



**Departamento de Fisiología y Farmacología  
Universidad de Cantabria**

# **Influencia de la presencia de patología psiquiátrica en la cesación tabáquica**

***Estudio de los pacientes tratados  
entre 2006 y 2014 en UDESTA***

Tesis doctoral presentada por Sergio Veiga Rodeiro para optar  
al Grado de Doctor por la Universidad de Cantabria  
Santander, Febrero 2016





## Departamento de Fisiología y Farmacología Universidad de Cantabria

Francisco Javier Ayesta Ayesta,

Profesor Titular de Farmacología de la Universidad de Cantabria

### CERTIFICA:

Que ha llevado a cabo las funciones de dirección de la tesis doctoral de **Sergio Veiga Rodeiro**, licenciado en Psicología, con el título **“Influencia de la presencia de patología psiquiátrica en la cesación tabáquica. Estudio de los pacientes tratados entre 2006 y 2014 en la UDESTA”**.

Considero que dicho trabajo se encuentra terminado y reúne los requisitos necesarios para su presentación como Memoria de Doctorado al objeto de poder optar al grado de Doctor por la Universidad de Cantabria.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, expido la presente certificación en Santander, a 1 febrero de 2016

F. Javier Ayesta Ayesta



*Gracias:*

- ~ *A Javier. Por ser un referente, por su capacidad de ofrecer perspectiva, por su generosidad ilimitada, por su disponibilidad y paciencia inagotables.*
- ~ *A Fernando. Gran parte del mérito es suyo, no solo por ayudar a los protagonistas de este trabajo, sino también por preocuparse por buscar formas de mejorar nuestra forma de trabajar.*
- ~ *A todos los colegas de profesión de antes y de ahora –muchos ya más que amigos–, de los que he aprendido sobre este tema, que han sido muchos.*
- ~ *A todos aquellos que me han brindado, de una forma u otra, oportunidades para que hoy esté donde estoy.*
- ~ *A Miriam, por su paciencia, su apoyo, su cariño... y su logística.*
- ~ *A las peques, que han sufrido más que nadie las horas no dedicadas.*
- ~ *Y a la familia, por estar siempre ahí.*



# Índice de contenidos

1	Introducción .....	3
1.1	Quienes presentan patología o sintomatología psiquiátrica fuman más, y presentan tasas de cesación más bajas .....	3
1.1.1	Mayor prevalencia de consumo .....	3
1.1.2	Mayor cantidad de tabaco consumida y mayor dependencia a la nicotina .....	4
1.1.3	Tienen peores tasas de cesación .....	5
1.1.4	¿A qué se deben las diferencias con la población sin diagnóstico psiquiátrico? .....	5
1.2	Sufren una carga de morbimortalidad superior a la población general.....	7
1.3	Existen una serie de barreras, sociales o profesionales, que dificultan que sea abordado adecuadamente este grave factor de riesgo para la salud de estas personas .....	9
1.3.1	Algunos profesionales podrían minusvalorar la importancia de que estos pacientes dejen de fumar.....	9
1.3.2	Considerar que estos pacientes no quieren dejar de fumar .....	10
1.3.3	Considerar que estos pacientes no pueden dejar de fumar .....	12
1.4	Dejar de fumar contribuiría a la mejora de su salud .....	13
1.5	Patrón diferencial en función del tipo de trastorno psiquiátrico.....	17
1.5.1	Depresión .....	17
1.5.2	Ansiedad .....	19
1.5.3	Esquizofrenia .....	21
1.5.4	Trastorno bipolar .....	22
1.5.5	Trastorno por uso de sustancias.....	23
1.5.6	Consumo de cannabis.....	24
2	Justificación y objetivos.....	29
3	Métodos .....	33
3.1	Población del estudio .....	33
3.2	Protocolo de intervención .....	34
3.3	Historia clínica .....	35

3.4 Cuestionarios .....	36
3.4.1. Análisis de la dependencia .....	36
3.4.2. Valoración del estado anímico .....	39
3.4.3 Análisis de antecedentes y consecuentes del consumo.....	41
3.4.4 Otros tests .....	45
3.5 Análisis estadístico.....	47
4 Resultados .....	51
4.1 Análisis multivariante .....	52
4.2 Análisis de las diferencias observadas en función de la presencia o ausencia de algún diagnóstico psiquiátrico.....	55
4.2.1 Cesación.....	55
4.2.2 Variables demográficas .....	58
4.2.3 Consumo de tabaco .....	59
4.2.4 Variables relacionadas con la disposición o motivación para dejar de fumar .....	62
4.2.5 Dependencia.....	63
4.2.6 Valoración funcional del consumo de tabaco .....	68
4.2.7 Variables relacionadas con el estado de ánimo del paciente en el momento de la evaluación.....	73
4.3 Análisis de variables que influyen en la cesación .....	82
4.4 Resultados por tipo de trastorno .....	96
4.4.1 Pacientes con un solo diagnóstico psiquiátrico.....	96
4.4.2 Características de los pacientes de cada uno de los diagnósticos psiquiátricos .....	98
4.5 Consumidores de cannabis.....	111
4.5.1 Comparación de los consumidores de cannabis con la muestra de pacientes sin y con diagnóstico psiquiátrico.....	112
4.5.2 Comparación de consumidores de cannabis en virtud de si tienen o no un diagnóstico de patología psiquiátrica.....	116
5 Discusión.....	121
5.1 Principales resultados.....	121

5.1.1 Diferencias observadas entre quienes tienen un diagnóstico psiquiátrico y aquellos que no lo tienen.....	121
5.1.2 Diferencias observadas por tipo de diagnóstico .....	122
5.1.3 Consumidores de cannabis.....	122
5.2 Limitaciones del estudio .....	123
5.3 Consumo y cesación .....	125
5.3.1 Pacientes sin diagnóstico psiquiátrico.....	126
5.3.2 Pacientes con diagnóstico psiquiátrico .....	126
5.3.3 Análisis de variables moduladoras de las tasas de cesación .....	130
5.3.4 Repercusiones clínicas.....	132
5.4 Por tipo de trastorno .....	133
5.4.1 Depresión .....	133
5.4.2 Trastorno de ansiedad.....	134
5.4.3 Trastorno mixto ansioso-depresivo.....	134
5.4.4 Trastorno bipolar .....	135
5.4.5 Trastorno por uso de sustancias.....	136
5.4.6 Trastorno psicótico.....	138
5.5 Consumidores de cannabis.....	138
6 Conclusiones.....	143
7 Referencias bibliográficas.....	147



## **Abreviaturas utilizadas en este trabajo**

Cig/d: cigarrillos/día

CO: monóxido de carbono

DM: diagnóstico múltiple

DSMIV-TR: Diagnostic and Statistical Manual, 4th edition

DT: desviación típica

DU: diagnóstico único

ET: escala de estrés

FTND: test de Fagerström de dependencia de la nicotina

GA: subescala de ansiedad del test de Goldberg

GA14: preguntas 1 a 4 de la subescala de ansiedad del test de Goldberg

GD: subescala de depresión del test de Goldberg

GD14: preguntas 1 a 4 de la subescala de depresión del test de Goldberg

IC: intervalo de confianza

IMAO: Inhibidor de la amino-oxidasa

OR: odds ratio

RR: riesgo relativo

Sig.: nivel de significación

TM: Trastorno mixto ansioso-depresivo

TSN: terapia sustitutiva con nicotina

UDESTA: Unidad de Deshabitación Tabáquica del Gobierno de Cantabria



# Capítulo 1

---

## Introducción



# 1 Introducción

El consumo de tabaco es la principal causa evitable de muerte a nivel mundial y supone un factor de riesgo clave en el desarrollo de un amplio abanico de enfermedades (McDermott y cols., 2013).

Aunque la asociación entre el consumo de tabaco y la patología psiquiátrica era ya conocida a principios del siglo XX –y así, Tolstoi por ejemplo, se preguntaba *¿por qué casi todos los jugadores (ludópatas) fuman? (...), ¿por qué todas las prostitutas y todos los locos fuman?*– (Tolstoi, 2011) Sobradie l y cols., 2007), la investigación sobre el tema es más reciente: a mediados de los 80 la comunidad científica comienza a observar una fuerte asociación entre patología psiquiátrica y consumo de tabaco y a investigar esta asociación. Antes de esa fecha no existen casi artículos científicos publicados referidos a este campo; sin embargo, desde entonces el crecimiento ha sido exponencial (Pérez-Bárcena, 2015). Fruto de esta investigación hoy en día se tiene más información de la estrecha y compleja relación entre estos dos fenómenos.

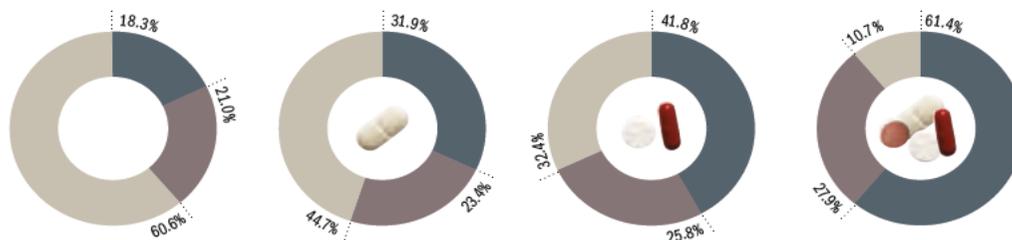
## 1.1 Quienes presentan patología o sintomatología psiquiátrica fuman más, y presentan tasas de cesación más bajas

### 1.1.1 Mayor prevalencia de consumo

La prevalencia de consumo de tabaco entre quienes padecen algún tipo de enfermedad psiquiátrica es significativamente superior a la de la población general (Morris y cols., 2007; Aubin y cols., 2012; Minichino y cols., 2013; Tsoi y cols., 2013).

La probabilidad de que una persona con un diagnóstico de enfermedad mental fume es entre 2 y 4 veces mayor que en la población general: en Estados Unidos en concreto, donde el porcentaje de población sana fumadora ronda el 20% (Ruther y cols., 2014; Zvolensky y cols., 2015), quienes padecen algún tipo de enfermedad mental muestran prevalencias de consumo de tabaco entre un 50% y un 85% (Mackowik y cols., 2012; Ruther y cols., 2014; Zvolensky y cols., 2015).

El consumo de tabaco es además proporcional al número de diagnósticos psiquiátricos que se tengan. Este efecto se puede apreciar en la figura 1.



**Figura 1**

Consumo de tabaco según el número de diagnósticos psiquiátricos (azul: fumadores; marrón: exfumadores; marfil: nunca fumadores) (Eriksen y cols., 2015)

Se observa también que, con carácter general, la prevalencia de consumo es mayor en aquellos pacientes que padecen trastornos más graves y en quienes han requerido o requieren hospitalización (Barros y cols., 2014).

### 1.1.2 Mayor cantidad de tabaco consumida y mayor dependencia a la nicotina

Además de presentar una mayor prevalencia de consumo, fuman más cantidad de tabaco (Lasser y cols., 2000; Zvolensky y cols., 2015). En un estudio con datos de EEUU se ha visto cómo la población con patología psiquiátrica (19,9%) consume una elevada cantidad de cigarrillos (30,9% del total) (CDC, 2013). Esto muestra que estas personas fumadoras consumen más cigarrillos que el resto de la población. Así, quienes fuman, fuman más y más frecuentemente (Aubin y cols., 2012).

Esta tendencia se observa también en el caso de la población adolescente: aquellos con algún trastorno psiquiátrico empiezan a fumar a edades más tempranas y fuman, por lo general, más cigarrillos al día que el resto (Mangerud y cols., 2014). De hecho, ya desde edades tempranas se observa que quienes fuman puntúan más en las diferentes escalas que miden sintomatología depresiva (Otero, 2011).

Los pacientes con diagnóstico psiquiátrico reúnen con mayor frecuencia los criterios habituales para el diagnóstico de dependencia a la nicotina (Rodríguez y cols., 2012). Sin embargo, no existe una manera objetiva y sencilla de cuantificar la intensidad de la dependencia. Por ello, para intentar objetivar el nivel de dependencia a la nicotina suelen

utilizarse algunas medidas indirectas, como el número de cigarrillos fumados (aunque es propiamente un medidor de consumo), el número de intentos de abandono realizados, o los niveles de cotinina en sangre (que guardan relación con el consumo). También están disponibles algunas escalas, como el Test de Fagerström (FTND) los criterios diagnósticos de dependencia a la nicotina del DSMIV-TR u otras (Zvolensky y cols., 2015).

### **1.1.3 Tienen peores tasas de cesación**

En general se observa que las tasas de abandono suelen ser menores en la población psiquiátrica, lo cual corroboraría que tienden a ser más dependientes, aunque hay otras razones que podrían justificarlo parcialmente (Morris y cols., 2007; Mackowik y cols., 2012; Veiga y cols., 2012; Minichino y cols., 2013; Ruther y cols., 2014). Estas tasas de cesación, que dependen de varios factores, como el tipo de trastorno, su severidad y la concurrencia de circunstancias de peor pronóstico irían desde porcentajes similares a la población general hasta niveles mínimos. Este aspecto será tratado con mayor detalle en el apartado 5 de esta misma introducción.

### **1.1.4 ¿A qué se deben las diferencias con la población sin diagnóstico psiquiátrico?**

Al igual que ocurre en población general, no existe un único factor que haga más vulnerables a estas personas: se considera más bien que es una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales lo que les hace más vulnerables (Morris y cols., 2007).

Se trata de un colectivo heterogéneo con unas características neurobiológicas en parte únicas, algunas de las cuales podrían favorecer el uso de la nicotina, hacer más difícil su abandono y/o incrementar los síntomas de abstinencia. Así, por ejemplo, algunos estudios sugieren que los pacientes esquizofrénicos que fuman podrían experimentar menos efectos negativos relacionados con su enfermedad; se ha observado que los pacientes esquizofrénicos más graves son, por lo general, grandes fumadores (Morris y cols., 2007; Hall y cols., 2009; Kalman y cols., 2011; Ruther y cols., 2014).

Entre las teorías que tratan de explicar posibles mecanismos diferenciales, algunas hacen hincapié en el efecto de la nicotina en la cognición (mejora objetiva de la atención y la memoria); otras hacen referencia a las diferencias en los receptores nicotínicos que se encuentran en los estudios *post-mortem* y que muestran un incremento en su número de

manera relativamente proporcional al consumo (Ruther y cols., 2014; Zvolensky y cols., 2015).

Además de factores primariamente biológicos, existen aspectos conductuales relevantes a la hora de explicar el mayor consumo de estos pacientes. La nicotina podría aportarles más: esto podría deberse a que parten de un peor estado anímico basal, a que con mayor frecuencia carecen de las gratificaciones habituales en las relaciones sociales, sin olvidar que fumar es una actividad placentera (Ayesta y Rodríguez, 2007; Morris y cols., 2007). Adicionalmente, la nicotina podría paliar parte de la sintomatología de la enfermedad o los efectos adversos del tratamiento. La sedación, adormecimiento y rigidez característica de los antipsicóticos (sobre todo, de los típicos) pueden revertirse parcialmente al consumir sustancias con propiedades estimulantes, como el tabaco o la cafeína.

Del mismo modo, al preguntar a quienes fuman por qué lo hacen, muy frecuentemente responden que fumar alivia su ansiedad y que fuman cuando se sienten ansiosos, aunque la evidencia científica muestra que fumar es ansiogénico y que quienes fuman puntúan más en las escalas de ansiedad (Adler y cols., 1998; Leventhal y cols., 2008; Prochaska, 2011; Zvolensky y cols., 2015).

Desde un punto de vista más social, estos pacientes suelen tener menos obligaciones y tienen más tiempo libre que el resto de la población; en este sentido el consumo del tabaco podría ser una herramienta de afrontamiento de la monotonía, además de constituir un acto social que les ayuda a sentirse “normales” y parte de un grupo (Kumari y cols., 2001; Jacobsen y cols., 2004; Kumari y cols., 2005; Marques de Oliveira y cols., 2014).

La Asociación Psiquiátrica Europea (EPA) concluye que muchas enfermedades mentales son un factor de riesgo para el desarrollo de dependencia nicotínica (Ruther y cols., 2014). Se cree que los diversos síntomas o desórdenes emocionales aumentan el riesgo de comenzar a fumar, la progresión en el consumo y el desarrollo de dependencia (McKenzie y cols., 2010; Zvolensky y cols., 2015).

Pero esta relación parece ser bidireccional; no sólo padecer un trastorno psiquiátrico fomenta el consumo tabáquico, sino que fumar puede favorecer la aparición de algún tipo de trastorno mental (Zvolensky y cols., 2015). En el caso concreto de la depresión, por ejemplo, se ha observado que la presencia de un trastorno depresivo conduce a un mayor consumo de tabaco, y que el consumo de tabaco podría constituir a largo plazo un factor de riesgo para desarrollar depresión. Por otro lado, entre quienes fuman, aquellos pacientes que

presentan dependencia nicotínica parecen ser más propensos a presentar síntomas depresivos (incluso a conductas suicidas) (Aubin y cols., 2012; Brunzell y McIntosh, 2012; Khaled y cols., 2012; Zvolensky y cols., 2015).

