tras seleccionar las variables más relevantes para este estudio, se escogieron las pruebas adecuadas para su medición y se administraron a la paciente entre el 19 de marzo y el 1 de abril, informándole previamente de los objetivos del estudio y de la importancia de su colaboración como participante, concretando su voluntariedad y la confidencialidad de sus datos. Después, se procedió al cálculo de los estadísticos pertinentes y a su posterior interpretación. Previamente a la aplicación de dichas

pruebas, se realizó una entrevista semiestructurada a la paciente, a su hija y a su exmarido, en días diferentes.

Resultados

Para la evaluación del consumo, el autorregistro se completó durante 2 semanas. Aunque realizándolo entre 1 y 2 semanas el sujeto suele disminuir su consumo habitual (Becoña y Vázquez, 1997), si se comparan los datos que aparecen en la tabla 2 sobre el número de cigarrillos que consume la paciente de media en un día con los que refería ella misma en la entrevista (un paquete y medio, es decir, 30), son bastante similares.

Tabla 2

Resumen del autorregistro

Nº de días registrados	Media de nº de cigarrillos por día	Horario predominante	Valor medio placer	Situaciones predominantes
14	27	TARDE	9	Ante eventos estresantes o cuando está desocupada, en casa y sola

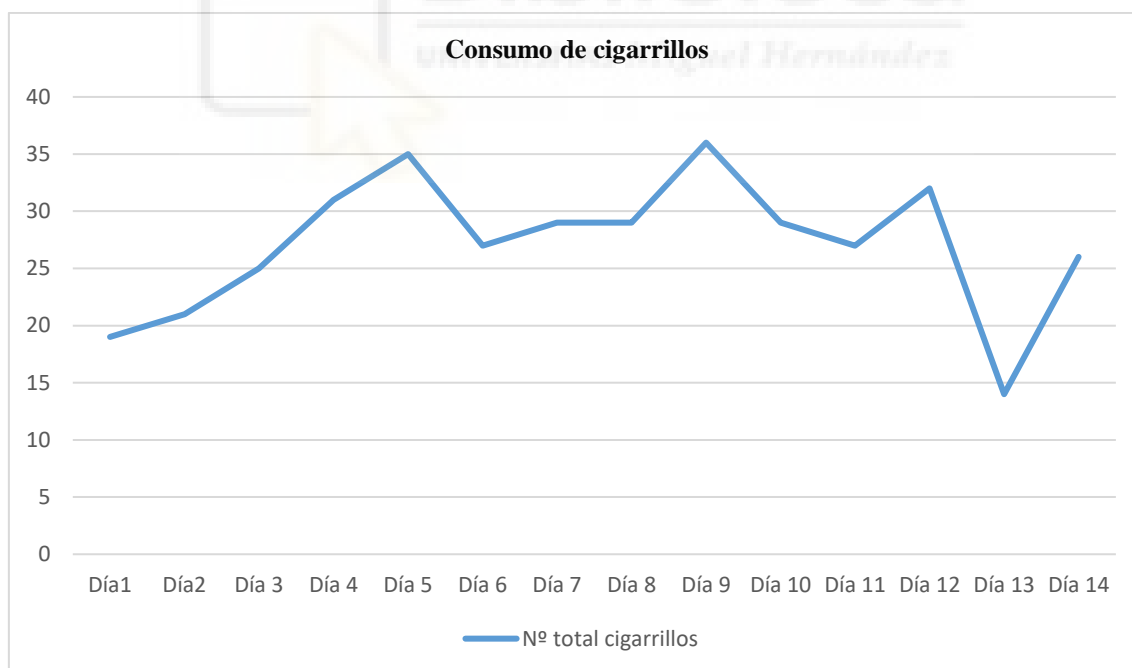


Figura 1. Consumo de cigarrillos

Análisis del caso

Se ha observado que la paciente consume un mayor número de cigarrillos por la tarde, coincidiendo con los momentos en los que menos tareas realiza. Además también fuma

más en situaciones que le provocan ansiedad. Suele hacerlo en casa y en solitario. Por lo que se puede deducir que la “falta de actividad” y el malestar que siente cuando se altera (estímulos antecedentes) elicitán la conducta de fumar, la cual se ve reforzada por el placer que le genera (refuerzo positivo) y por la reducción de los síntomas de abstinencia (refuerzo negativo).

En el *Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström (FTND)* la paciente obtuvo una puntuación de 7, lo cual indicaría que es una fumadora dependiente.

Por otro lado, en el *Test de Glover-Nilson (GN-SBQ)* se obtuvo una puntuación de 10 en *dependencia psicológica*, interpretándose como un valor moderado, al igual que en *dependencia social*, en la cual se encuentra un valor de 5. Sin embargo, en *dependencia gestual* se obtuvo una puntuación de 8, que se interpreta como una dependencia leve de este tipo. A nivel general, se encontró una puntuación de 23, que indica una dependencia severa al tabaco.

Con el objetivo de comparar los distintos tipos de dependencia a la droga, se ha llevado a cabo una transformación de las puntuaciones obtenidas en estas dos pruebas para colocarlas en una misma escala con un intervalo de 0 a 10 (figura 2).