La tabla 1 muestra los resultados de un estudio en el que se aprecia que los trastornos analizados (depresión, trastorno de pánico y de ansiedad generalizada y manía) son más frecuentes en personas fumadoras que sufren dependencia que en aquellas que no son dependientes y que este mayor riesgo se desvanece cuando se deja de fumar al menos durante un año (Zvolensky y cols., 2015). Aunque la asociación epidemiológica es clara, no lo es tanto cómo es esta interrelación: hay evidencia de que el consumo puede ser causa de algunos trastornos; se sabe que algunos trastornos predisponen al consumo; y/o consumos y trastornos podrían ser manifestación de algún otro fenómeno subyacente.

**Tabla 1**

*Asociación entre personas fumadoras dependientes y no dependientes y la presencia de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo*

	Fumador no dependiente OR (IC)	Fumador dependiente OR (IC)	Exfumador dependiente OR (IC)
<b>Depresión</b>	0.89 (0.78-1.01)	<b>3.05</b> (2.82-3.31)	0.91 (0.76-1.10)
<b>Manía</b>	0.93 (0.71-1.23)	<b>3.88</b> (3.34-4.50)	1.12 (0.81-1.55)
<b>Trastorno de pánico</b>	1.12 (0.70-1.79)	<b>4.96</b> (3.88-6.36)	0.97 (0.56-1.65)
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	0.92 (0.72-1.16)	<b>3.34</b> (2.92-3.84)	0.87 (0.62-1.21)

## 1.2 Sufren una carga de morbilidad superior a la población general

En los países desarrollados el consumo de tabaco es la principal causa de morbilidad prevenible; se le atribuye el 15-20% del total de muertes. La tasa general de mortalidad de quienes fuman un paquete diario es más del doble de la de quienes no fuman, perdiendo de media unos 8-12 años. Al menos, una de cada dos personas que no dejan de fumar muere prematuramente por enfermedades directamente atribuibles al tabaco (Ezzati y cols., 2002; Doll y cols., 2004).

No existe un consumo de tabaco exento de riesgo, ya niveles bajos de exposición se asocian a un incremento significativo del riesgo cardiovascular, gran parte de la toxicidad depende tanto de la cantidad como sobre todo del tiempo de exposición: el exceso de mortalidad se correlaciona con los años de consumo, el número de cigarrillos y la profundidad de la

inhalación. Por este motivo, las personas con problemas mentales se ven más afectadas por la toxicidad del tabaco.

Dejar de fumar disminuye este riesgo: esta disminución se observa ya desde el primer año de abstinencia; diez años después del cese, la tasa de mortalidad de personas ex fumadoras y de no fumadoras tiende a igualarse, aunque no se consigue totalmente si la cesación se produce después de los 35 años (Doll y cols., 2004; Ayesta y cols., 2014).

Todos los estudios encuentran que los pacientes psiquiátricos padecen una mayor morbilidad y mortalidad que la población sana. A pesar de la creencia de que esto tiene que ver directamente con su trastorno mental, en la realidad se observa que la mayor parte de la población psiquiátrica muere por las mismas causas que la población general: problemas coronarios (siendo la primera causa de muerte en pacientes psiquiátricos), cánceres (los padecen en mayor proporción que la población general), enfermedades cerebro-vasculares y enfermedades respiratorias (Morris y cols., 2007; Ruther y cols., 2014; Taylor y cols., 2014; Zvolensky y cols., 2015).

La esperanza de vida de estos pacientes -variable según la gravedad del trastorno que padecen- es hasta unos 25 años menor. La evidencia muestra que al menos la mitad de estos años de vida perdidos puede ser debida al tabaco (Taylor y cols., 2014), que sería el principal factor de riesgo de morbi-mortalidad en estas personas (Prochaska, 2011; Mackowik y cols., 2012). De hecho, el consumo de tabaco es un importante factor de riesgo (incluso a veces el principal) en todas las patologías mencionadas en el párrafo anterior (Prochaska, 2011; Cerimele y cols., 2014; Zvolensky y cols., 2015).

En el caso concreto de los pacientes con esquizofrenia la esperanza de vida es un 20% menor que en el resto de la población; en ellos fumar ha sido identificado como uno de los factores de riesgo más importantes -no el único, obviamente- para esta mortalidad tan elevada (Ringgen y cols., 2014; Laursen y cols., 2014; Callaghan y cols., 2014). En el caso de los pacientes con trastorno bipolar se ha encontrado que el tabaco se asocia con mayor riesgo de enfermedad coronaria y que estas cifras se reducen hasta en un 90% a los 10 años en aquellos pacientes que dejan de fumar (García-Portilla y cols., 2010; Callaghan y cols., 2014). Incluso se ha comprobado que fumar, y no el consumo de alcohol, es la principal causa de muerte en pacientes alcohólicos, siendo responsable de más del 50% de las muertes en este grupo de pacientes (Ruther y cols., 2014).

Por otra parte, se han hecho públicos documentos de las propias industrias tabaqueras en los que se constata que éstas han hecho grandes esfuerzos, directa o indirectamente, para intentar frenar la cesación tabáquica en este tipo de pacientes, sobre todo en aquellos que padecen esquizofrenia (Apollonio y cols., 2005; Prochaska y cols., 2008; Ruther y cols., 2014).

### **1.3 Existen una serie de barreras, sociales o profesionales, que dificultan que sea abordado adecuadamente este grave factor de riesgo para la salud de estas personas**

#### **1.3.1. Algunos profesionales podrían minusvalorar la importancia de que estos pacientes dejen de fumar**

A pesar de las graves repercusiones del consumo de tabaco sobre estos pacientes, muy frecuentemente este tema no se aborda de manera adecuada (Prochaska, 2011; Mitchell y cols., 2015); incluso en ocasiones ni siquiera es abordado, existiendo sanitarios que no contemplan la cesación tabáquica dentro del plan terapéutico (a pesar de toda la evidencia existente sobre lo beneficioso que es para ellos) (Morris y cols., 2007; Barros y cols., 2014).

Esto en parte se debe a que la formación recibida en este campo durante sus estudios universitarios o periodo de post-grado no ha estado muy reglada y a que la evidencia científica acumulada a lo largo de los últimos 20 años no siempre ha conseguido llegar a todos los profesionales sanitarios.

Dada la importancia del consumo de tabaco como factor de riesgo de enfermedad, debería ser una prioridad que los sanitarios adquieran una adecuada formación sobre su importancia y sobre cómo ayudar a sus pacientes a dejar de fumar (que valoren el riesgo y deseen cambiar la conducta (Marques de Oliveira y cols., 2014). Esto es especialmente relevante para aquellos profesionales que trabajan con personas que padecen algún trastorno psiquiátrico (Mackowick y cols., 2012), dado que -como ya se ha mencionado- son las más vulnerables, las más afectadas por el tabaco (fuman más, tienen menos probabilidades de conseguir que sus intentos por dejarlo sean efectivos, sufren muchos estigmas sociales...) y serían las personas que más beneficiadas se pueden ver (Morris y cols., 2007; Twyman y cols., 2014).

Sin embargo, esto no siempre se produce. En ocasiones se observa cómo las personas con patología psiquiátrica no se plantean dejar de fumar simplemente porque ningún profesional sanitario les ha hablado de las ventajas que comportaría (Marques de Oliveira y cols., 2014;

Mitchell y cols., 2015). Consecuentemente, el gran cambio que se ha producido en las percepciones sociales y sanitarias respecto al tabaco (cambio motivado por la creciente evidencia científica) encuentra dificultades en beneficiar a los pacientes psiquiátricos. Al igual que en otros campos, la actitud de los profesionales sanitarios influye en las predisposiciones y en la calidad de vida de los pacientes.

También se observa cómo a veces -cada vez menos- el tabaco ha sido utilizado por los sanitarios para calmar disputas y revuelos en las plantas o cómo se utiliza como herramienta de gratificación o de castigo.

### **1.3.2. Considerar que estos pacientes no quieren dejar de fumar**

Contrariamente a cuáles puedan ser las percepciones generales, cuando se analizan los deseos de dejar de fumar de los pacientes psiquiátricos se aprecia que la voluntariedad de éstos al respecto no es menor que la de la población general (Twyman y cols., 2014). Esto se observa tanto en personas con patologías psiquiátricas relativamente severas como en quienes padecen sintomatología psiquiátrica no siempre adecuadamente diagnosticada. De hecho, en España, aproximadamente el 40% de las personas que acuden para solicitar ayuda para dejar de fumar padecen un trastorno psiquiátrico (Gutiérrez-Bardeci y cols., 2013).

Prácticamente siempre que se analiza la cuestión, se encuentra que estos pacientes están motivados para intentar dejar de fumar (Ruther y cols., 2014), tienen intención de hacerlo y buscan información para ello (Morris y cols., 2007; Taylor y cols., 2014).

En la generalidad de los estudios que evalúan los intentos realizados de dejar de fumar se puede constatar que un elevado porcentaje de esta población ha intentado dejar de fumar (Gutiérrez-Bardeci y cols., 2013). En un estudio de 2011 con 337 pacientes psiquiátricos fumadores, se observó que un 82% de ellos había intentado dejar de fumar alguna vez y la mitad lo había hecho en el último año (Prochaska y cols., 2011). Del mismo modo, en otro estudio australiano con 200 pacientes se encontró que más de un 80% había intentado dejar de fumar alguna vez, y la mitad de quienes lo habían intentado había sido en el último año; un 30% de los encuestados refería tener intención de intentar dejar de fumar en los próximos seis meses y al menos la mitad de éstos el próximo mes (Stockings y cols., 2012). Por lo que puede concluirse que es erróneo afirmar que estos pacientes no quieren dejar de fumar (Morris y cols., 2007; Prochaska y cols., 2011; Aubin y cols., 2012; Ruther y cols., 2014;

Strong y cols., 2014), como puede corroborarse por otra parte mediante estudios poblacionales (Schroeder y Morris, 2010).

Algo que se observa en las personas con sintomatología y/o patología psiquiátrica es la mayor disposición a solicitar ayuda sanitaria -y a aceptarla- cuando se plantean dejar de fumar (Mackowick y cols., 2012). De hecho, en los países desarrollados se observa cómo entre un tercio y la mitad de las personas que acuden en busca de ayuda para dejar de fumar –no de quienes fuman- presentan sintomatología psiquiátrica (Gutiérrez-Bardeci y cols., 2013). Esto se debe a que tienen una mayor percepción de problema y a que la experiencia - los intentos previos de cesación- les ha mostrado que no pueden resolverlo por sí mismas.

En general las personas con patología psiquiátrica aducen los mismos motivos que el resto de la población para querer dejar de fumar. Entre ellas destaca el evitar la morbilidad y mortalidad ocasionada por el consumo de tabaco, que en ellos es más grave, como ya se ha comentado (Taylor y cols., 2014). Suelen adquirir mayor importancia entre estas personas otros dos motivos: el compromiso económico y el deseo de “ser normales”.

El coste relativo del tabaco suele ser mayor en estas personas, ya que suelen tener empleos peor remunerados y en bastantes casos suelen vivir gracias a pensiones no contributivas. Se estima que los pacientes con esquizofrenia llegan a gastar hasta un 30% de sus fondos en tabaco cada mes (Steinberg y cols, 2004; Zvolensky y cols., 2015).

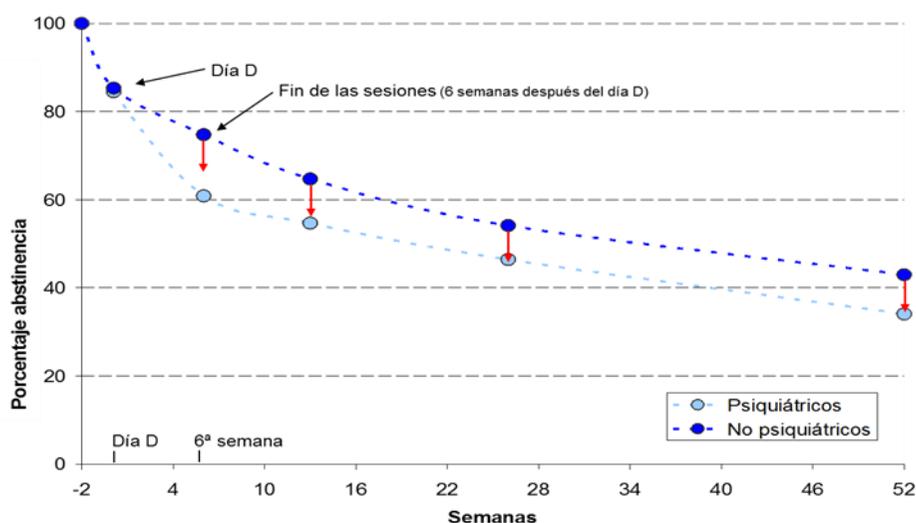
Si bien en épocas pretéritas un incentivo para iniciarse o mantenerse en el consumo de tabaco era actuar como lo hacía el resto de la población (“*soy capaz de hacerlo tan bien como cualquier otro*”), en la actualidad muchos de estos pacientes quieren dejar de fumar porque eso es precisamente lo que hace el resto de la gente y tampoco quieren ser diferentes en eso. En este sentido, la permisividad respecto al fumar en las plantas de hospitalización psiquiátrica refuerza los sentimientos de diferencia que tienen este tipo de pacientes respecto al resto de la población, pudiendo contribuir a una disminución de la autoestima y de la motivación para intentar dejarlo, al hacerles sentirse más incapaces de ello (“*Pienso que podemos fumar aquí porque tenemos algunos pequeños tornillos en el lugar incorrecto*”) (Cerimele y cols., 2014; Marques de Oliveira y cols., 2014).

### 1.3.3. Considerar que estos pacientes no pueden dejar de fumar

Una percepción relativamente difundida entre la población general -en parte compartida por algunos profesionales sanitarios- es que los pacientes psiquiátricos, especialmente quienes padecen algunos trastornos más graves, son incapaces de dejar de fumar.

Sin embargo, son muchos los estudios que se han dedicado a estudiar la cesación en estas personas y todos llegan a una conclusión unánime: a pesar de que las tasas de abstinencia conseguidas sean algo menores que en la población general (Aubin y cols., 2012; Minichino y cols., 2013), todos los estudios muestran que -padezcan el trastorno que padezcan- estas personas sí pueden dejar de fumar (Morris y cols., 2007; Prochaska y cols., 2011; Mackowick y cols., 2012; Minichino y cols., 2013; Marques de Oliveira y cols., 2014).

Un estudio llevado a cabo en un centro de Atención Primaria en Cantabria ha referido también que las personas con un diagnóstico psiquiátrico dejan algo menos de fumar (figura 2), pero que consiguen hacerlo, encontrando que las mujeres con diagnósticos psiquiátricos dejaban de fumar en una proporción similar a los varones sin diagnóstico psiquiátrico (Gutiérrez-Bardeci y cols., 2013).



**Figura 2**

*Evolución de la abstinencia desde el comienzo de la intervención en pacientes con y sin un diagnóstico psiquiátrico previo (Gutiérrez-Bardeci y cols., 2013)*

La tabla 2, tomada de un estudio poblacional realizado en 2010 en Estados Unidos (Schroeder y Morris, 2010) muestra el consumo tabáquico tanto pasado como actual y, consecuentemente, las tasas de abstinencia de quienes han fumado alguna vez. Se observa que el 42,5% de la población general que ha fumado a lo largo de la vida ha conseguido dejar de fumar, mientras que en los diferentes trastornos psiquiátricos la cesación oscila entre el 27% y el 42% (excepto en los pacientes bipolares, que es menor).

**Tabla 2**

*Prevalencia del trastorno psiquiátrico, consumo de tabaco actual y pasado, y tasas de abandono según el trastorno psiquiátrico (Schroeder y Morris, 2010)*

	trastorno Psiquiátrico (%)	Fumador actual (%)	Prevalencia Vida Fumador (%)	Tasas de abandono del tabaco (%)
<b>Ningún trastorno psiquiátrico</b>	50.7	22.5	39.1	42.5
<b>Trastornos de ansiedad</b>				
<b>Fobia social</b>	12.5	35.9	54.0	33.4
<b>Trastorno por estrés posttraumático</b>	6.4	45.3	63.3	28.4
<b>Agorafobia</b>	5.4	38.4	58.9	34.5
<b>Trastorno de ansiedad generalizado</b>	4.8	46.0	68.4	32.7
<b>Trastorno de pánico</b>	3.4	35.9	61.3	41.4
<b>Trastornos de humor</b>				
<b>Depresión Mayor</b>	16.9	36.6	59.0	38.1
<b>Distimia</b>	6.8	37.8	60.0	37.0
<b>Trastorno bipolar</b>	1.6	68.8	82.5	16.6
<b>Trastorno psicótico (no afectivo)</b>	0.6	49.4	67.9	27.2

En definitiva, no hay ninguna duda que quienes padecen un trastorno psiquiátrico pueden dejar de fumar, aunque sus tasas de cesación suelen ser algo inferiores que las encontradas en el resto de la población general.

#### **1.4 Dejar de fumar contribuiría a la mejora de su salud**

La reducción de cantidad y calidad de vida no es lo único que se observa en las personas psiquiátricas que fuman. Fumar también se relaciona con peor progresión de su enfermedad mental, peor estado general de salud, peor respuesta a algunos medicamentos prescritos y

mayor dificultad para lograr una estabilización psiquiátrica (Aubin y cols., 2012; Mackowick y cols., 2012; Zvolensky y cols., 2015). El consumo de tabaco no es siempre la causa de esta evolución, sino que en ocasiones puede ser simplemente un marcador de un trastorno más intenso.

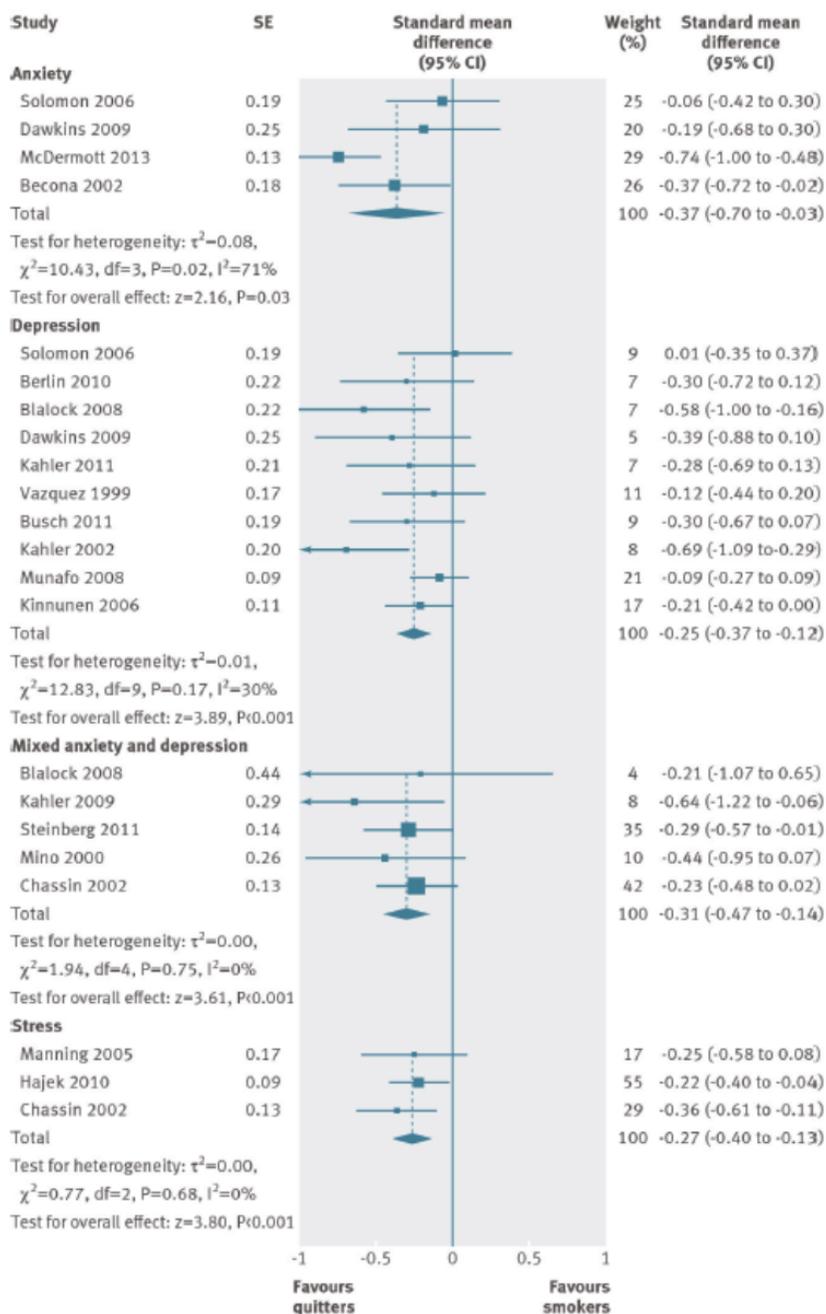
Algunos componentes del tabaco aceleran el metabolismo de ciertos fármacos (como antidepresivos o antipsicóticos), reduciendo sus concentraciones sanguíneas y disminuyendo sus efectos terapéuticos. Esto se traduce en periodos de hospitalización más prolongados, mayores dosis de medicación y la presencia de síntomas más severos (en el caso de la esquizofrenia) en pacientes que consumen tabaco (Prochaska y cols., 2011).

A pesar de estas complicaciones, sigue aún presente en algunas personas la percepción de que la conducta de fumar es algo casi intrínseco de la propia enfermedad psiquiátrica y que los efectos secundarios del tabaco son el menor de los problemas que estas personas se ven obligados a padecer, no siendo prioritario que intenten dejar de fumar. Incluso persisten mitos sobre que la cesación podría ser hasta contraproducente, ya que daría lugar a un empeoramiento de los síntomas y a un aumento de conductas disruptivas y de ansiedad (Morris y cols., 2007).

Esta percepción no es corroborada por la evidencia científica: por regla general, estos pacientes no empeoran cuando consiguen una abstinencia prolongada (Hall y cols., 1996; Morris y cols., 2007; Aubin y cols., 2012; Stockings y cols., 2012; Minichino y cols., 2013); más bien ocurre lo contrario, que se tiende a producir mejoría sintomática tras la cesación (mejora de la ansiedad, el estrés, depresión) (Ragg y cols., 2013; Ruther y cols., 2014; Cerimele y cols., 2014; Taylor y cols., 2014; Zvolensky y cols., 2015; Rodríguez-Cano y cols., 2016).

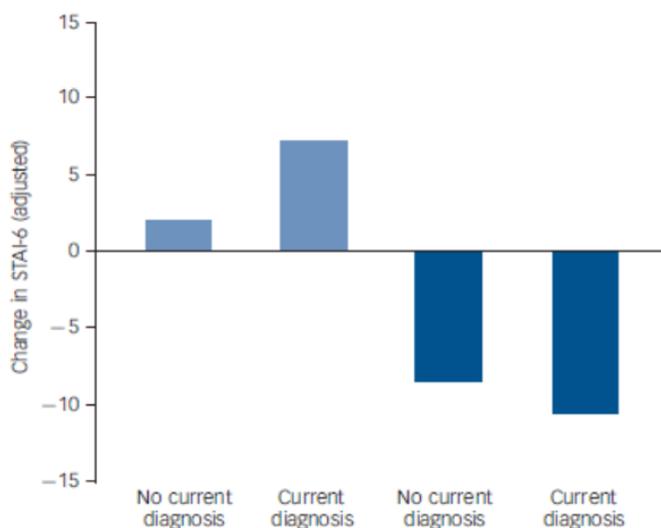
Es destacable a este respecto el metanálisis de Taylor y cols. (2014) que incluye 26 estudios. En él se estudian los cambios en la salud mental de aquellas personas con enfermedades mentales que dejan de fumar. Los resultados muestran que los síntomas como la ansiedad y el estrés disminuyen sistemáticamente al dejar de fumar, mientras que la calidad de vida y los efectos positivos se ven incrementados en aquellas personas que consiguen la abstinencia mantenida (tabla 3).

**Tabla 3**  
Evolución de la sintomatología psiquiátrica tras la cesación tabáquica (Taylor y cols., 2014)



A este respecto, en la asociación entre depresión y consumo de tabaco se observa que quienes son dependientes de la nicotina tienen dos veces más probabilidades de padecer un episodio depresivo que quienes no lo son, y aquellas personas con episodios depresivos son tres veces más propensas a continuar fumando y tienen mayor dependencia y consumo de tabaco (Khaled y cols., 2012). Al analizar a los pacientes con al menos un episodio anterior de depresión que intentan dejar de fumar, se observa que la no consecución de la abstinencia incrementa los síntomas depresivos, ansiedad e ideación suicida, mientras que la abstinencia no lo hace. Es decir, la evidencia da a entender que no es la abstinencia lo que empeora los síntomas de estos pacientes sino la continuación del consumo y los intentos fallidos de dejar de fumar (Aubin y cols., 2012).

Las personas fumadoras experimentan ansiedad, irritabilidad y síntomas depresivos cuando permanecen sin fumar durante un tiempo prolongado, y fumando consiguen aliviar o paliar estos sentimientos. Esto crea la falsa impresión de que el tabaco tiene efectos positivos en ellos mismos, cuando en realidad puede ser el fumar lo que causa estos trastornos psicológicos en primera instancia (Taylor y cols., 2014). La disminución de la ansiedad se observa independientemente de que exista un diagnóstico psiquiátrico previo, apreciándose también que vuelve a aumentar en quienes recaen, como se observa en la figura 3.



**Figura 3**

*Variación en los niveles de ansiedad seis meses después de intentar dejar de fumar en personas psiquiátricas y población general: barras de la izquierda, si se recaer; barras de la derecha, si se mantiene la abstinencia (McDermott y cols., 2013)*

La hospitalización podría ser un buen momento para ofertar un tratamiento para dejar de fumar y para comenzarlo (Barros y cols., 2014; Schuck y cols., 2014), ya que en nuestro país no se permite fumar en las plantas de hospitalización psiquiátrica aguda (Ley 42/2010).

Diversos estudios ecológicos corroboran que los pacientes psiquiátricos no empeoran tras la cesación. Así, un estudio canadiense en el que comparan a dos grupos de 90 pacientes psiquiátricos que ingresaron en distintos tiempos en la misma planta de hospitalización (cuando ingresó el primer grupo aún se podía fumar en dicha planta, mientras que el segundo grupo ya no podía fumar en su interior) la comparativa entre ambos grupos no mostró ningún aumento de las conductas disruptivas (gritos, agresiones verbales o a objetos, peleas, etc.) tras la prohibición de fumar (Mangerud y cols., 2014). Esto es similar a lo encontrado en otros estudios (Prochaska y cols., 1983; Etter y cols., 2004; Prochaska y cols., 2006; Prochaska y cols., 2009; Ruther y cols., 2014). Se ha descrito que en plantas que no está permitido fumar, se produce un incremento general de la confianza en sí mismos de los pacientes y de la motivación para dejarlo definitivamente (Ruther y cols., 2014; Stockings y cols., 2014).

Aunque tal unanimidad pueda parecer increíble y una negación de la realidad, en la práctica es así. Podría compararse con los temores previos de problemas que iban a surgir si se restringía el consumo de tabaco en los lugares públicos cerrados, temores que se desvanecieron sin más.

## **1.5 Patrón diferencial en función del tipo de trastorno psiquiátrico**

Cada una de las categorías de trastornos que serán objeto de análisis tiene características particulares. A continuación se realiza una breve revisión de los principales aspectos que resultan relevantes para el tratamiento del tabaquismo.

### **1.5.1 Depresión**

Los estudios más extensos y mejor documentados sobre la asociación entre el consumo de tabaco y enfermedad mental se han llevado a cabo en el campo de los trastornos del estado de ánimo (Desai y cols., 2001; George y cols., 2002; Brown y cols., 2009). Esta relación es más significativa en mujeres (Brown y cols., 2009), en pacientes con depresión mayor recurrente

y en sujetos con altos niveles de dependencia nicotínica, existiendo en todos los estratos de edad (Weinberger y cols., 2013).

El consumo de tabaco es mucho más alto en las personas con trastornos depresivos en comparación con la población general. Se ha descrito que aproximadamente el 60% de las personas con historia de trastornos depresivos son o han sido fumadores en algún momento de su vida (Grant y cols., 2004) y que las personas fumadoras que puntúan alto en las escalas de dependencia a la nicotina tienen el doble de probabilidades que quienes puntúan bajo de haber tenido problemas de depresión en el pasado (Breslau y cols., 2004).

Sin embargo tradicionalmente se ha transmitido la idea de que el abandono del consumo del tabaco podría exacerbar la sintomatología depresiva, en parte basado en estudios que analizaban la cesación tabáquica sin un adecuado grupo control (Hughes, 2007; Mendelsohn, 2012).

La evidencia disponible sobre las tasas de abandono del consumo de tabaco en personas fumadoras con historia o curso actual de un trastorno depresivo es variada. Algunos estudios han encontrado que cuando se ajusta la probabilidad de dejar de fumar con un conjunto de factores (número de cigarrillos fumados, FTND, edad de inicio, intentos previos), la presencia de un diagnóstico depresivo en la historia del paciente no se asociaba con una menor tasa de recaída (Stepankova y cols., 2013). Sin embargo, en general tienden a encontrarse diferencias, como señala la Guía Americana (Fiore y cols., 2008). Se ha descrito que las personas fumadoras con depresión suelen estar motivadas para dejar de fumar (Wilhelm y cols., 2003; Prochaska, 2011).

Entre las personas fumadoras que buscan ayuda para dejar de fumar, las mujeres tienen mayor probabilidad de tener historia de algún trastorno depresivo; y también tienen mayor riesgo de referir sintomatología de abstinencia más intensa (incluida la sintomatología depresiva) durante los intentos de abandono (Croghan y cols., 2009; Weinberger y cols., 2013). En el caso de los varones con historia o curso actual de un trastorno depresivo, en comparación con aquellos que no poseen ese diagnóstico, está descrito que fuman mayor cantidad de cigarrillos y son más dependientes (Stepankova y cols., 2013).

En relación con el estado de ánimo, varios estudios muestran que personas fumadoras con depresión experimentan peores afectos cuando dejan de fumar, y esto les lleva a mayores tasas de recaída. Personas fumadoras con una historia de depresión tienen el doble de probabilidades de desarrollar una depresión mayor en los primeros doce meses después de

dejarlo. En una revisión de siete estudios se ha visto que la incidencia de depresión mayor al dejar de fumar es de 0-14% en todas las personas fumadoras y del 3-24% en las que han tenido algún episodio depresivo (Hughes, 2007).

Como siempre que se desconoce la interrelación real, existen diversas teorías para explicar las mayores tasas de personas fumadoras que tienen depresión. Estas incluyen:

- Factores genéticos compartidos: existen estudios en gemelos que evidencian que sus genes les predisponen tanto a sufrir depresión como a empezar a fumar.
- Influencias ambientales: tanto el estrés como los problemas de tipo social pueden desencadenar ambos comportamientos.
- Automedicación: fumar tiene ciertas acciones antidepresivas (acciones inhibitoras de la monoamino-oxidasa -IMAO-), por lo que los pacientes depresivos podrían usar el tabaco para aliviar los síntomas. También incrementa la biodisponibilidad de la serotonina, pudiendo actuar de manera similar a algunos antidepresivos. Además la nicotina puede mejorar la atención y la función cognitiva, reducir el estrés y actuar como una distracción.
- Causalidad bidireccional: los adultos jóvenes con historia de trastornos depresivos tienen el triple de probabilidades de empezar a fumar, en comparación con quienes nunca han tenido un episodio depresivo. A la inversa también hay evidencia de que el consumo de tabaco crónico incrementa el riesgo de sufrir depresión como consecuencia de cambios neurofisiológicos en su organismo (Markou y Kenny, 2002).

### **1.5.2 Ansiedad**

La prevalencia de consumo de tabaco en personas con trastornos de ansiedad es mayor que la población general, con estudios que indican que ésta varía en función del tipo de trastorno, en un rango que va del 30% en el caso de la fobia social al 55% en el trastorno de ansiedad generalizado TAG (Laviolette y van der Kooy, 2004).

A pesar de que existen teorías explicativas e información epidemiológica sobre la relación entre el consumo de tabaco y los trastornos de ansiedad, existen pocos ensayos clínicos que hayan explorado esta relación de manera exhaustiva (Zvolensky y cols., 2004, 2005). Esta ausencia de estudios es sorprendente, ya que entre el 15% y el 25% de las personas fumadoras han tenido, al menos, un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida.

Al igual que sucede con la depresión y la esquizofrenia, la investigación epidemiológica muestra que los trastornos de ansiedad son más comunes entre la población fumadora. De hecho, los trastornos de ansiedad podrían ser tan prevalentes entre las personas fumadoras como lo es la depresión. (John y cols., 2004; Ziedonis y cols., 2008). Estos estudios plantean que la ansiedad estaría más relacionada con el tabaquismo que la propia depresión; y que estos trastornos podrían ayudar en la transición del consumo de tabaco a la dependencia (Breslau y cols., 2004).