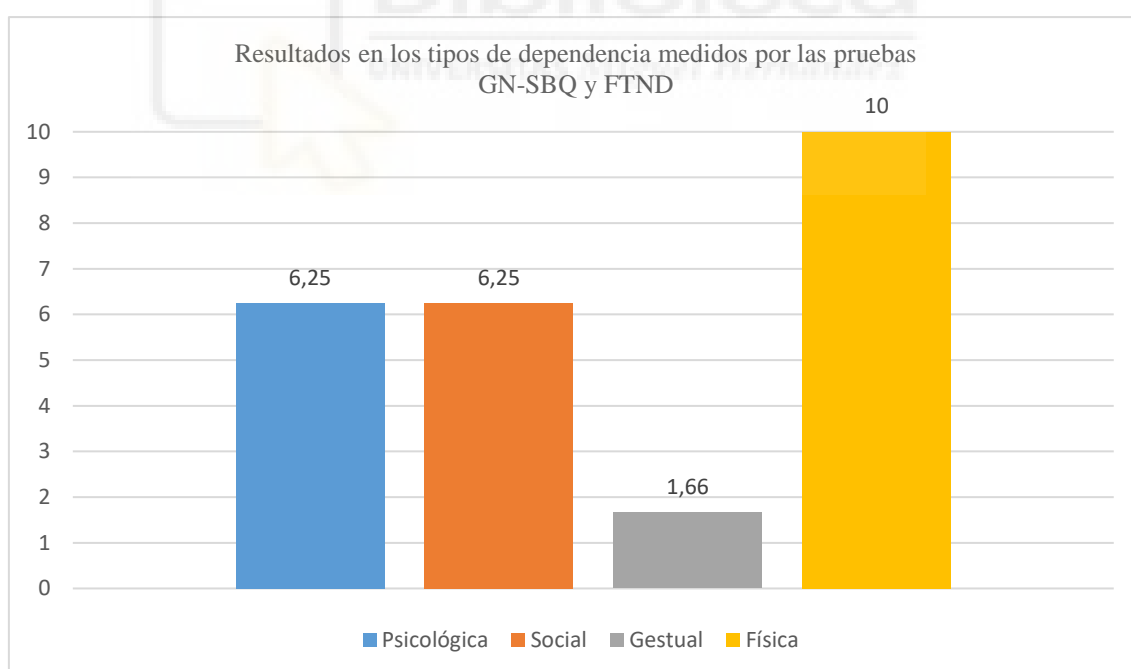


Figura 2. Resultados en los tipos de dependencia medidos por las pruebas GN-SBQ y FTND

En la *Escala de Síntomas de Abstinencia de la Nicotina de Minnesota (MNWS)*, la paciente obtuvo una puntuación total de 22, siendo la máxima 36 se podría considerar que la paciente presenta unos moderados síntomas de abstinencia. Pero, dado que lo interesante en este trabajo es averiguar cuáles son los síntomas más predominantes,

se destacan los ítems más puntuados: deseo de un cigarrillo, ansiedad o tensión, depresión y somnolencia. Aunque esta última puede deberse a las benzodiacepinas con las que está siendo medicada.

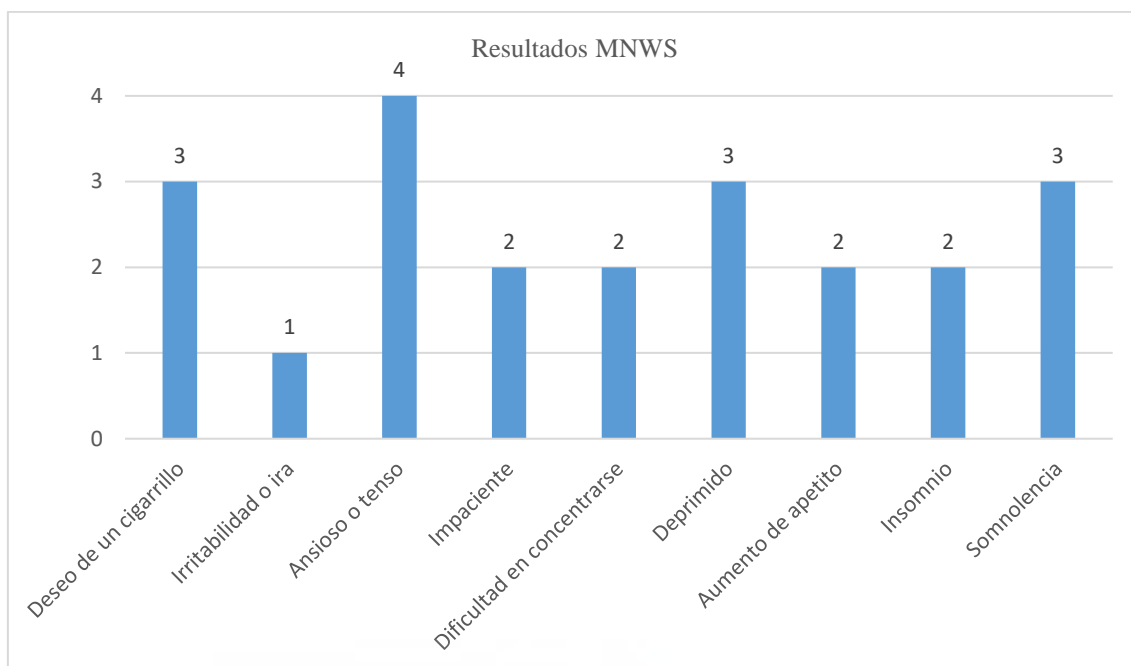


Figura 3. Resultados MNWS

En el *Test de Richmond* la paciente obtuvo una puntuación de 0, lo que indica que tiene un nivel de motivación nulo para cesar con el hábito tabáquico.