En relación con las tasas de abstinencia, la evidencia disponible es contradictoria. En general, los estudios indican que las personas fumadoras con trastornos de ansiedad comórbidos tienen tasas de abstinencia peores. Se ha descrito, por ejemplo, que las personas fumadoras que cumplían criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad (valorado en entrevista clínica) puntuaban también en niveles altos en las escalas de dependencia y tenían menos probabilidades que otras personas fumadoras de estar abstinentes a las 8 semanas y 6 meses después de haberlo dejado (Lasser y cols., 2000, Zvolensky y cols., 2008); sin embargo, hay otros estudios que señalan mejores tasas de abandono (Breslau y cols., 2004; John y cols., 2004).

Como se ha señalado previamente, las personas fumadoras suelen referir que fumar les tranquiliza y que los cigarrillos les ayudan a solventar el estrés, regular su estado de ánimo e, incluso, mejorar sus capacidades cognitivas. Sin embargo, muy pocos datos sugieren que -salvo a muy corto plazo- se consiga una disminución del estrés: las personas fumadoras siempre puntúan más en las escalas de estrés; así mismo, salvo que recaigan, el estrés percibido siempre es menor en personas ex-fumadoras que en fumadoras (McDermott y cols., 2013). De hecho, al dejar de fumar los niveles de estrés de las personas fumadoras bajan al nivel de las no fumadoras. Por ello, actualmente se considera que la nicotina no es ansiolítica y que fumar es, en todo caso, un inductor de estrés. Los efectos “tranquilizantes” pueden más bien atribuirse a distracción emparejada, a reversión de sintomatología leve de abstinencia o a procesos similares a los de trastornos impulsivos (como onicofagia o tricotilomanía) (Martín y cols., 2012).

Ciertos estudios indican que fumar, en comparación con aquellos que no fuman, se asocia a más síntomas de pánico (Johnson y cols., 2000). Esta asociación puede ser debida a ciertos factores predisponentes como factores genéticos o tendencia a experimentar estados

afectivos negativos, predisponiendo por tanto a estas personas tanto a fumar como a presentar trastornos de ansiedad (Addington y el-Guebaly, 1997).

### 1.5.3 Esquizofrenia

Los trastornos psicóticos constituyen un conjunto de desórdenes de carácter crónico y grave que afectan aproximadamente al 1% de la población. Un metanálisis de 42 estudios a lo largo de 20 países encontró que las personas que tienen algún tipo de trastorno psicótico tienen más de 5 veces más probabilidades de fumar en comparación con la población general; y que sus tasas de cesación son significativamente más bajas (de Leon y cols., 2005).

Los pacientes psicóticos fuman más cantidad de tabaco, extraen más cantidad de nicotina de cada cigarrillo y reúnen con mayor frecuencia criterios de dependencia a la nicotina (de Leon y cols., 2005; Williams y cols., 2005).

Como se ha señalado previamente, la esperanza de vida es un 20% menor que en el resto de la población y en ellos fumar ha sido identificado como uno de los factores de riesgo más importantes (Sundgren y cols., 2016).

El alto consumo de tabaco en pacientes con trastornos psicóticos se ha relacionado en algunos casos con la presencia de mayor sintomatología positiva de su enfermedad, incremento del consumo de otras sustancias, mayor frecuencia de hospitalizaciones y mayor riesgo de suicidio (Krishnadas y cols., 2012; Depp y cols., 2015). El consumo de tabaco también acelera la metabolización de algunos fármacos antipsicóticos y algunos pacientes podrían estar usándolo para aliviar los efectos secundarios de los fármacos neurolépticos (Desai y cols., 2001; Winterer, 2010).

Las personas con trastornos psicóticos a menudo experimentan un deterioro de su función cognitiva, con síntomas como dificultad para filtrar información innecesaria, derivados de problemas con el *gating sensorial*. Se ha descrito que el consumo de tabaco parece mejorar la entrada sensorial en pacientes con esquizofrenia (Winterer, 2010). Por lo tanto, los pacientes con esquizofrenia podrían utilizar el tabaco para mejorar su función cognitiva. Además de los déficits cognitivos de la función ejecutiva frontal y de atención, entre las personas con esquizofrenia, los síntomas depresivos, el uso de sustancias psicoactivas, el pensamiento desorganizado y su baja constancia en la ejecución de tareas también podría explicar su bajo nivel de motivación y una mayor dificultad percibida para dejar de fumar

(Culhane y cols., 2008; Musgo y cols., 2009). La sintomatología de la esquizofrenia y el consumo de tabaco comparte una serie de mecanismos biológicos más interrelacionados de lo que originalmente se pensaba (Brunzell y McIntosh, 2012; Moran y cols., 2013; Tidey y cols., 2014).

Algunas investigaciones han encontrado que la percepción de riesgo de estos pacientes sobre los posibles efectos del consumo de tabaco sobre su salud es significativamente menor que la de la población general (Kelly y cols., 2012). Hay que tener en cuenta además que, con frecuencia se permite el consumo de tabaco en algunos dispositivos o unidades de salud mental; y que el tabaco ha sido incluso utilizado en el pasado como premio en técnicas de economía de fichas para reforzar el buen comportamiento (Gustafson y cols., 1992).

El consumo de tabaco se ha visto en ocasiones como una posible herramienta de mejora de la interacción social y mejora de la estimulación de estos pacientes (Kelly y cols., 2012). En la medida en que estos pacientes no tienen demasiados modelos de personas ex fumadoras para imitar y menos recursos específicos de apoyo, es normal que se muestren ambivalentes sobre la decisión de dejar de fumar.

#### **1.5.4 Trastorno bipolar**

Diversas estimaciones indican que la prevalencia de consumo de tabaco de la población con trastorno bipolar varía entre un 30% y un 70% (Waxmonsky y cols., 2005; Berk y Wang, 2008; McEachin y cols., 2010). Un metanálisis reciente encuentra que en 49 de 51 estudios de 16 países la prevalencia de consumo de tabaco era mayor en el caso de los pacientes con trastorno bipolar, en comparación con la población general: estiman que la probabilidad de que un paciente con trastorno bipolar sea fumador es 3,5 veces mayor que la de la población general (Jackson y cols., 2015).

Este mismo estudio indica que las personas fumadoras con trastorno bipolar son más dependientes que la media de la población general. En relación con las tasas de cesación, 13 estudios de 6 países encontraron porcentajes significativamente más bajos en pacientes con trastorno bipolar, en comparación con la población general (Jackson y cols., 2015).

Los mecanismos que subyacen en las personas con trastorno bipolar y fumadoras son multifactoriales y muy complejos e incluyen tanto factores genéticos como ambientales así como interacciones entre ellos. En cuanto a los riesgos genéticos compartidos, se han

identificado varios genes candidatos que se superponen para el trastorno bipolar y el tabaquismo, incluidos los genes que codifican: (i) la catecol-O-metiltransferasa (COMT); (ii) el transportador de dopamina; y (iii) el transportador de serotonina (Pinet y cols., 2012)

Dada la acción IMAO del humo del tabaco y la capacidad de la nicotina de estimular la liberación de neurotransmisores (serotonina y dopamina) que mejoran el estado de ánimo e inducen sentimientos de placer y recompensa, surge la hipótesis de la automedicación -o quizá simplemente, de un mayor impacto- que aumenta el riesgo de fumar en aquellos que han tenido o tienen un episodio depresivo. Otras acciones de la nicotina que podrían actuar como reforzadoras secundarias son el hecho de que se ha descrito que los efectos de la nicotina en la mejoría del estado de ánimo pueden ser mayores en personas fumadoras depresivas comparados con las no depresivas y su capacidad de mejorar la función cognitiva, incluyendo la atención, aunque el efecto real puede ser en gran parte fruto de las expectativas (Stapleton, 2009).

Aunque algunos autores refieren no encontrar menores tasas de cesación en los pacientes con trastorno bipolar (Hughes y cols., 1986; Morris y cols., 2006), el grueso de la evidencia la encuentra (Gonzalez-Pinto y cols., 1998; Corvin y cols., 2001; Cassidy y cols., 2002; Gerber y cols., 2003; Chandra y cols., 2005; Hippisley-Cox y cols., 2007), incluso grandes diferencias (Díaz y cols., 2009).

### **1.5.5 Trastorno por uso de sustancias**

El consumo de tabaco correlaciona significativamente con la probabilidad de desarrollar algún otro tipo de trastorno por uso de sustancias, así como con el agravamiento de adicciones ya existentes (Degenhardt y cols., 2001). La evidencia disponible apunta a que el consumo de tabaco utiliza las mismas vías neuronales que el alcohol, los opioides, la cocaína y el cannabis (Pierce y Kumaresan, 2006).

En los últimos tiempos, al contrario de lo que ha ocurrido en la población general donde la prevalencia de consumo de tabaco ha disminuido, en la población usuaria de otras sustancias no lo ha hecho. Ésta es además mucho más elevada, con cifras de prevalencia alrededor del 70%, así como el 75% de los que buscan tratamiento para la cocaína y el 82% de los sujetos con dependencia a opiáceos en tratamiento con metadona (Pinet y cols., 2012). Esta asociación está modulada por el nivel de dependencia de nicotina, siendo muy importante en los dependientes moderados-graves (Meier y cols., 2005).

Aunque muchas personas fumadoras con trastornos por uso de sustancias refieren estar motivados para dejar el tabaco (Sees y Clark, 1991), sus tasas de abandono suelen ser muy bajas (alrededor del 12%) cuando se encuentran en la fase temprana de recuperación de la otra sustancia problema (Campbell y cols., 1995). Sin embargo, otros estudios señalan que las tasas de abandono del tabaco de pacientes con estos trastornos podrían acercarse a las de la población general si consiguen implicarse en programas de tratamiento (Weinberger y Sofuoglu, 2009). De todos modos, tradicionalmente ha existido una cierta preocupación sobre si el abandono del consumo del tabaco en estos pacientes podría incrementar el riesgo de recaída en el consumo de alguna otra sustancia y prefiere abordarse primero el consumo de la *droga problema*, de la sustancias que el paciente considera más prioritaria (Campbell y cols., 1995; Carreras y Quesada, 2012).

En resumen, a pesar de que las consecuencias del consumo de tabaco en estas personas son conocidas, el tratamiento de abandono del tabaco no suele ser una prioridad en las unidades de conductas adictivas cuando hay otra adicción de base, con el fin de evitar cualquier posible efecto negativo en su otra adicción. De este modo, en la práctica pocas personas fumadoras dejan de fumar cuando están centradas en abandonar su otra sustancia problema (Ziedonis y cols., 2008). Ésta se considera una práctica clave en cesación tabáquica: no empezar a tratar el consumo de tabaco hasta que no esté mínimamente estabilizado el trastorno psiquiátrico concomitante.

### **1.5.6 Consumo de cannabis**

Algunos estudios refieren que hasta el 90% de los consumidores de cannabis son también fumadores de tabaco, mientras que las tasas de consumo simultáneo de otras sustancias es menor (33,3-45,7% alcohol; 37,5-42,9% cocaína; 30,0-51,7% estimulantes; 35,6-41,7% alucinógenos) (Barrett y cols., 2006; Agrawal y cols., 2012). Esto sugiere que el tabaco y el cannabis podrían tener características únicas que hacen que sea más probable que se consuman juntos en mayor proporción que con otras sustancias (Coffey y cols., 2003; Peters y cols., 2014).

Los datos epidemiológicos disponibles indican que el consumo simultáneo de estas dos sustancias se ha incrementado significativamente en los últimos 25 años en los países occidentales (OEDT, 2014).

El consumo prolongado de estas sustancias está asociado con altas tasas de recaída entre los usuarios que intentan dejar de consumirlas (Moore y Budney, 2003; Fiore y cols., 2008; Ayesta y cols., 2014).

Diversos estudios indican que el consumo de tabaco induce la presencia de mayor sintomatología de dependencia al cannabis (Ream y cols., 2008; Agrawal y Lynskey, 2009) y precipita la recaída en su consumo (Haney y cols., 2013). Del mismo modo, el consumo de cannabis está asociado con el consumo de tabaco y la dependencia a la nicotina, y reduce la probabilidad de lograr la abstinencia del tabaco (Ford y cols., 2002; Amos y cols., 2004; Okoli y cols., 2008; Rabin y George, 2015).

El consumo crónico de cannabis podría también provocar una reducción del rendimiento académico y laboral e interpersonal, así como la salud mental en general (Bachs y Morland, 2001; Rehm y cols., 2007; Budney y cols., 2008).

Los programas de deshabituación existentes en la actualidad suelen centrarse en tratar una de las sustancias, abordando la otra de forma marginal (u obviándola). Sin embargo, los programas de este tipo, que se centran exclusivamente en el tratamiento de una de ellas (habitualmente el tabaco), parecen ser menos efectivos para quienes consumen cannabis (Gourlay y cols., 1994). De hecho, existe un cuerpo de evidencia creciente que sugiere que el tratamiento simultáneo de ambas sustancias predice mejores tasas de abstinencia (Agrawal y cols., 2012; Ramo y cols., 2012; Becker y cols., 2013).

Algunos autores defienden que el abandono simultáneo de ambas sustancias podría repercutir en beneficios tanto a nivel psicológico como neurobiológico (Nieva y cols., 2011). Este abordaje simultáneo ya está siendo incorporado en el tratamiento de otros consumos simultáneos, como el tabaco y el alcohol, con buenos resultados (Nieva y cols., 2011). Este abordaje podría repercutir también en un beneficio para el sistema, en la medida en que podrían suponer un ahorro económico y de recursos (Kalman y cols., 2010).



# Capítulo 2

---

## **Justificación y objetivos**



## 2 Justificación y objetivos

De lo expuesto en la introducción se deduce que existen ciertos aspectos sobre los que falta información o esta es contradictoria. Por ello, el presente estudio se plantea profundizar en cuáles son las características asociadas al consumo de tabaco en las personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico, así como en los factores predictores de cesación diferenciales con personas fumadoras que carecen de un diagnóstico psiquiátrico. También se analizarán las diferencias entre los diversos diagnósticos psiquiátricos.

Para ello se cuenta con una muestra de 3774 pacientes atendidos en UDESTA (Unidad de deshabituación tabáquica del Servicio Cántabro de Salud) a lo largo de los últimos 10 años. De ellos se dispone de una base de datos que contiene 143 variables independientes.

Los objetivos primarios del estudio son estudiar las tasas de cesación tabáquica en las personas con un diagnóstico psiquiátrico previo y en los consumidores de cannabis, y ver su variabilidad en cada grupo.

Como objetivo secundario se encuentra analizar cuáles pueden las razones que justifiquen las menores tasas de cesación que tienden a encontrarse en la literatura, con el fin de intentar mejorar la atención clínica de las personas con un diagnóstico psiquiátrico que fuman.



# Capítulo 3

---

## Métodos



## 3 Métodos

### 3.1 Población del estudio

En este estudio se han incluido a todos los pacientes atendidos en la UDESTA desde su inicio en 2006 hasta el 30 de abril de 2014. Se ha excluido a las mujeres embarazadas, lo que implica un total de 3.774 personas fumadoras.

La UDESTA, ubicada en el Centro de Salud Vargas (Santander), es la Unidad Especializada del Servicio Cántabro de Salud para el tratamiento de aquellas personas fumadoras que no hayan podido deshabituarse en otros recursos del Sistema, como Atención Primaria u Hospitalaria. En ella trabajan profesionales de la medicina y la psicología.

De acuerdo a los criterios establecidos en sus protocolos de funcionamiento, los pacientes susceptibles de ser derivados (desde Atención Primaria o Hospitalaria) serían:

1. Mujeres embarazadas o lactantes que se considere necesario, atendiendo a las características de la paciente (altamente dependientes, historia previa de recaídas, baja motivación o situaciones especiales que dificulten la deshabituación). En virtud de sus características diferenciales y que han sido abordadas en otro estudio (García-Sardina, 2014), este grupo de personas no han sido incluidas en este trabajo.
2. Pacientes en tratamiento por enfermedad psiquiátrica grave que se considere necesario, atendiendo a sus especiales características.
3. Pacientes que, habiendo hecho intentos serios de abandono, no hayan podido superar su dependencia. Se entiende por intento serio aquel que haya sido supervisado por personal de Atención Primaria y/o Hospitalaria, esté debidamente documentado en la Historia Clínica del paciente y haya constado de al menos 2 sesiones por intento (preparación y seguimiento). Se precisa un mínimo de dos intentos en los últimos 3 años antes de poder ser admitido en la UDESTA, siempre y cuando no existan otros condicionantes de los otros apartados de derivación.
4. Pacientes que tengan problemas “graves” de salud y que el personal de Atención Primaria y/o Hospitalaria considere que necesitan intervenciones más intensivas que las que ellos les pueden proporcionar. En este apartado se incluyen pacientes como aquellos con EPOC avanzado, cardiopatas severos, enfermos oncológicos y paciente de alto riesgo en general.