En el *STAI*, la paciente se encuentra dentro de los puntajes normales en la subescala Ansiedad-Estado con una puntuación de 22, correspondiente al centil 55 y decatipo 6. Sin embargo, en la subescala Ansiedad-Rasgo se ha obtenido una puntuación de 30, correspondiendo con el centil 70 y el decatipo 7, la cual sí resulta significativa al situarse hacia el extremo más alto.

Por otra parte, en el *BDI* la paciente obtuvo una puntuación directa de 18, lo cual se interpreta como una depresión leve, según los puntos de corte.

Con el fin de comparar los resultados obtenidos en las pruebas que miden *depresión* y *ansiedad*, se ha realizado otra transformación de las puntuaciones para colocarlas en la misma escala con un intervalo de 0 a 10 (figura 4).

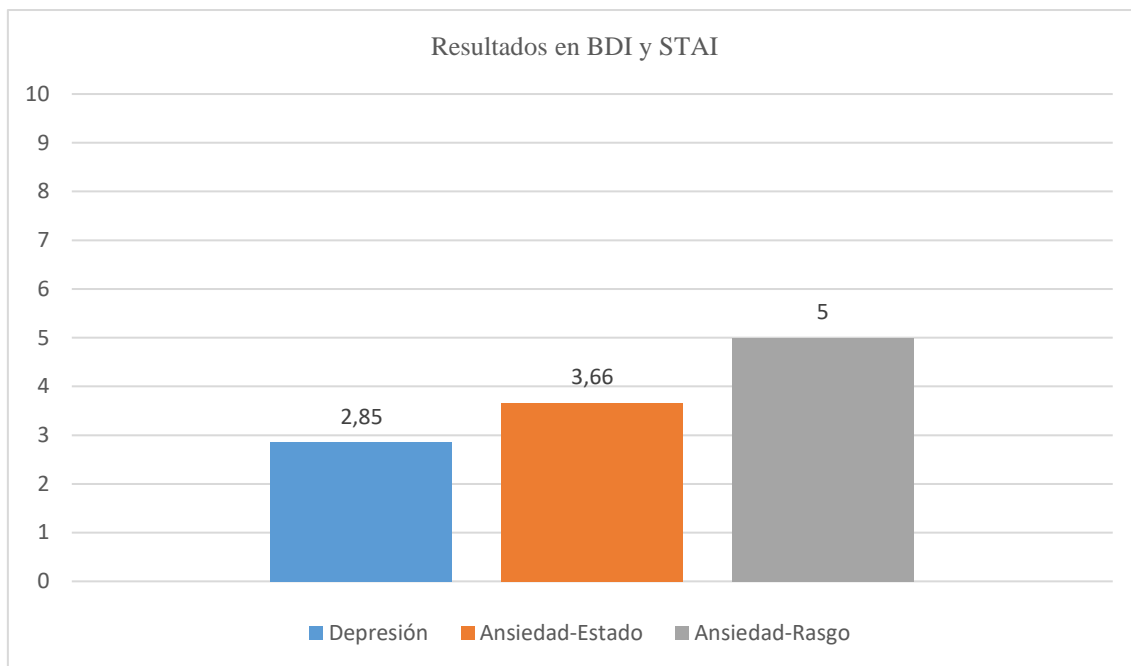


Figura 4. Resultados en BDI y STAI

En cuanto al *Cuestionario Breve de Confianza Situacional (BSCQ)*, en el gráfico que aparece a continuación se pueden observar los porcentajes obtenidos en cada una de las 8 situaciones.

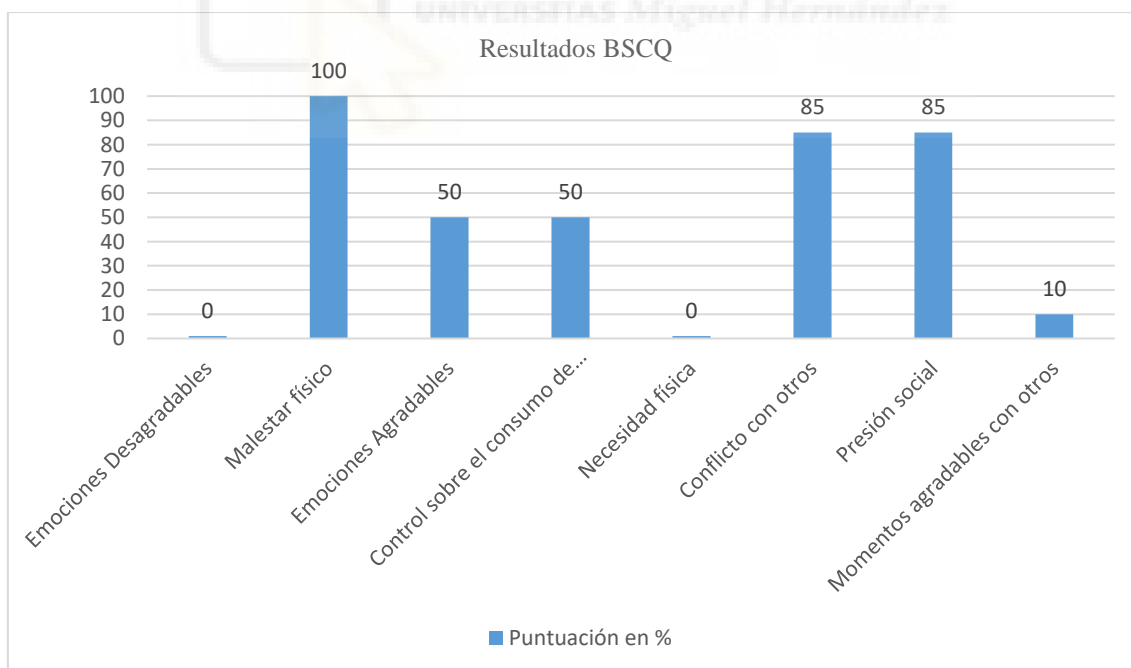


Figura 5. Resultados BSCQ

En el *Cuestionario de Apoyo Social (SSQ)* la paciente señaló una media de 1, referente al número de personas que le ofrecen apoyo social, y una puntuación en

satisfacción de 2'167, por lo que puede interpretarse que la paciente tiene una escasa disposición de figuras cercanas en las que apoyarse, probablemente a causa de su aislamiento, y una notable insatisfacción por ello.