5. Aparte de estos pacientes, que se derivan porque se considera que necesitan intervenciones más intensivas o porque presentan factores no fácilmente abordables en el recurso de procedencia, pueden también ser admitidos en la UDESTA profesionales de colectivos modélicos (como sanitarios, docentes y personal que trabaja en la administración pública).

### 3.2 Protocolo de intervención

En la UDESTA se realizan intervenciones multicomponente, que combinan técnicas cognitivo-conductuales con tratamientos farmacológicos, en la medida en que este tipo de intervenciones se han mostrado como las más eficaces para ayudar a los pacientes a conseguir la cesación tabáquica. A continuación se describen brevemente las fases del protocolo de ayuda:

1. Cuando llega un informe de derivación a UDESTA se llama por teléfono al paciente, solicitándole algunos datos generales y concertándose una fecha para iniciar el tratamiento, habitualmente en las siguientes 2-3 semanas.
2. Visita inicial o basal. En la primera entrevista se pasa a los pacientes diversos cuestionarios y se analiza su motivación para dejar de fumar y sus expectativas sobre el proceso, realizándose una historia clínica general y otra específica de consumo de tabaco, con análisis de recaídas y de antecedentes y consecuentes de la conducta de fumar. Durante esta entrevista inicial se les explica cómo es, en líneas generales, el protocolo de intervención y se les ofrecen las posibilidades de tratamiento farmacológico y, según la fecha del año, la posibilidad de tratamiento individual o en grupo; esta última opción se oferta en los meses de enero, abril y septiembre.
3. Sesiones de preparación. Tras la entrevista basal, los pacientes acuden a una o dos sesiones de preparación antes del día D (día en el que dejan de fumar). En ellas se procura fomentar la motivación, la autoeficacia, el compromiso, la obtención de apoyo social, la autoobservación y el autocontrol, ayudándoles a desarrollar estrategias de afrontamiento que les puedan ser útiles para los problemas más comunes que puedan surgir posteriormente. Se intenta que los pacientes analicen su situación, consoliden su decisión y organicen su propio proceso de abandono.
4. Sesiones de mantenimiento. Después del día D los pacientes acuden en principio a otras cinco visitas (2, 6, 12, 18 y 26 semanas después de la cesación), pudiendo

acudir a alguna otra intermedia si se considera que es conveniente para el paciente. En estas sesiones se abordan los diversos problemas, preocupaciones y mejoras que han ido surgiendo y si ha habido consumos puntuales; también se refuerzan las diversas estrategias de afrontamiento, autocontrol y prevención de recaídas, con el objetivo de ayudarles a mantenerse sin fumar, lo cual incluye la promoción de hábitos saludables y el abordaje de los posibles consumos. En todas las visitas el paciente es atendido por dos profesionales de la Unidad. Del 6º al 12º mes las intervenciones presenciales se hacen a demanda del paciente. A los 12 meses se hace un seguimiento telefónico y, si persiste la abstinencia, se da el alta.

A lo largo de todo el proceso de cesación, los pacientes pueden llamar en horas de consulta a cualquiera de los profesionales de la Unidad para resolver sus dudas o manifestar sus dificultades o preocupaciones.

En todas las visitas, previas o posteriores a la cesación, se pesa a los pacientes y se realiza una cooximetría, prueba no invasiva en la que se mide el CO en aire espirado y que refleja el nivel de carboxihemoglobina en sangre. Sirve para determinar la abstinencia puntual (se considera que la persona no ha fumado recientemente si no supera el límite de 5-8 ppm).

### **3.3 Historia clínica**

En la visita basal se les hace una historia clínica a todos los pacientes, que aborda tanto aspectos médicos como psicológicos. En ella se registran:

1. Antecedentes personales y familiares: que permiten discriminar determinados factores de riesgo.
2. Entrevista clínica por aparatos: se analizan situaciones que hagan más urgente la cesación y se descartan posibles intervenciones o medicaciones incompatibles con su estado de salud; así mismo, se les monitoriza la presión arterial y se mide el peso y talla para calcular el índice de masa corporal y su posterior evolución.
3. Características del consumo: cuánto fuma, desde cuándo, a qué edad empezó a fumar, por qué empezó, por qué sigue fumando, si ha cambiado recientemente de marca y qué le aporta el consumo, variables cuyo conocimiento por parte del

paciente y del profesional pueden facilitar el cambio de conducta que supone la cesación.

4. Intentos previos de cesación: cuándo fueron, qué tratamientos se emplearon, cómo se emplearon, durante cuánto tiempo los ha empleado y cuáles fueron las causas y los desencadenantes de las recaídas. Ésta es la parte más importante de la historia.
5. Visión del paciente del proceso de cesación: su motivación para el cambio, las razones por las que desea dejar de fumar y si considera que es un buen momento para hacerlo; así mismo, se les pide que valoren (en una escala del 0 al 10) la dificultad, posibilidad y apoyo familiar y del entorno que creen tener en el proceso de dejar de fumar.
6. Valoración de los síntomas de abstinencia nicotínica más frecuentes: nerviosismo, impaciencia, irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, estreñimiento, cansancio, trastornos del sueño, aumento de apetito, irritación de garganta y tristeza, así como el *craving* (deseos intensos y urgentes de fumar), para discernir posteriormente hasta qué punto la presencia de estos síntomas se debe propiamente a la cesación; para ello se utiliza la escala de Abstinencia Nicotínica de Minnesota (Minnesota Nicotine Withdrawal Scale; Hughes & Hatsukami, 1986).

### 3.4 Cuestionarios

Todas las anteriores actuaciones se complementan con diversos cuestionarios, que aportan más información y perspectiva del tipo de paciente que va a iniciar el tratamiento. Para ello se pasan test de dependencia, de estado anímico, de factores asociados al consumo, de predicción de cesación, etc.

#### 3.4.1. Análisis de la dependencia

La mejor manera de valorar la dependencia de un paciente es comprobar la existencia de recaídas previas y si los intentos de abandono dieron lugar a abstinencias prolongadas. Diversas pruebas objetivas de valoración de dicha dependencia pueden ser orientativas.

#### Crterios diagnósticos de dependencia a la nicotina del DSMIV-TR

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª ed. (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000) fue desarrollado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Proporciona un sistema de clasificación estandarizado para el diagnóstico de los trastornos de salud mental para niños y adultos. Desde mayo de 2013 ha sido actualizado por el DSM-V (APA, 2013). Considera la dependencia a nicotina dentro de los trastornos por uso de sustancias. Su presencia se diagnostica cuando existen 3 o más respuestas positivas, en cualquier momento de un periodo de 12 meses, a los 7 criterios diagnósticos incluidos. Con la intención de poder valorar por escrito la existencia de la sintomatología a la que se hace referencia se trasladan a preguntas cada uno de los criterios diagnósticos:

1. *¿Suele sentir náuseas o mareos cuando fuma varios cigarrillos?* Adaptación de Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. *¿Se ha encontrado físicamente mal cuando ha estado bastantes horas o un par de días sin fumar?* Adaptación de Abstinencia (*Withdrawal*, retirada), definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia; b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. *¿Fuma más de lo que desearía?* Adaptación de “La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía”.
4. *¿Ha intentado sin éxito disminuir su consumo de cigarrillos?* Adaptación de “Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia”.
5. *¿Dedica mucho tiempo del día a fumar?* Adaptación de “Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), el consumo (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia”.
6. *¿Se ha ido antes de alguna reunión o actividad -o incluso no ha asistido a ella- porque no se podía fumar?* Adaptación de “Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia”.

7. *¿Cree que el tabaco le está ocasionando algún trastorno en su salud?* Adaptación de “Si continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia”.

### Test de Fagerström para la dependencia a la nicotina (FTND)

Este cuestionario fue diseñado para la evaluación de la dependencia nicotínica relacionada con el consumo de cigarrillos. La versión original, Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) (Fagerström, 1978) contenía 8 ítems; con posterioridad, el propio autor (Heatherton y cols., 1991) propuso la supresión de 2 ítems (cantidad de nicotina que contiene sus cigarrillos y si el paciente se traga o no el humo), ya que no encontraron una relación adecuada con las medidas bioquímicas y contribuían a las deficientes propiedades psicométricas del cuestionario. De este modo nació el Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), cuestionario de 6 ítems que analiza la cantidad de cigarrillos consumidos, la compulsión por fumar y la dependencia nicotínica, y que es el que se emplea en la actualidad.

**Fagerström**

- ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA AL DÍA?  
 10 ó menos     11 a 20     21 a 30     31 ó más
- ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRE DESDE QUE SE LEVANTA HASTA QUE FUMA EL PRIMER CIGARRILLO?  
 Menos de 5 minutos     De 6 a 30 minutos  
 De 31 a 60 minutos     Más de 60 minutos
- DESPUÉS DE FUMAR EL PRIMER CIGARRILLO DEL DÍA, ¿FUMA RÁPIDAMENTE ALGUNOS MÁS?  
 Sí     No
- ¿ENCUENTRA DIFICULTAD PARA NO FUMAR EN LUGARES DONDE ESTÁ PROHIBIDO HACERLO?  
 Sí     No
- ¿FUMA CUANDO NO SE ENCUENTRA BIEN O CUANDO ESTÁ ENFERMO EN LA CAMA?  
 Sí     No
- DE TODOS LOS CIGARRILLOS QUE FUMA A LO LARGO DEL DÍA, ¿CUÁL ES EL QUE MÁS NECESITA?  
 El primero del día     Otro

**Figura 4**  
Test de Fagerström de dependencia a la nicotina

La puntuación total oscila de 0 a 10 puntos. Es un test sencillo y de validez contrastada. En ocasiones, se usan simplemente las dos primeras preguntas del test. En la figura 4 se pueden ver las preguntas que lo componen. Aunque imperfecta, este test aporta una medida de la dificultad para dejar de fumar, algo necesario en los estudios clínicos para poder comparar mínimamente las poblaciones. Este test es objetivable y muy fácil de usar, aunque la

evidencia muestra que no debe condicionar qué pautas terapéuticas deben emplearse. Desde el punto de vista terapéutico, su principal problema es que presenta bastantes falsos positivos y, lo que es más grave, falsos negativos: puntuaciones altas en el test de Fagerström indican un alto grado de dependencia; por el contrario puntuaciones bajas no necesariamente indican un bajo grado de dependencia; puntuaciones de 5-7 en el test de Fagerström son compatibles con ausencia total de dependencia. Más que referirse a “dependencia alta” (7 o más habitualmente) o “dependencia baja” (3 o menos habitualmente) debería decirse “dependencia alta -o baja- según el test de Fagerström”.

El Fagerström es un test que mide dependencia. Aunque algunas personas, conscientes de las limitaciones del test, refieran de manera totalmente imprecisa que mide dependencia física, lo que mide realmente es dependencia. Becoña y Vazquez (1998) han validado este instrumento en nuestro país.

### **3.4.2. Valoración del estado anímico**

Dos de los cuestionarios empleados pueden considerarse como medidores del estado anímico: el cuestionario de Goldberg y la escala de estrés percibido.

#### **Cuestionario de Goldberg**

El cuestionario de Goldberg, o EADG en la versión española (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg; Goldberg y cols., 1988), fue desarrollado por este autor a partir de una escala previa también suya (Goldberg y cols., 1987), con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de cribado de trastornos depresivos y de ansiedad. La versión en castellano ha sido validada por Montón y cols. (1993).

Consta de dos escalas (figura 5), una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Sí/No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. No se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad.

Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se

formulan solo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje ( $\geq 2$  en la subescala de ansiedad,  $\geq 1$  en la subescala de depresión).

¿Ha tenido en las 2 ÚLTIMAS SEMANAS alguno de estos síntomas?

**SUBESCALA A**

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?  sí  no
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?  sí  no
3. ¿Se ha sentido muy irritable?  sí  no
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?  sí  no
5. ¿Ha dormido mal?  sí  no
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?  sí  no
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?  sí  no
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?  sí  no
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño?  sí  no

**SUBESCALA D**

1. ¿Se ha sentido con poca energía?  sí  no
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?  sí  no
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?  sí  no
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?  sí  no
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?  sí  no
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)  sí  no
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?  sí  no
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?  sí  no
9. ¿Cree que, en general, se ha encontrado peor por las mañanas?  sí  no

Valoración estado anímico

Goldberg, 1988

**Figura 5**  
Cuestionario de Goldberg

Los puntos de corte en las puntuaciones totales sugerentes de probable patología son 4 para la escala de ansiedad, y 2 para la de depresión.

### Escala de estrés percibido

La escala proporciona una medida global de estrés percibido en el último mes. Su versión original (Cohen y cols., 1983) tenía 14 ítems. Posteriormente se han estudiado dos versiones reducidas, una de ellas con 10 ítems, que es la que se utiliza en la Unidad, y la otra con solo 4 (Cohen & Williamson, 1988), todos ellos componentes de la escala completa. Sus ítems interrogan sobre el grado en que las personas sienten que ejercen control sobre las situaciones impredecibles o inesperadas, o si, por el contrario, las sienten como incontrolables y por ello experimentan un estrés que se traduce en malestar. En diversos estudios se ha explorado la estructura factorial de la escala en sus tres versiones, encontrándose consistentemente que los ítems favorables al control se agrupan en un factor, mientras que los que denotan pérdida de control lo hacen en otro factor separado

(González-Ramírez & Landero, 2007). Sin embargo en muchos casos el uso de criterios más restrictivos obliga a considerar la unidimensionalidad de la escala, que es lo que se ve en algunos estudios, en los que la aplicación del coeficiente theta de Carmine prueba que los ítems representan solo una escala (Roberti y cols., 2006). En todo caso, los trabajos que aplican cualquier versión del cuestionario tienden a asumir su unidimensionalidad, considerando que mide simplemente estrés percibido.

Los pacientes han de valorar en una escala del 0 (nunca) al 4 (muy a menudo) lo que se les formula en cada una de las preguntas, representadas en la figura 6:

Marque la opción que mejor se adecue a su situación actual, teniendo en cuenta el **último mes**.  
 0 Nunca 1 Casi nunca 2 A veces 3 A menudo 4 Muy a menudo

¿Con qué frecuencia en el **ÚLTIMO MES**...

1. Ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0 1 2 3 4
2. Se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0 1 2 3 4
3. Se ha sentido nervioso y "estresado"?	0 1 2 3 4
4. Ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0 1 2 3 4
5. Ha sentido que las cosas le van bien?	0 1 2 3 4
6. Ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0 1 2 3 4
7. Ha podido controlar las dificultades de su vida?	0 1 2 3 4
8. Se ha sentido con el control de todo?	0 1 2 3 4
9. Se ha enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0 1 2 3 4
10. Ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0 1 2 3 4

Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983

**Figura 6**  
Escala de estrés

### 3.4.3 Análisis de antecedentes y consecuentes del consumo

Se denominan antecedentes del consumo a aquellos estímulos o circunstancias que se asocian con la conducta, con el fumar; se denominan consecuentes del consumo a las consecuencias de la conducta de fumar, lo que hace relación a su funcionalidad, a su valor instrumental. Pueden analizarse mediante cuestionarios o mediante preguntas aisladas.

### Test de Russell

El test de Russell fue originalmente desarrollado por Russell, Peto y Patel (1974) y constaba de 34 ítems. Posteriormente modificado por West y Russell (1985) que lo dejaron en los

actuales 24 ítems. Es un test que intenta medir las razones por las que se fuma, Reasonsfor smoking scales (Horn&Waingrow, 1966; Ikard y cols., 1969; Shiffman, 1993). Consta de 24 afirmaciones (figura 7) a las que debe responderse de manera cerrada en qué medida cada afirmación se corresponde con lo que le ocurre al paciente: 0 No le sucede; 1 Le sucede un poco; 2 Le sucede bastante; 3 Le sucede mucho.