Propuesta de intervención

La propuesta de intervención para reducir el consumo de tabaco que se presenta a continuación está basada en un tratamiento multicomponente, el Programa para Dejar de Fumar de Becoña (2007), de abordaje cognitivo-conductual, dado que autores como Kisely afirman que las intervenciones más eficaces para reducir el consumo en población clínica son semejantes a las utilizadas en población general (Kisely & Campbell, 2008). Se ha añadido también la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (1991). Además, se tendrán en cuenta algunas sugerencias de Goldberg (1994), como presentar a la paciente más de 2 opciones para cada tarea nueva que deba aprender para que pueda elegir sin angustiarse.

Por tanto, se han realizado modificaciones de dicho programa con la finalidad de adaptarla a las características clínicas y a las necesidades de la paciente. Además, la acción de esta intervención psicológica se complementará con el fármaco vareniclina para afrontar los síntomas de abstinencia. Su administración se realizará por vía oral y bajo la supervisión de su médico. Se comenzará con ella en la tercera semana del programa, siguiendo administrándose tras su finalización, puesto que la duración recomendada en personas con una alta dependencia, como es este caso, abarca un período de 24 semanas (Ballbè y Gual, 2012), y se retirará de manera gradual. Sería conveniente que el tratamiento fuera guiado, además de por un/a psicólogo/a, por el/la psiquiatra habitual de la paciente, lo que propiciaría el contacto terapéutico y facilitaría el asesoramiento (Himelhoch & Daumit, 2003). Esta última será la persona encargada de llamar por teléfono a la paciente un día antes de cada sesión para recordarle la cita.

La intervención tendría un formato individual, adaptándose mejor así a las características de la paciente y favoreciendo su adhesión (Horsfall, Cleary, Hunt & Walter, 2009), y se pondría en marcha cuando sus síntomas psiquiátricos se encontraran lo más estables posibles (Oliver, Lubman & Fraser, 2007).

En total, constará de 6 sesiones y otras 3 de seguimiento, comenzando con una sesión a la semana, y espaciándose luego en el tiempo para favorecer la autonomía de la paciente (Álvarez et al., 2009). Las sesiones 1 y 2 corresponderán a la fase de preparación, las sesiones 3 y 4 a la reducción del consumo, y las restantes (5 y 6) al mantenimiento de la abstinencia, y durante toda la intervención se utilizarán los

autorregistros para identificar los estímulos que elicitán o refuerzan la conducta de fumar, y también por su efecto terapéutico.

En las sesiones más teóricas se utilizará un lenguaje sencillo, sin tecnicismos, y un discurso breve y conciso, dado el nivel educativo de la paciente y los déficits neurocognitivos que frecuentemente se encuentran en la esquizofrenia (Addington, el-Guebaly, Campbell, Hodgins & Addington, 1998).

En esta propuesta de intervención ya se da por hecho la fase de evaluación de la paciente y la entrega previa de un autorregistro para completarlo antes de comenzar la primera sesión. Algo común a todas las sesiones será la inversión de los 5 primeros minutos para revisar los autorregistros y de los 5 últimos para explicar las tareas para casa.

Sesión 1- Psicoeducación

1ª semana, duración: 1 ½ h.

Objetivos:

1. Presentar el programa de intervención.
2. Analizar los autorregistros completados hasta el momento para concienciar a la paciente de la cantidad de cigarrillos que consume.
3. Mostrar datos objetivos sobre los efectos perjudiciales del tabaco y recalcar que dificulta el tratamiento de la esquizofrenia.
4. Discutir con la paciente las ventajas de la reducción del consumo de tabaco.
5. Explicarle la utilidad de cambiar la marca de cigarrillos y las pautas a seguir para evitar compensar el menor porcentaje de nicotina que contenga la nueva marca.
6. Valorar la introducción del fármaco vareniclina.
7. Reforzar la planificación de objetivos.

Tareas en consulta:

- Revisar los autorregistros.
- Presentar los efectos perjudiciales del tabaco.
- Discutir las ventajas de la reducción del consumo de tabaco (mencionar la eliminación de los efectos perjudiciales que refería en la entrevista de evaluación).

Descripción:

Se comenzará explicando el programa de intervención y su objetivo y se aclararán las dudas de la paciente acerca de este. Tras esto, se expondrán a la paciente los efectos perjudiciales del consumo de tabaco mediante una presentación de PowerPoint. Además, se le podrá ofrecer material bibliográfico fiable al respecto. Al acabar la presentación, se pasará a discutir con la paciente las ventajas de su reducción. Luego se le explicará la necesidad de cambiar de marca de cigarrillos y las pautas a seguir cuando fume. Se le sugerirá el uso de la vareniclina para complementar la eficacia del tratamiento, explicando sus beneficios y posibles efectos adversos. Por último, se le proporcionará un horario de las sesiones para reforzar la planificación de objetivos, en el que se le expliquen además las tareas para casa.