Indique en qué medida cada afirmación se corresponde con lo que le ocurre a usted, marcando en cada caso el número apropiado:	0	1	2	3
	No le sucede en absoluto	Le sucede un poco	Le sucede bastante	Le sucede mucho
1. Siento un gran deseo de fumar cuando tengo que parar cualquier actividad por un momento	0	1	2	3
2. Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta de que tengo otro encendido en el cenicero	0	1	2	3
3. Me gusta fumar sobre todo cuando estoy descansando tranquilamente	0	1	2	3
4. Obtengo un gran placer fumando sea cuando sea	0	1	2	3
5. Tener un cigarrillo entre los dedos es parte del placer que da fumar	0	1	2	3
6. Pienso que mejora mi aspecto con un cigarrillo entre los dedos	0	1	2	3
7. Fumo más cuando estoy preocupado por algo	0	1	2	3
8. Me siento más estimulado y alerta cuando fumo	0	1	2	3
9. Fumo automáticamente a pesar de estar atento	0	1	2	3
10. Fumo por tener algo que hacer con las manos	0	1	2	3
11. Cuando me quedo sin cigarrillos me es casi insoportable hasta que puedo volver a tenerlos	0	1	2	3
12. Cuando me siento infeliz fumo más	0	1	2	3
13. Fumar me ayuda a aguantar cuando estoy cansado	0	1	2	3
14. Me resulta difícil estar una hora sin fumar	0	1	2	3
15. Me encuentro a mí mismo fumando sin recordar haber encendido el cigarrillo	0	1	2	3
16. Cuando estoy cómodo y relajado es cuando más deseo fumar	0	1	2	3
17. Fumar me ayuda a pensar y concentrarme	0	1	2	3
18. Tengo muchas ganas de fumar cuando no he fumado durante un rato	0	1	2	3
19. Me siento más maduro y sofisticado cuando fumo	0	1	2	3
20. Cuando no estoy fumando soy muy consciente de ello	0	1	2	3
21. Me resultaría muy difícil estar una semana sin fumar	0	1	2	3
22. Fumo para tener algo que ponerme en la boca	0	1	2	3
23. Me siento más atractivo frente a personas del sexo contrario cuando fumo	0	1	2	3
24. Enciendo un cigarrillo cuando estoy enfadado	0	1	2	3

**Figura 7**  
Test de Russell

El análisis factorial muestra que este test presenta 7 componentes: 1) Imagen social que la persona fumadora cree que obtiene a través del uso de productos del tabaco (que se corresponde con las preguntas 6, 19 y 23); 2) Actividad boca-mano (manipulación,

importancia de tener algo entre las manos; preguntas 5, 10 y 22); 3) Indulgencia (fumar por placer; preguntas 3, 4 y 16); 4) Sedación (asociación con estados de ánimo negativos; preguntas 7, 12 y 24); 5) Estimulación (fumar para activarse o estimularse; preguntas 8, 13 y 17); 6) Automatismo (hasta qué punto es automática la conducta; preguntas 2, 9 y 15); y 7) Adicción (preguntas 11, 18 y 20). Los tres primeros son menos farmacológicos que el resto.

Cada uno de estos componentes está formado por 3 preguntas: una puntuación de 6 ó más en un componente sugiere que ese componente presenta importancia en la conducta fumadora de esa persona. La suma de los componentes Adicción, Automatismo y de las preguntas 1, 14 y 21 aportan una valoración de “Dependencia global” (máximo 27 puntos).

Es un test que puede resultar útil, aunque presenta los inconvenientes de no definir propiamente “adicción” y “dependencia global” y de no tener en cuenta diversos aspectos potencialmente relacionados con la conducta de fumar, como son los componentes de sociabilidad del consumo o su asociación con la preocupación por la ganancia ponderal.

### **Otras preguntas de antecedentes y consecuentes (escala RAM)**

Para intentar solventar o paliar las carencias del test de Russell, en la Unidad se formulan adicionalmente una serie de preguntas -obtenidas de diversas fuentes- con la misma estructura del test de Russell (figura 8)

Pese a que llevan una numeración correlativa a las preguntas del test de Russell, cada pregunta se valora independientemente y no forman un cuestionario en sí, aunque es evidente que algunas de ellas se relacionan entre sí.

Intentan medir:

1. La asociación con la preocupación por el peso o el posible valor instrumental para controlarlo, los ítems 31 y 47;
2. La asociación con diversas actividades cotidianas, los ítems 26, 28, 30, 33, 35, 48 y 50;
3. El uso para la interrelación personal, los ítems 25, 29, 39 y 46.
4. Los factores sensoriales asociados al consumo son explorados por las preguntas 27, 34, 41 y 42.
5. La posible asociación con estados de ánimo negativos se plantea en los ítems 32, 36, 38 y 49.

6. Los ítems 37, 40, 43, 44 y 45 analizan cuestiones relacionadas con la percepción de dependencia.

25. Me es más fácil relacionarme con otras personas cuando fumo	0 1 2 3
26. Me gusta fumar cuando estoy ocupado y trabajo fuerte	0 1 2 3
27. Parte del placer de fumar es encender un cigarrillo	0 1 2 3
28. Enciendo un cigarrillo cuando hablo por teléfono	0 1 2 3
29. Me gusta ofrecer cigarrillos como una manera de hacer amigos	0 1 2 3
30. Suelo fumar cuando tomo alguna bebida alcohólica	0 1 2 3
31. Fumo para mantener mi peso bajo	0 1 2 3
32. Cuando estoy con otra gente me siento más seguro si fumo	0 1 2 3
33. Después de las comidas es cuando más me gusta fumar	0 1 2 3
34. Fumo porque me gusta mucho el olor al tabaco	0 1 2 3
35. Normalmente fumo cuando tomo café	0 1 2 3
36. Fumo más cuando estoy apurado y tengo mucho que hacer	0 1 2 3
37. Suelo tener mucho cuidado de que no se me acaben los cigarrillos	0 1 2 3
38. Fumo para calmar mis nervios	0 1 2 3
39. Fumo más cuando estoy con otra gente	0 1 2 3
40. Fumar es muy importante para mí	0 1 2 3
41. Juego y manipulo el paquete de tabaco como parte del ritual del hábito de fumar	0 1 2 3
42. Ocupo mis manos y dedos para evitar fumar	0 1 2 3
43. Me recompensó a mí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea	0 1 2 3
44. Me angustio si me quedo sin cigarrillos o no consigo encontrar el paquete de tabaco	0 1 2 3
45. Cuando no tengo tabaco me resulta difícil concentrarme y realizar cualquier tarea	0 1 2 3
46. Enciendo un cigarrillo si mis amigos lo hacen	0 1 2 3
47. Fumo para engañar el hambre	0 1 2 3
48. Fumo más cuando conduzco	0 1 2 3
49. Fumar me hace compañía	0 1 2 3
50. Cuando estoy solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., me siento más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos	0 1 2 3

Test de RUSSELL (1988) ampliado

**Figura 8**  
Escala RAM (Russell ampliado)

### Escala de auto-eficacia de Baer-Lichtenstein

La autoeficacia se define como el nivel de confianza de un individuo en su capacidad para realizar una conducta determinada (Bandura, 1977). Esta escala analiza el grado de confianza que tiene la persona fumadora de estar sin fumar ante distintas situaciones, la capacidad de resistencia que cree va a tener una vez que ha dejado de fumar.

Al análisis de la asociación objetiva con el consumo (realizado en los dos cuestionarios anteriores), este test añade la percepción subjetiva de control que el paciente cree tener en las diversas situaciones (Baer y Lichtenstein, 1988). Se considera que la percepción de autoeficacia tiene un papel importante en la predicción de abstinencia o no abstinencia, de la futura conducta del paciente que ha hecho un intento para la cesación.

El cuestionario consta de 14 preguntas independientes en las que el paciente valora de 0 a 100% su capacidad de resistencia (ver figura 9). El análisis no requiere de interpretación; simplemente se utiliza para que el paciente sea capaz de conocer, reconocer y afrontar aquellas situaciones en las que puede ser más vulnerable.

Las preguntas 1, 4, 6 y 8 aportan información sobre la capacidad percibida de resistencia ante situaciones con estados de ánimo negativo; las preguntas 2 y 3 recogen las situaciones asociadas con placer y relax; las preguntas 5, 7 y 13 analizan la importancia del consumo en la autoimagen; las preguntas 9, 10 y 11 abordan la sociabilidad y, por último, las preguntas 12 y 14 valoran la importancia de fumar para controlar el peso o no engordar.

**Escala de confianza**

En la siguiente escala indique el *grado de resistencia* que cree que podría oponer al deseo de fumar si se dieran las siguientes situaciones (cuando ya no fume):  
 Un 0 significa que **NO** fumaría en esa situación;  
 un 10 significa que **SÍ** fumaría en esa situación.

1. Si me sintiera ansioso
2. Si quisiera sentarme cómodamente y disfrutar un cigarrillo
3. Si termino una comida o un tentempié
4. Si me sintiera nervioso
5. Si quisiera sentirme más atractivo
6. Si quisiera relajarme
7. Si pensara que fumar es parte de mi auto-imagen
8. Si me sintiera tenso
9. Si estuviera bebiendo una bebida alcohólica
10. Si viera a otros fumando
11. Si alguien me ofreciera un cigarrillo
12. Si quisiera evitar comer algo dulce
13. Si quisiera sentirme más maduro y sofisticado
14. Si pensara que esto me ayudaría a mantener el peso

Baer y Lichtenstein, 1988

**Figura 9**  
Escala de autoeficacia

### 3.4.4 Otros tests

La mejor manera de valorar la dependencia de un paciente es comprobar la existencia de recaídas previas y si los intentos de abandono dieron lugar a abstinencias prolongadas. Diversas pruebas objetivas de valoración de dicha dependencia pueden ser orientativas.

### Cuestiones potencialmente predictivas

El conjunto heterogéneo de cuestiones abordadas en esta batería de preguntas (ver figura 10) hacen relación bien a potenciales beneficios que se piensan obtener con la cesación tabáquica (preguntas 6, 7, 13 y 15), bien a distintas circunstancias familiares o personales (preguntas 3, 4, 8, 12 y 14), bien a distintas características de la personalidad o de estilos de vida (preguntas 5, 9, 10 y 11), así como las causas que propician el intento de cesación (pregunta 1) y la experiencia de cesación previa (pregunta 2).

**Escala predicción**

Señale si considera *verdaderas o falsas* cada una de las siguientes afirmaciones:

1. Vengo a la consulta:	a) espontáneamente	<input type="checkbox"/>
	b) por indicación médica	<input type="checkbox"/>
	c) por presión de mi familia	<input type="checkbox"/>
2. Anteriormente, ya he dejado de fumar durante más de una semana		<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> f
3. Actualmente, no tengo muchos problemas en el trabajo		<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> f
4. Actualmente, no tengo muchos problemas en el plano familiar		<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> f
5. Hago deporte o tengo intención de hacerlo		<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> f
6. Voy a estar en mejor forma física		<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> f
7. Voy a cuidar mi aspecto físico		<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> f
8. Estoy embarazada (o mi pareja lo está)		<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> f
9. Tengo costumbre de lograr lo que emprendo		<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> f
10. Soy más bien de temperamento tranquilo		<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> f
11. Mi peso es habitualmente estable		<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> f
12. Estoy con buena moral actualmente		<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> f
13. Quiero liberarme de esta dependencia		<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> f
14. Tengo hijos de corta edad		<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> f
15. Voy a acceder a una mayor calidad de vida		<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> f

Hosp. Henry Mondor, París, 1984

**Figura 10**  
Escala de predicción

### Determinación del locus de control

El Locus de Control es un rasgo de personalidad propuesto a partir de la teoría del aprendizaje social (Rotter y Murly, 1965), posteriormente redefinido por Rotter (1966). Se define como el grado en que un sujeto percibe el origen de eventos y de su propio comportamiento de manera interna o externa a él. Los extremos del locus de control son interno y externo:

- Interno: percepción de que los eventos ocurren principalmente como efecto de sus propias acciones; es decir, la percepción que ellas mismas controlan sus vidas. Así, estas personas valoran positivamente el esfuerzo y la habilidad personal.

- Externo: percepción de que los eventos ocurren por el azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros; es decir, es la percepción de que los eventos no tienen relación con la propia determinación, de que no pueden ser controlados por el propio esfuerzo y dedicación.

El cuestionario que se emplea en la Unidad (ver figura 11) fue desarrollado por Wallston y cols. en 1976. Cada una de las preguntas debe ser valorada por el paciente de 1 a 6 en una escala en que 1 implica gran desacuerdo y 6 gran acuerdo. Seis de las preguntas hacen más relación a un locus de control externo (y se invierten en el análisis) y 5 a un locus de control más interno. Puntuaciones más altas indican, por tanto, un mayor locus de control interno y se asocian con un mayor grado de atribución de la salud por parte del individuo a los cuidados personales y causas directamente relacionadas con el propio sujeto (Wallston y Wallston, 1978).

Señale su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:	
1	6
Muy en desacuerdo	Muy de acuerdo
1. Si me cuido puedo prevenir las enfermedades	1 2 3 4 5 6
2. Cuando me pongo enfermo es por algo que he hecho o que he dejado de hacer	1 2 3 4 5 6
3. Tener buena salud es en gran parte cuestión de suerte	1 2 3 4 5 6
4. Independientemente de lo que hagas si te vas a poner enfermo te pones enfermo	1 2 3 4 5 6
5. La mayor parte de la gente no es consciente de hasta qué grado sus enfermedades dependen de hechos casuales	1 2 3 4 5 6
6. Sólo puedo hacer lo que el médico me dice que haga	1 2 3 4 5 6
7. Hay tantas enfermedades extrañas por ahí que uno nunca sabe cuando puede coger una	1 2 3 4 5 6
8. Cuando me encuentro mal es porque no he hecho el suficiente ejercicio o no he comido bien	1 2 3 4 5 6
9. La gente que nunca enferma es simplemente porque tiene buena suerte	1 2 3 4 5 6
10. La mala salud de la gente suele resultar de su falta de cuidado	1 2 3 4 5 6
11. Soy directamente responsable de mi salud	1 2 3 4 5 6

HLC, Wallston et al. 1976

**Figura 11**  
Escala de determinación del locus de control

### 3.5 Análisis estadístico

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS.

Para las variables cuantitativas se realizó un análisis descriptivo basado en la media y la desviación estándar, que son los parámetros que se muestran a lo largo del apartado Resultados. Si las muestras seguían una distribución normal y las varianzas eran homogéneas se aplicaron tests paramétricos; en caso contrario se utilizaron test no paramétricos. Tras determinar si las poblaciones seguían una distribución normal mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov y la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene, se compararon los valores medios de las variables cuantitativas entre dos grupos mediante la prueba paramétrica de t de Student para grupos independientes y si había más de dos grupos se utilizó un análisis de la varianza (ANOVA) con correcciones de Bonferroni y, si no seguían distribución normal, se aplicó la prueba de U de Mann-Whitney o la prueba H de Kruskal-Wallis respectivamente.

Para las variables categóricas se compararon las proporciones entre ambos grupos mediante pruebas chi-cuadrado para tablas de contingencia; en el caso de tablas 2x2 se utilizó el estadístico  $\chi^2$  con corrección de Yates y, cuando alguna frecuencia esperada fue menor o igual a 5, se aplicó la prueba exacta de Fisher. Como parámetro de asociación se empleó la Odds Ratio, que a lo largo del presente trabajo se muestra con los respectivos límites de confianza del 95%.

Se realizó un ajuste de modelos de regresión logística de tipo predictivo para estimar el efecto simultáneo del conjunto de nuestras variables independientes sobre la abstinencia del consumo de tabaco. Las variables independientes en este análisis de regresión logística binaria fueron aquellas que habían mostrado significación en el análisis univariante.

Todos los contrastes de hipótesis fueron bilaterales. En todas las pruebas estadísticas se consideraron valores “significativos” aquéllos cuyo nivel de confianza fue superior al 95%, es decir, un error alfa inferior a  $5,0E-02$  ( $p < 5,0E-02$ ).

# Capítulo 4

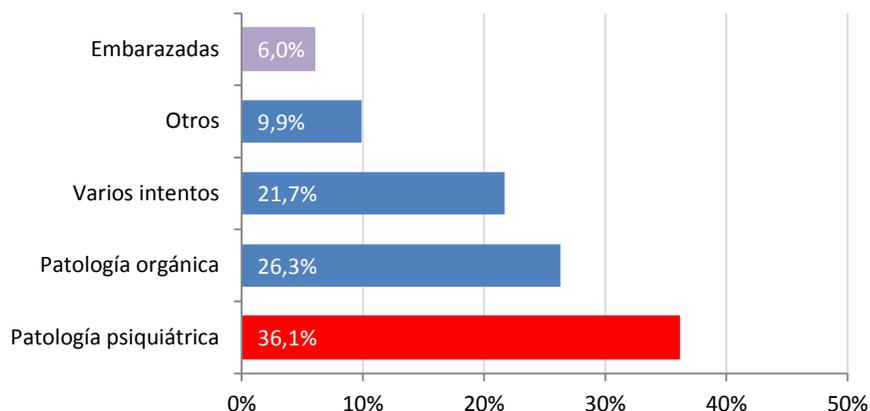
---

## Resultados



## 4 Resultados

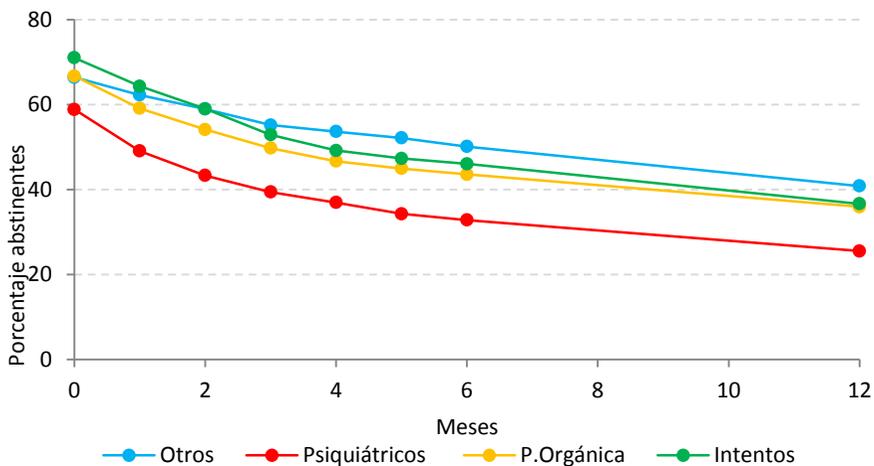
Una vez eliminadas a las embarazadas de la muestra objeto de estudio (por los motivos mencionados en el apartado de métodos), se procede a analizar la evolución de la tasa de abstinencia de la muestra resultante (3774 pacientes), separándola por los motivos de derivación representados en la figura 12.



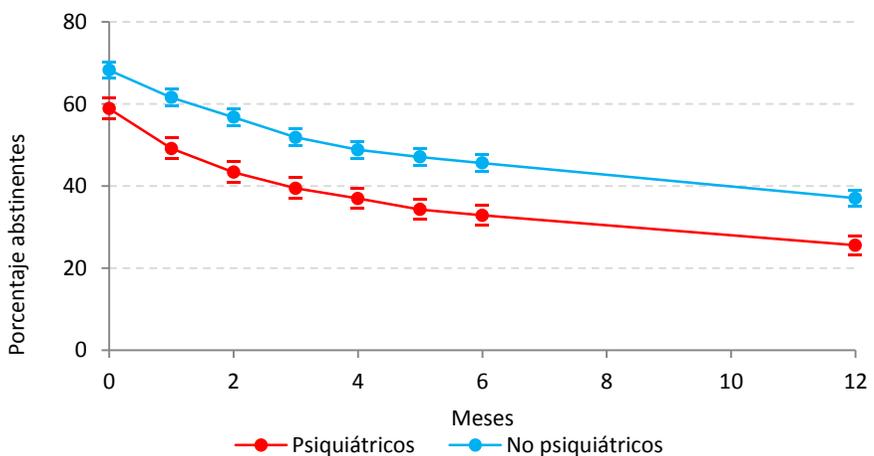
**Figura 12**  
Porcentaje de pacientes derivados por cada motivo

La figura 13 muestra la evolución de la abstinencia en estos cuatro grupos. Se observa cómo las tasas de abstinencia de los pacientes derivados por patologías orgánicas graves, intentos y otras causas no difieren significativamente entre sí en ninguno de los puntos del curso temporal. Sin embargo, todas ellas son significativamente más altas en todos los puntos de la curva que la de los pacientes derivados por patología psiquiátrica.

Por ello, nuestra muestra de pacientes podría dividirse en dos grupos homogéneos en función de si poseen o no un diagnóstico de patología psiquiátrica (1349 y 2425 pacientes, respectivamente). En la figura 14 aparece representada la evolución de la tasa de abstinencia de estos dos grupos, observándose diferencias altamente significativas a lo largo de todo el curso temporal.



**Figura 13**  
Evolución de la tasa de abstinencia según grupos de derivación (sin embarazadas)



**Figura 14**  
Evolución de la tasa de abstinencia en función de la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico

### 4.1 Análisis multivariante

A continuación se procede a realizar una regresión logística binaria con el fin de identificar variables predictoras de cesación a los 12 meses. En este análisis de la cesación por diagnóstico de patología psiquiátrica se tuvieron en cuenta todas las variables que en un estudio previo con la muestra total (Martín, 2016) ya se habían señalado como predictoras cara a la cesación a los 12 meses, más el sexo y la edad actual.

Cinco variables entraron de manera significativa en el modelo final de predicción a los doce meses, tanto en los pacientes que no tenían un diagnóstico psiquiátrico como en los que sí lo tenían.

Las variables son prácticamente idénticas en ambos grupos. En la tablas 4 y 5 se observa cómo influyen de manera positiva, incrementando las probabilidades de cesación:

1. El apoyo familiar referido: 3,8% por punto de la escala en las personas sin diagnóstico psiquiátrico y 4,8% en quienes lo tienen.
2. El número máximo de días abstinentes en intentos previos: 1,0% por día en quienes no tienen un diagnóstico y 1,6% por día en quienes sí lo tienen.

**Tabla 4**

*Factores de predicción de abstinencia a los doce meses en pacientes sin diagnóstico de patología psiquiátrica*

	Modelo inicial				Modelo ajustado			
	OR	LC95%		P	OR	LC95%		p
Sexo	1,021	0,856 - 1,219		0,815				
Edad actual	0,993	0,986 - 1,000		0,054	0,995	0,990 - 1,001		9,9E-02
Núm. Cigarrillos	0,998	0,988 - 1,008		0,668				
Dificultad	0,995	1,037 - 0,954		0,800				
Posibilidad	1,004	0,974 - 1,035		0,797				
<b>Apoyo</b>	1,032	1,001 - 1,063		0,040	<b>1,038</b>	<b>1,012 - 1,065</b>		<b>4,6E-03</b>
Nº intentos	1,030	0,995 - 1,066		0,094				
<b>Máx. abst previa (d)</b>	1,0009	1,0003 - 1,0015		0,004	<b>1,0010</b>	<b>1,0004 - 1,0016</b>		<b>8,6E-04</b>
Dispos. dejarlo en 1 mes	1,243	0,766 - 2,015		0,379				
Dispos. fijar día D	0,967	0,646 - 1,448		0,872				
DSM IV-TR	0,960	0,889 - 1,037		0,302				
<b>Fagerström</b>	0,913	0,867 - 0,960		0,000	<b>0,902</b>	<b>0,873 - 0,933</b>		<b>2,2E-09</b>
Golberg-Ansiedad	0,997	0,955 - 1,040		0,878				
<b>Golberg- Depresión</b>	0,941	0,896 - 0,988		0,014	<b>0,939</b>	<b>0,899 - 0,980</b>		<b>4,3E-03</b>
Estrés total	0,989	1,003 - 0,975		0,119	1,012	0,999 - 1,025		7,8E-02
<b>Consumo de cannabis</b>	0,259	0,131 - 0,512		0,000	<b>0,272</b>	<b>0,138 - 0,533</b>		<b>1,5E-04</b>

Por el contrario, disminuyen las probabilidades de cesación (tablas 4 y 5):

1. El consumo actual de cannabis: un 72,8% en los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico y un 58% en quienes lo tienen.

2. Puntuación en el test de Fagerström: 9,8% por punto en quienes no tienen un diagnóstico psiquiátrico y 8,0% en quienes sí. En estos últimos también resulta predictora la puntuación en el DSMIV-TR: 13,0% por punto.
3. Puntuación en la subescala de depresión del test de Goldberg: 6,1% y 6,2%, respectivamente; en el caso de quienes presentan un diagnóstico psiquiátrico, el valor está cerca de la significación, pero pese a ello entra en el modelo final.

**Tabla 5**

*Factores de predicción de abstinencia a los doce meses en pacientes con diagnóstico de patología psiquiátrica*

	Modelo inicial			Modelo ajustado		
	OR	LC95%	p	OR	LC95%	p
Sexo	0,958	0,734 - 1,249	0,748			
Edad actual	0,995	0,985 - 1,005	0,348			
Núm. cigarrillos	0,998	0,985 - 1,012	0,831			
Dificultad	1,038	0,963 - 0,976	0,236			
Posibilidad	1,005	0,963 - 1,050	0,807			
<b>Apoyo</b>	1,051	1,012 - 1,093	0,011	<b>1,048</b>	<b>1,013 - 1,083</b>	<b>6,1E-03</b>
Nº intentos	1,014	0,965 - 1,066	0,572			
<b>Máx. abst previa (d)</b>	1,0015	1,0006 - 1,0024	0,001	<b>1,0016</b>	<b>1,0007 - 1,0024</b>	<b>2,0E-04</b>
Dispos. dejarlo en 1 mes	1,037	0,579 - 1,855	0,903			
Dispos. fijar día D	1,345	0,834 - 2,170	0,224			
<b>DSM IV-TR</b>	0,878	0,791 - 0,975	0,015	<b>0,870</b>	<b>0,790 - 0,959</b>	<b>4,9E-03</b>
<b>Fagerström</b>	0,940	0,869 - 1,017	0,126	<b>0,920</b>	<b>0,871 - 0,973</b>	<b>3,5E-03</b>
Golberg-Ansiedad	0,950	0,893 - 1,010	0,099	0,948	0,894 - 1,006	7,8E-02
Golberg- Depresión	0,939	0,877 - 1,006	0,073	0,938	0,877 - 1,004	6,5E-02
Estrés total	1,018	1,039 - 0,997	0,099	0,983	0,963 - 1,002	8,4E-02
<b>Consumo de cannabis</b>	0,413	0,206 - 0,829	0,013	<b>0,420</b>	<b>0,211 - 0,836</b>	<b>1,3E-02</b>

Entran también en el último paso del modelo que mejor se ajusta (aunque de manera no significativa) la edad actual y la puntuación de estrés total en el caso de los pacientes sin un diagnóstico psiquiátrico; y la puntuación de la subescala de ansiedad del test de Goldberg y de la escala de estrés percibido en el caso de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico.

Dado que el consumo de cannabis disminuye de forma sustancial las tasas de abstinencia en ambos grupos y podría llegar a distorsionar el efecto de otras variables objeto de estudio, se

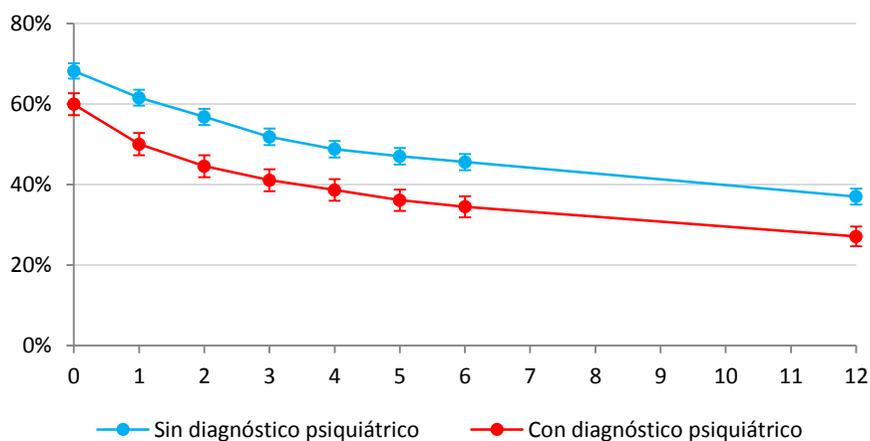
decide profundizar en el análisis de este colectivo por separado, eliminándolo en la comparación de pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico.

## 4.2 Análisis de las diferencias observadas en función de la presencia o ausencia de algún diagnóstico psiquiátrico

Una vez excluidos a los 157 consumidores de cannabis, la muestra se compone de 3617 pacientes, de los cuales 2344 (64,81%) no tienen ningún diagnóstico psiquiátrico (y son derivados por intentos previos, patología orgánica o por formar parte de los otros colectivos derivables) y 1273 (35,19%) tienen uno o varios diagnósticos psiquiátricos.

### 4.2.1 Cesación

En la figura 15 se muestra la evolución de la tasa de abstinencia de los dos grupos de pacientes desde el día D hasta los 12 meses.



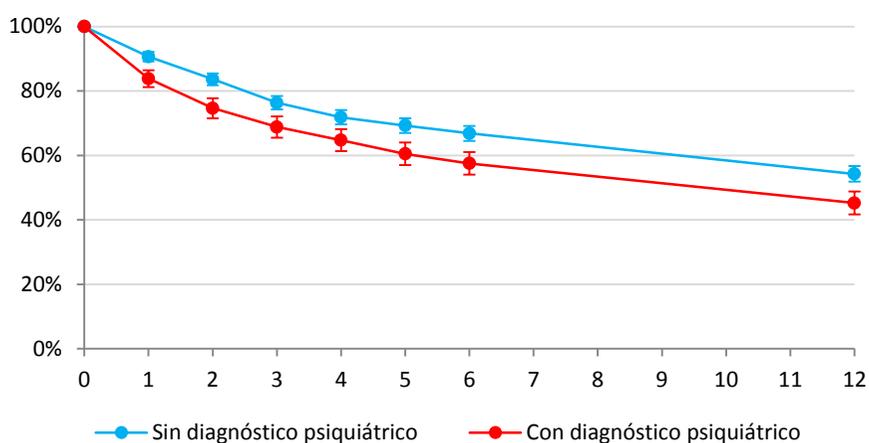
**Figura 15**

*Evolución del porcentaje de abstinentes a lo largo del tratamiento en función de la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico*

En ella se aprecia cómo el porcentaje de pacientes sin diagnóstico psiquiátrico que empiezan es del 68,2%, y este porcentaje disminuye al 59,9% en el caso de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico.

De este modo, los pacientes con diagnóstico psiquiátrico tienen un 43% más de probabilidades de no alcanzar ni siquiera un día completo abstinentes en comparación con aquellos sin diagnóstico psiquiátrico (OR 1,43 [1,24-1,65];  $p:6,7E-07$ ).

Los pacientes con diagnóstico psiquiátrico que empiezan el tratamiento también tienen más probabilidades de recaer antes del sexto mes: en la muestra analizada recaen el 42,5% de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico, frente al 33,2% de los que no tienen este diagnóstico (OR 1,49 [1,24-1,78];  $p:1,1E-05$ ). Este efecto (aquellos pacientes que, habiendo empezado, recaen antes del sexto mes) se aprecia mejor en la figura 16, en la que aparecen representados únicamente los pacientes que consiguen estar, al menos, un día abstinentes.



**Figura 16**

*Evolución del porcentaje de abstinentes en función de la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico (en pacientes que llegan al día D abstinentes)*

Consecuentemente, como se aprecia en la figura 15 y en la tabla 6, el porcentaje de abstinentes al sexto mes de tratamiento es menor en el caso de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico: 34,5% en comparación con el 45,6% en pacientes sin diagnóstico (OR 1,59 [1,38-1,83];  $p:1,1E-10$ ).

Sin embargo no se aprecian diferencias en la tasa de recaídas entre pacientes con o sin diagnóstico psiquiátrico en el período de tiempo que va del séptimo mes hasta el año: mientras recaen el 18,8% de los que no tienen diagnóstico psiquiátrico, la tasa de recaída en aquellos que sí poseen un diagnóstico psiquiátrico es del 21,4% (OR 1,18;  $p:2,5E-01$ ).