Tareas para casa:

- Continuar completando el autorregistro.
- Cambiar de marca de cigarrillos.
- No superar la media de cigarrillos actual y dejar un tercio del cigarrillo sin fumar.

Sesión 2- Motivación

2ª semana, duración: 1 ½ h.

Objetivos:

1. Motivar a la paciente para iniciar la intervención.
2. Aumentar las expectativas de autoeficacia de la paciente y su compromiso para reducir el consumo.
3. Implicar en el proceso a una persona significativa para la paciente.

Tareas en consulta:

- Revisar los autorregistros y las tareas para casa.
- Entrevista motivacional.
- Reestructuración cognitiva.
- Contrato terapéutico.

Descripción:

Se realizará una entrevista motivacional a la paciente, para que sea ella misma quien exponga sus razones para reducir el consumo de tabaco. En caso de que se

identificaran en la paciente cogniciones erróneas sobre salud o acerca de su capacidad para dejar de fumar se realizaría un proceso de reestructuración cognitiva para concienciarle de la gravedad de un consumo excesivo y aumentar su percepción de autoeficacia y, a su vez, su motivación para el cambio. Para aumentar el compromiso de la paciente con el tratamiento se le presentará un contrato terapéutico, el cual deberá firmar junto su hija, implicándola así en el proceso.

Si no se pudiera conseguir una motivación intrínseca de la paciente para reducir el consumo de tabaco podría comenzarse con recompensas monetarias por cada sesión a la que asista con las tareas para casa realizadas. Esto resultaría un incentivo importante para la paciente dado que no trabaja y refiere quejas sobre sus ingresos.

Tareas para casa:

- Continuar completando el autorregistro.
- Lista de ventajas de reducir el consumo.
- Cambiar a otra marca con menos porcentaje de alquitrán y nicotina que la anterior.

Sesión 3- Reducción del consumo I

4ª semana, duración: 1h.

Objetivos:

1. Valorar actividades para ocupar el tiempo libre de la paciente.
2. Concienciar a la paciente de que fumar puede estar relacionado con rutinas.
3. Entrenar a la paciente en técnicas de relajación y respiración para paliar los síntomas de abstinencia y también para controlar la ansiedad.

Tareas en consulta:

- Revisar los autorregistros.
- Discutir actividades lúdicas o de ocio a realizar.
- Entrenamiento de técnicas de respiración y relajación, como la RMP de Jacobson.

Descripción:

Se discutirán con la paciente aquellas actividades lúdicas o de ocio de su agrado que sean factibles económicamente y en el tiempo, ya que encontrar trabajo, debido a

su bajo nivel de empleabilidad, entre otros factores, resulta en estos momentos una meta muy complicada. Si estas actividades pueden llevarse a cabo fuera de casa, con otras personas e incluyen ejercicio físico sería lo ideal, para romper con el sedentarismo y con la rutina de la paciente de fumar en casa. Se detallará cada actividad a realizar, su duración y los días a la semana que se realizará. Después se introducirán a la paciente algunas técnicas de relajación y respiración y se entrenarán en consulta.

Tareas para casa:

- Seguir completando los autorregistros.
- Practicar las técnicas de relajación entrenadas en consulta en situaciones tranquilas.
- Realizar las actividades de ocio o lúdicas descritas en consulta para esas semanas.
- Cambiar a la marca con menos porcentaje de alquitrán y nicotina accesible.

Sesión 4- Reducción del consumo II

6ª semana, duración 1h.

Objetivos:

1. Aumentar la confianza para resistir el impulso de fumar.
2. Introducir la técnica de control de estímulos.
3. Reducir de manera significativa el consumo diario de cigarrillos.
4. Consolidar las técnicas de relajación en su rutina.

Tareas en consulta:

- Revisar los autorregistros.
- Construir una jerarquía de situaciones abstinentes de fumar.
- Enseñar la técnica de control de estímulos.
- Practicar técnicas de relajación.

Descripción:

Para aumentar la autoconfianza de la paciente se jerarquizarán las situaciones en las que deberá mantenerse abstinente de fumar empleando algunas de las técnicas aprendidas, para que observe logros a corto plazo. Después se le enseñará la técnica de control de estímulos para eliminar o reducir las situaciones que le incitan a fumar,

como puede ser estar desocupada mucho tiempo. Luego se practicarán las técnicas de relajación ya conocidas insistiendo en los puntos débiles.

Tareas para casa:

- Seguir completando los autorregistros.
- Superar entre 1 y 2 ítems de la jerarquía manteniéndose abstinente.
- Continuar practicando las técnicas de relajación, tanto en situaciones que lo requieran como estando en calma.

Sesión 5- Prevención de recaídas I

8ª semana, duración 1h.

Objetivos:

1. Evitar que la paciente aumente su línea base actual de consumo y, si es posible, disminuirla.
2. Aumentar el repertorio de técnicas de relajación o de autocontrol de la paciente.
3. Introducir la figura de la coterapeuta.

Tareas en consulta:

- Revisar los autorregistros.
- Entrenamiento de otras técnicas de relajación.
- Explicación de la función de la coterapeuta.
- Entrenamiento en técnicas de afrontamiento y resolución de problemas.

Descripción:

Se realizará un modelado en consulta de algunas de las nuevas técnicas de relajación para que la paciente las aprenda y las practique. En esta sesión la paciente vendrá acompañada de su hija ("coterapeuta") a la que se le mostrará en qué situaciones la paciente sería más vulnerable a recaer para que refuerce sus intentos por evitarlo en estas circunstancias. Se entrenará a la paciente en técnicas de afrontamiento y resolución de problemas para evitar recaídas.

Tareas para casa:

- Seguir completando los autorregistros.
- Utilizar las estrategias de afrontamiento o solución de problemas en situaciones de riesgo de consumo.

- Practicar las técnicas de relajación, tanto en situaciones no estresantes como estresantes, ya que la paciente obtuvo una puntuación alta en ansiedad-rasgo.

Sesión 6- Prevención de recaídas II

10ª semana, duración: 1 ½ h.

Objetivos:

1. Enseñar a la paciente a identificar las señales que puedan significar una recaída y a enfrentarse a ello.
2. Comparar expectativas de la paciente con los resultados del tratamiento.
3. Concienciar a la paciente de los beneficios de haber reducido el consumo.
4. Reforzar a la paciente por los logros conseguidos.
5. Reforzar las estrategias aprendidas que hayan sido más útiles para la paciente.
6. Plantear a la paciente el abandono completo del tabaco.

Tareas en consulta:

- Revisar los autorregistros.
- Entrenamiento en técnicas de prevención de recaídas, como autoinstrucciones.
- Lista con expectativas y resultados finales del tratamiento.
- Revisar ventajas percibidas de haber reducido el consumo y presentación del gráfico de consumo.
- Discriminar, entre las estrategias utilizadas, aquellas más útiles para la paciente.
- Exposición de las ventajas de cesar con el consumo.

Descripción:

Con el objetivo de que la paciente reconozca de antemano qué puede indicar una recaída, se le explicará la diferencia entre esta y una caída y cómo evitarla o enfrentarse a ella con las estrategias ya aprendidas. Después, por escrito, la paciente comparará las expectativas que tenía sobre el tratamiento con los frutos obtenidos finalmente. Se hará hincapié en los beneficios obtenidos de la reducción del consumo exponiéndolos junto a su hija, para completar aquellos que la paciente haya ignorado. Además, se le mostrará un gráfico que represente su consumo desde el inicio de la intervención hasta el momento. Luego, la paciente señalará las técnicas que le hayan resultado más útiles, las cuales utilizará con más frecuencia. Tras esto, la psicóloga le planteará el abandono completo del consumo exponiéndole las facilidades una vez reducido de manera significativa y el procedimiento que se llevaría a cabo. Antes de mandar las tareas para

casa, la paciente realizará una evaluación del proceso, bien por escrito o de manera oral. Para terminar, se le explicará la finalidad y la fecha de las sesiones de seguimiento o de las nuevas sesiones de tratamiento para eliminar el consumo.

Tareas para casa:

- Seguir completando los autorregistros.
- Rellenar algunas pruebas para la evaluación post-tratamiento.

Si la paciente decide abandonar el tabaco en lugar de mantener la reducción del mismo se comenzaría con un tratamiento psicológico específico para ello y después se realizarían las sesiones de seguimiento.

Sesiones de seguimiento

Objetivos:

1. Identificar posibles recaídas y ofrecer una guía para afrontarlas.
2. Valorar su estado general de enfermedad en relación al tratamiento psicológico y farmacológico llevado hasta ahora (alteración de los síntomas positivos o negativos).
3. Reforzar logros alcanzados y estimular su mantenimiento.

Tareas:

- Entrevista.
- Valoración autoeficacia.
- Revisar los autorregistros.
- Mostrar resultados de la evaluación post-tratamiento.

Descripción:

Llevadas a cabo a los 3, 6 y 12 meses tras la finalización de la intervención, con una duración aproximada de 1 hora. Se realizarán de manera presencial coincidiendo con su visita al psiquiatra en el centro de salud. Se comenzará con una entrevista en la que se preguntará por su evolución, cambios observados y dificultades encontradas. Comparando los resultados de ahora con los iniciales de los autorregistros y de las pruebas de evaluación se reforzará su autoeficacia.

En caso de haber sufrido una recaída y haberla sobrellevado se le reforzará por su logro, y si no ha conseguido superarla se procederá a evaluarla y retomar el tratamiento si resulta pertinente.

Discusión

El objetivo de este trabajo era crear una propuesta de intervención para reducir el consumo de tabaco en una paciente con esquizofrenia y es lo que se ha conseguido. Puesto que no se ha llevado a la práctica, no se puede afirmar que vaya a ser efectiva, pero el haberse basado en programas validados lleva a pensar que se ha escogido un buen camino para lograr dicho objetivo. No se puede asegurar que la vareniclina vaya a favorecer el proceso reduciendo los síntomas de abstinencia, ya que la FDA no incluyó pacientes con enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia en los estudios que se llevaron a cabo para su aprobación (Center for Drug Evaluation and Research, 2008), aunque los resultados de un estudio realizado unos años más tarde apoyando la eficacia de este fármaco también en personas esquizofrénicas (Weiner, Buchholtz, Coffay, Liu, McMahon, Buchanan & Kelly, 2011) resultan alentadores.

El hecho de haber relacionado las estrategias para la reducción del consumo de tabaco con beneficios para su enfermedad y en áreas deficitarias de la vida de la paciente, como la social, podría favorecer la adhesión de la paciente al tratamiento. Además, la paciente no perdería el contacto con su psiquiatra ya que realiza una visita trimensual para administrarle su medicación, lo que permitiría llevar un mejor seguimiento de los resultados de la intervención e intervenir lo antes posible si se diera una recaída.

Aunque la propuesta está diseñada acorde a las características específicas del sujeto escogido para este estudio, se podría utilizar con otros pacientes con la misma patología adaptando los detalles convenientes a sus casos.

En cuanto a las limitaciones del trabajo, se encuentran las escasas intervenciones psicológicas de referencia en la adicción a la nicotina en población clínica y la falta de resultados concluyentes debido a que no se ha aplicado la propuesta.

En último lugar, los aspectos más importantes a destacar podrían ser la gran necesidad de abordar psicológicamente las adicciones en pacientes clínicos y los beneficios que conlleva para estos.

Referencias bibliográficas:

- Alonso-Pérez, F., Alonso-Cardenoso, C., García-González, J. V., Fraile-Cobos, J. M., Lobo-Llorente, N. y Secades-Villa, R. (2014). Efectividad de un programa multicomponente para dejar de fumar aplicado en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 28(3), 222-224.
- Addington, J. (1998). Group Treatment for Smoking Cessation Among Persons With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 49(7), 925-928.
- Addington, J., el-Guebaly, N., Campbell, W., Hodgins, D. C. & Addington, D. (1998). Smoking Cessation Treatment for Patients With Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 974-976.
- Álvarez, F. J., Arenas, M., Casas, F., García, M., Grávalos, J., Lourdes, F., ... Vellisco, A. (2009). Documento de Consenso de Neumosur sobre diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. *Revista Española de Patología Torácica, suplemento*, 7-48.
- Ballbè, M. y Gual, A. (2012). *Guía de intervención clínica en el consumo de tabaco en pacientes con trastorno mental*. Barcelona: Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum, Institut Català d'Oncologia, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Becoña, E. (1993). *Programa para dejar de fumar*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (2004). Evaluación del fumador. En *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar* (pp. 21-29). Valencia: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (2007). *Programa para Dejar de Fumar*. Vigo: Nova Galicia Edicions.
- Becoña, E., Gómez-Durán, B., Álvarez-Soto, E. & García, M. (1992). Scores of Spanish smokers on Fagerström's Tolerance Questionnaire. *Psychological Reports*, 71, 1227-1233 (1ª versión). Versión reproducida de Becoña (1994).
- Becoña, E. y Míguez, M. (2006). Dejar de fumar desde casa: "El Programa 2001 para Dejar de Fumar". *Psicooncología*, 3(2-3), 319-336.
- Becoña, E., Nogueiras, L., Flórez, G., Álvarez, S. y Vázquez, D. (2010). Propiedades psicométricas de la Escala del Síndrome de Dependencia de la Nicotina (NDSS)

- en una muestra de fumadores que solicitan tratamiento por su dependencia del alcohol. *Adicciones*, 22(1), 37-50.
- Becoña, E. & Vázquez, F. L. (1997). Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation?: An empirical study. *Psychological Reports*, 81, 291-296.
- Becoña, E. y Vázquez F. L. (1997). La evaluación de la conducta de fumar. *Psicología Conductual*, 5(3), 345-364.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- Breslin, C., Sobell, L. C., Sobell, M. B. & Agrawal, S. (2000). A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1211-1220.
- Carrasco, T. J., Luna, M. y Vila, J. (1994). Validez del Fagerstrom Tolerance Questionnaire como medida de dependencia física de la nicotina: una revisión. *Revista Española de Drogodependencias*, 19(1), 3-14.
- Center for Drug Evaluation and Research (2008). Varenicline (marketed Chantix) information: FDA alert. Rockville MD: Food and Drug Administration. Recuperado de: <http://www.fda.gov/Cder/drug/infopage/varenicline/default.htm>
- Córdoba, R., Martín, C., Casas, R., Barberá, C., Botaya, M., Hernández, A. y Jané, C. (2000). Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. *Atención Primaria*, 25(1), 32-36.
- Echeverría, I. y Ayala, H. E. (1997). *Cuestionario de Confianza Situacional: Traducción y Adaptación*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- El-Guebaly, N., Cathcart, J., Currie, S., Brown, D. & Gloster, S. (2002). Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders. *Psychiatric Services*, 53, 1166-1170.
- Etter, J. & Hughes, J. R. (2006). A comparison of the psychometric properties of three cigarette withdrawal scales. *Addiction*, 101, 362-372.
- Evins, A. E., Mays, V. K., Cather, C., Goff, D. C., Rigotti, N. A. & Tisdale, T. (2001). A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for smoking cessation in schizophrenia. *Nicotine & Tobacco Research*, 3(4), 397-403.

- Fagerstrom, K. O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3(3-4), 235-241.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J.,... Wewers, M. E. (2009). *Treating Tobacco Use and Dependence: Quick Reference Guide for Clinicians*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Garret, B. E., Rose, C. A., Henningfield, J. E. (2001). Tobacco addiction and pharmacological interventions. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 2(10), 1545-1555.
- Goldberg, J. O. (1994). *Cognitive retraining in a community psychiatric rehabilitation program, in Cognitive Technology in Psychiatric Rehabilitation*. Lincoln, University of Nebraska Press: Spaulding WB.
- Gurpegui, M., Martínez-Ortega, J. M., Jurado, D. et al. (2007). Subjective effects and the main reason for smoking in outpatients with schizophrenia: a case-control study. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 186-191.
- Hannerz, H., Borga, P. & Borritz, M. (2001). Life expectancies for people with psychiatric diagnoses. *Public Health*, 115(5), 328-337.
- Himelhoch, S. & Daumit, G. (2003). To whom do psychiatrists offer smoking-cessation counseling? *American Journal of Psychiatry*, 160, 2228-2230.
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G. E. & Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(1), 24-34.
- Hughes, J. R. y Hatsukami, D. K. (1986). Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Archives of General Psychiatry*, 43, 289-294.
- Hughes, J.R., Hatsukami, D.K., Mitchell, J. E. y Dahlgren, L.A. (1986). Prevalence of smoking among psychiatry outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143, 993-997.
- Kelly, C. & McCreadie, R. (2000). Cigarette smoking and schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 327-331.

- Kim, S. S. & Gulick, E. E. (2007). Psychometric Properties of the Minnesota Nicotine Withdrawal Scale: A Korean Version. *Journal of Nursing Measurement*, 15(2), 121-132.
- Kisely, S. & Campbell, L. A. (2008). Use of smoking cessation therapies in individuals with psychiatric illness: an update for prescribers. *CNS Drugs*, 22, 263-273.
- Kline, R. B. (1998). Principles and practice of structural equation modeling. New York: The Guilford Press.
- Lai, D.T., Cahill, K., Qin, Y. & Tang, J. L. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Lancaster, T. & Stead, L. F. (2003). *Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review)*. *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Lavin, M. R., Siris, S. G. & Mason, S. E. (1996). What is the clinical importance of cigarette smoking in schizophrenia? *American Journal of Addictions*, 5, 189–208.
- Lee, E. W. y D'Alonzo, G. E. (1993). Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. *Archives of Internal Medicine*, 153(1), 34-48.
- McChargue, D. E., Gulliver, S. B. & Hitsman, B. (2002). Would smokers with schizophrenia benefit from a more flexible approach to smoking treatment. *Addiction*, 97, 785-793.
- Martínez, J. M., Gurpegui, M., Díaz, F. J. y De León, J. (2004). Tabaco y Esquizofrenia. *Adicciones*, 16(2), 177-190.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change*. *Addictive Behavior*. New York: Guilford.
- Mueser, K. T. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual de la esquizofrenia. En Caballo, V. E., *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1*, (pp. 611-633). México: Siglo Veintiuno Bee Tch0.
- Mueser, K. T., Bennett, M. & Kushner, M. G. (1995). Epidemiology of substance use disorders among persons with chronic mental illnesses. En A. F. Lehman y L. Dixon (dirs.). *Double jeopardy: chronic mental illness and substance abuse*. Nueva York: Harwood.
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo* 31, 108-121.

- Nerín, I., Crucelaegui, A., Novella, P., Beamonte, A., Sobradiel, N., Bernal, V. y cols. (2005). Evaluación de la dependencia psicológica mediante el test de Glover- Nilsson en el tratamiento del tabaquismo. *Archivos de Bronconeumología*, 42, 493-498.
- Nunnally, J. C. (1970). *Introduction to psychological measurement*. New York: McGraw-Hill.
- Olivier, D., Lubman, D. I. & Fraser, R. (2007). Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: biopsychosocial perspective. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 572-580.
- Rath, J. M., Sharma, E. & Beck, K. H. (2013). Reliability and validity of the Glover-Nilsson smoking behavioral questionnaire. *American Journal of Health Behavior*, 37(3), 310-317.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Ritcher, K. P. (2006). Good and bad times for treating cigarette smoking in drug treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38, 211-215.
- 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.
- Roncero, C., Barral, C., Grau-López, L., Esteve, O. y Casas, M. (2010). *Patología dual: Protocolos de intervención. Esquizofrenia*. Barcelona: EdikaMed, S. L.
- Rondina, R. C., Gorayeb, R. y Botelho, C. (2003). Relación entre tabaquismo y trastornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 30(6), 221-228.
- Sánchez, J., Olivares, J. y Alcázar, A. I. (1998). El problema de la adicción al tabaco: meta-análisis de las intervenciones conductuales en España. *Psicothema*, 10, 535-549.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck CII (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.

- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Sarason, I., Levine, H. & Basham, R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R. & Shearin, E. N. (1987). A brief measure of social support practical and theoretical implications. *Journal Social Personal Relations*, 4, 497-510.
- Sendra-Gutiérrez, J. M., Casanova, B., Vargas, M. L. (2012). Tabaquismo y trastorno mental grave: conceptualización, abordaje teórico y estudios de intervención. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 707-722.
- Sopelana, P. A. (2007). Tratamiento de la adicción al tabaco en esquizofrenia dual. En Szerman, N., Álvarez, C. y Casas, M. (eds.), *Patología dual en esquizofrenia: opciones terapéuticas* (pp. 131-142). Barcelona: Editorial Glosa.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.
- Srinivasan, T. N. & Tara, R. (2002). Smoking in schizophrenia – all is not biological. *Schizophrenia Research*, 56, 67-74.
- Tidey, J. W., Higgins, S. T., Bickel, W. K. & Steingard, S. (1999). Effects of response requirement and the availability of an alternative reinforcer on cigarette smoking by schizophrenics. *Psychopharmacology (Berl)*, 145(1), 52-60.
- USDHHS (1991). Strategies to control tobacco use in the United States: A blueprint for public health action in the 1990s. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Weiner, E., Buchholtz, A., Coffay, A., Liu, F., McMahon, R. P., Buchanan, R. W. & Kelly, D. L. (2011). Varenicline for Smoking Cessation in People with Schizophrenia: A Double Blind Randomized Pilot Study. *Schizophrenia Research*, 129(1), 94–95.
- Ziedonis, D. M. & George, T. P. (1997). Schizophrenia and Nicotine Use: Report of a Pilot Smoking Cessation Program and Review of Neurobiological and Clinical Issues. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2), 247-254.