**Tabla 6**

*Evolución de la tasa de abstinencia a lo largo del tratamiento, en función de la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico*

	<b>Sin diagnóstico psiquiátrico N=2344 (porcentaje±DT)</b>	<b>Con diagnóstico psiquiátrico N=1273 (porcentaje±DT)</b>	<b>Sig.</b>
<b>Día D</b>	68,17%±46,59	59,94%±49,02	<b>9,7E-07</b>
<b>1 mes</b>	61,56%±48,66	50,00%±50,02	<b>3,0E-11</b>
<b>2 meses</b>	56,78%±49,55	44,54%±49,72	<b>2,0E-12</b>
<b>3 meses</b>	51,83%±49,98	41,06%±49,21	<b>5,5E-10</b>
<b>4 meses</b>	48,77%±50,00	38,61%±48,70	<b>3,7E-09</b>
<b>5 meses</b>	47,01%±49,92	36,08%±48,04	<b>1,6E-10</b>
<b>6 meses</b>	45,56%±49,81	34,49%±47,55	<b>5,6E-11</b>
<b>12 meses</b>	36,99%±48,29	27,10%±44,47	<b>6,7E-10</b>

**Tabla 7**

*Tasas de abstinencia y porcentajes de recaída en diferentes momentos del tratamiento en función de la presencia o ausencia de un diagnóstico de patología psiquiátrica*

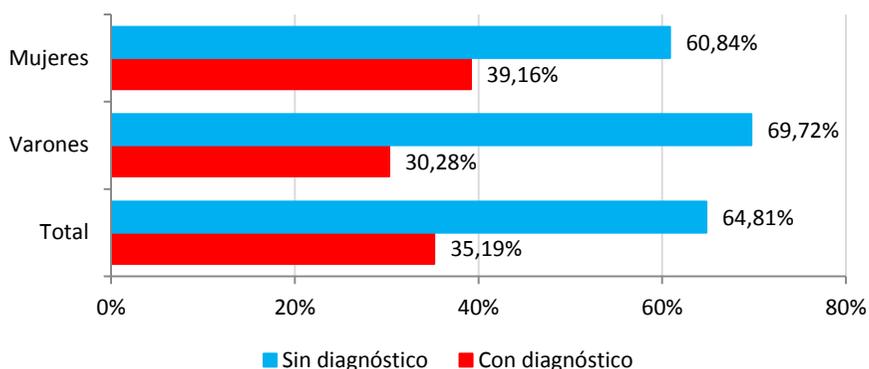
	<b>Sin diagnóstico psiquiátrico (porcentaje±DT)</b>	<b>Con diagnóstico psiquiátrico (porcentaje±DT)</b>	<b>Sig.</b>
<b>Abstinentes el día D</b>	68,17%±46,59	59,94%±49,02	<b>9,7E-07</b>
<i>Recaen entre el día siguiente al día D y el sexto mes (de los que han conseguido estar abstinentes, al menos, un día)</i>	66,83%±47,10	57,54%±49,46	<b>1,5E-05</b>
<b>Abstinentes al sexto mes</b>	45,56%±49,81	34,49%±47,55	<b>5,6E-11</b>
<i>Recaen entre el séptimo mes y el año (de los que han llegado al sexto mes abstinentes)</i>	81,18%±39,11	78,59%±41,07	2,6E-01
<b>Abstinentes a los 12 meses</b>	36,99%±48,29	27,10%±44,47	<b>6,7E-10</b>

En cualquier caso, el hecho de que tanto el porcentaje de pacientes con diagnóstico psiquiátrico que empiezan el tratamiento como el de los que recaen antes del sexto mes son superiores al de aquellos que no poseen un diagnóstico psiquiátrico, hace que la tasa de abstinencia al año sea significativamente menor en los psiquiátricos: 27,1% frente a 36,9% (OR 1,58 [1,36-1,84]; p: 1,8E-09), tal y como se puede observar en la tabla 7. Esta diferencia de 10 puntos porcentuales implica que los pacientes con diagnóstico psiquiátrico consiguen dejar de fumar un 27,2% menos que aquellos que no poseen un diagnóstico psiquiátrico.

#### 4.2.2 Variables demográficas

##### Sexo

En la figura 17 se muestra el porcentaje de varones y mujeres. Tenemos un total de 1615 varones (44,65%), de los cuales 1126 no tienen diagnóstico de patología psiquiátrica (69,72%); y 2002 mujeres (55,35%), de las cuales 1218 no tienen diagnóstico de patología psiquiátrica (60,84%). Así, las mujeres tienen casi un 50% más de probabilidades que los varones de tener algún tipo de diagnóstico psiquiátrico (OR 1,48 [1,29-1,71];  $p:2,7E-08$ ).

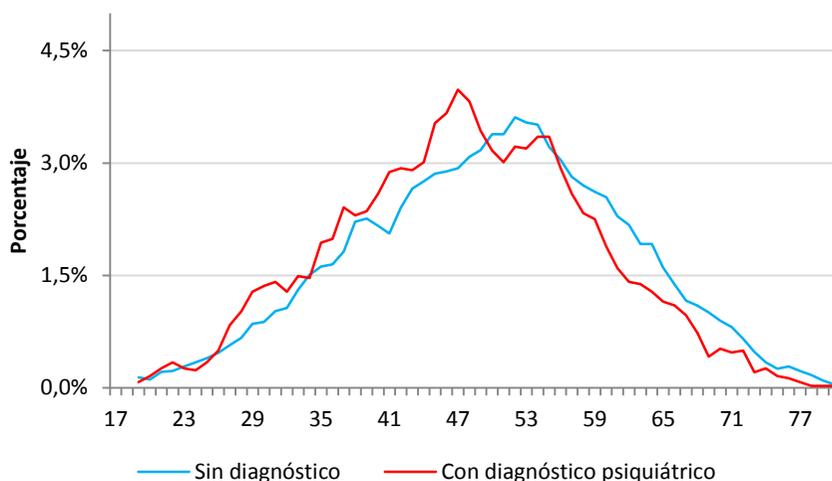


**Figura 17**

*Porcentaje de pacientes con o sin diagnóstico psiquiátrico por sexos y en toda la muestra*

##### Edad

En la figura 18 se representa la distribución por edad de los pacientes en el momento de acceder al tratamiento, en función de si poseen o no un diagnóstico psiquiátrico. Se aprecian dos distribuciones cercanas a la normal, con rangos de edad desde los 17 a los 80 años. La edad media de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico es 2,2 años más baja que los que no tienen diagnóstico:  $46,75 \pm 11,03$  frente a  $48,94 \pm 11,59$  ( $p:3,6E-08$ ).



**Figura 18**  
Distribución por edad y diagnóstico psiquiátrico de los pacientes

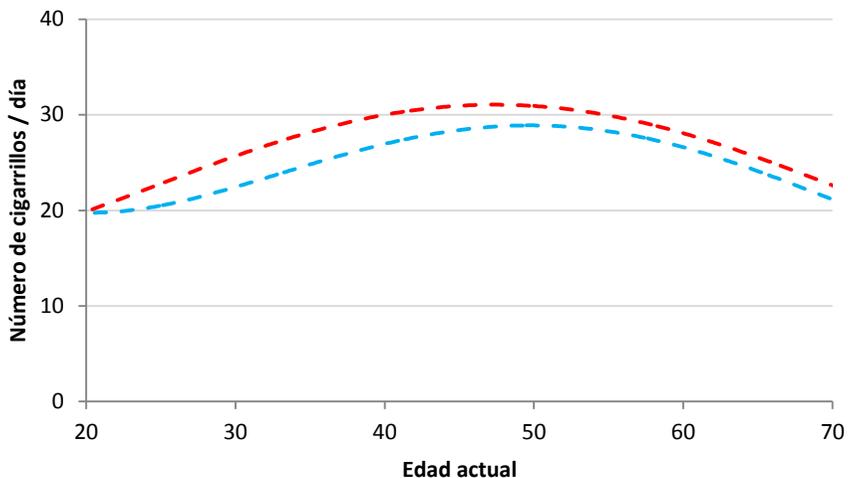
### 4.2.3 Consumo de tabaco

#### Cantidad de tabaco fumada diariamente

Los pacientes con diagnóstico psiquiátrico fuman por término medio 2,41 cigarrillos más al día que aquellos sin diagnóstico. En la tabla 8 se aprecia que cuando se divide a la población por sexos estas diferencias aumentan: 2,57 cigarrillos más al día en mujeres y 3,07 en el caso de los varones. En las figuras 19 y 20 se aprecia este efecto.

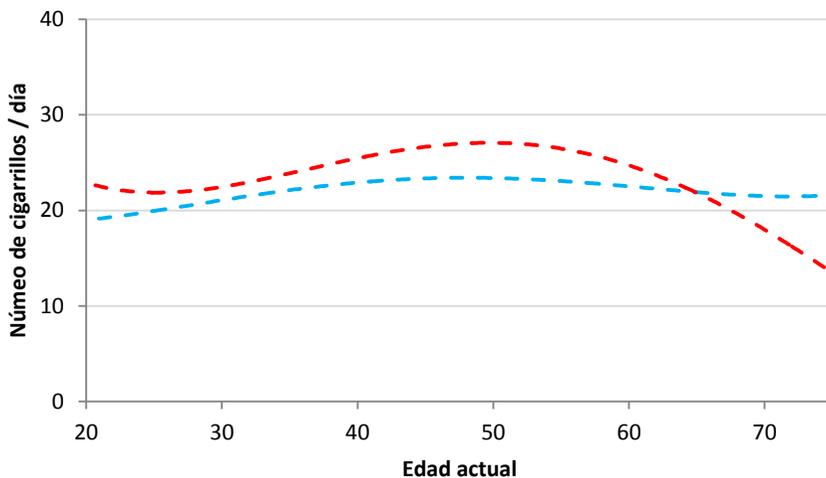
**Tabla 8**  
Media de cigarrillos diarios fumados en función del sexo y la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico

	Sin diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Con diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Sig.
<b>Total</b>	24,46±11,45	26,87±12,51	<b>1,4E-08</b>
<b>Mujeres</b>	22,67±9,78	25,24±11,33	<b>1,8E-07</b>
<b>Varones</b>	26,39±12,74	29,46±13,81	<b>1,5E-05</b>



**Figura 19**

*Líneas de tendencia del número de cigarrillos fumados diariamente según la edad y la presencia o ausencia de un diagnóstico de patología psiquiátrica (varones)*

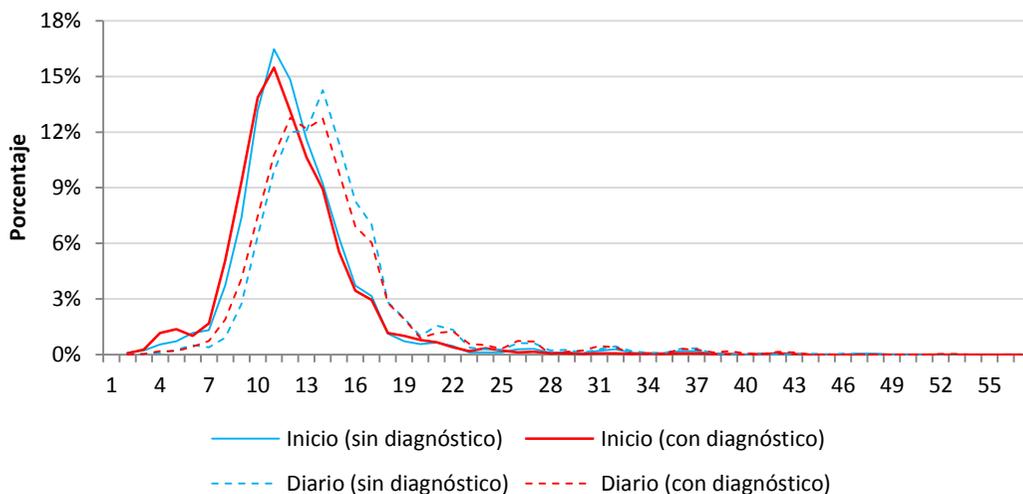


**Figura 20**

*Líneas de tendencia del número de cigarrillos fumados diariamente según la edad y la presencia o ausencia de un diagnóstico de patología psiquiátrica (mujeres)*

### Edad de inicio y consolidación del consumo de tabaco

En la figura 21 se aprecia cómo ambos grupos de pacientes consolidan el consumo diario aproximadamente 2 años después de haber iniciado su consumo.



**Figura 21**

*Distribución de las edades de inicio y consolidación del consumo en función de la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico*

En la tabla 9 se aprecia cómo los pacientes con diagnóstico psiquiátrico inician la experimentación con el tabaco 5 meses antes que aquellos sin diagnóstico. Sin embargo, la diferencia en la edad de consolidación del consumo diario (3 meses) no alcanza la significación mínima habitualmente aceptada. Si se divide la muestra por sexos se aprecia cómo los varones con diagnóstico psiquiátrico empiezan a experimentar con el tabaco 7 meses antes y consolidan su consumo diario 7,5 meses antes con respecto a aquellos sin diagnóstico psiquiátrico. En el caso de las mujeres se aprecian diferencias estadísticamente significativas en el caso de la edad de inicio de la experimentación (6 meses antes para las que tienen un diagnóstico psiquiátrico). Sin embargo en la edad de consolidación del consumo diario no se aprecian diferencias estadísticamente significativas (ya que la diferencia es de tan solo 3 meses antes para quienes poseen diagnóstico psiquiátrico).

**Tabla 9**

*Edades medias de inicio y consolidación del consumo en función del sexo y la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico*

		Sin diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Con diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Sig.
<b>Total</b>	<b>Inicio</b>	16,02±4,30	15,59±3,98	<b>3,6E-03</b>
	<b>Consumo diario</b>	18,10±4,85	17,84±5,08	1,3E-01
<b>Mujeres</b>	<b>Inicio</b>	16,57±4,72	16,06±4,13	<b>1,3E-02</b>
	<b>Consumo diario</b>	18,74±5,49	18,49±5,48	3,2E-01
<b>Varones</b>	<b>Inicio</b>	15,42±3,71	14,85±3,61	<b>4,1E-03</b>
	<b>Consumo diario</b>	17,41±3,94	16,79±4,14	<b>4,4E-03</b>

#### **4.2.4 Variables relacionadas con la disposición o motivación para dejar de fumar Dificultad, posibilidad y apoyo referidos**

En una escala de 0 a 10 los pacientes con diagnóstico psiquiátrico refieren mayor dificultad para dejar de fumar (0,2 puntos de diferencia;  $p:1,8E-03$ ), menor posibilidad de estar sin fumar durante un año (0,4 puntos de diferencia;  $p:3,3E-05$ ) y refieren menos apoyo (0,6 puntos de diferencia;  $p:2,5E-08$ ). De hecho, los pacientes con diagnóstico psiquiátrico tienen un 77,2% más de probabilidades de referir un apoyo menor de 5 (OR 1,77 [1,44-2,18];  $p:4,1E-08$ ).

#### **Disposición a dejarlo**

No se observan diferencias en el porcentaje de pacientes que, el día que se los ve por primera vez en UDESTA, refieren estar dispuestos a dejar de fumar en los siguientes seis meses: solo el 0,77% de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico y el 1,34% de los que sí poseen un diagnóstico psiquiátrico refieren que no piensan hacerlo ( $p:1,2E-01$ ).

Cuando el plazo de tiempo se refiere al mes siguiente, el porcentaje de pacientes no dispuestos a dejar de fumar es significativamente diferente: 3,5% en el caso de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico, frente al 6,3% de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico (OR 1,87 [1,36-2,58];  $p:8,2E-05$ ).

Por último, el 5,5% de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico y el 11,2% de aquellos con diagnóstico psiquiátrico refirieron en esta primera visita no estar dispuestos a fijar un día D para dejar de fumar (OR 2,14 [1,66-2,75]; p:1,0E-09).

### **Intentos previos de abandono**

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las tres variables que miden aspectos relacionados con los intentos previos. De este modo:

1. El número de intentos previos realizados (sobre un máximo de 12) es similar en ambas poblaciones:  $2,66 \pm 2,53$  en pacientes sin diagnóstico psiquiátrico en comparación con  $2,64 \pm 2,56$  en el caso de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico (p:8,1E-01).
2. Tampoco se observan diferencias en el número máximo de días de abstinencia alcanzados en el intento previo más duradero (sobre un máximo de 365 días):  $126,0 \pm 144,87$  en los pacientes sin diagnóstico y  $123,9 \pm 144,45$  en el caso de aquellos con diagnóstico psiquiátrico (p:6,7E-01).
3. El tiempo transcurrido desde el último intento (expresado en meses, y para un máximo de 10 años) es, aproximadamente, de 2 años y medio en ambos casos:  $30,0 \pm 36,91$  meses para los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico y  $31,7 \pm 38,58$  meses para aquellos que poseen algún tipo de diagnóstico psiquiátrico (p:1,8E-01).

### **4.2.5 Dependencia**

#### **Criterios diagnósticos de dependencia a la nicotina del DSMIV-TR**

En la tabla 10 se aprecia cómo los pacientes con diagnóstico psiquiátrico puntúan significativamente más alto en 4 de las 7 preguntas relativas a los criterios diagnósticos de dependencia a la nicotina según el DSMIV-TR. La puntuación media total es también superior (un 7,3%) en el caso de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico: 4,39 frente a 4,09.

**Tabla 10**

*Puntuaciones medias en las preguntas de cada una de las preguntas relativas a los criterios diagnósticos de dependencia DSMIV-TR*

	Sin diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Con diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Sig.
<b>Pregunta 1</b>	0,19±0,39	0,26±0,44	<b>8,4E-07</b>
<b>Pregunta 2</b>	0,37±0,48	0,44±0,50	<b>2,0E-05</b>
<b>Pregunta 3</b>	0,94±0,24	0,94±0,23	7,3E-01
<b>Pregunta 4</b>	0,80±0,40	0,81±0,39	6,1E-01
<b>Pregunta 5</b>	0,60±0,49	0,69±0,46	<b>4,8E-08</b>
<b>Pregunta 6</b>	0,27±0,45	0,32±0,47	<b>3,1E-03</b>
<b>Pregunta 7</b>	0,93±0,26	0,93±0,25	4,1E-01
<b>Puntuación total</b>	4,09±1,28	4,39±1,31	<b>3,2E-11</b>

### Test de dependencia a la nicotina de Fagerström (FTND)

En esta escala, como se puede observar en la tabla 11 se observan diferencias significativas en todas las preguntas. Y en todos los casos las puntuaciones más altas son para aquellos pacientes que poseen un diagnóstico psiquiátrico.

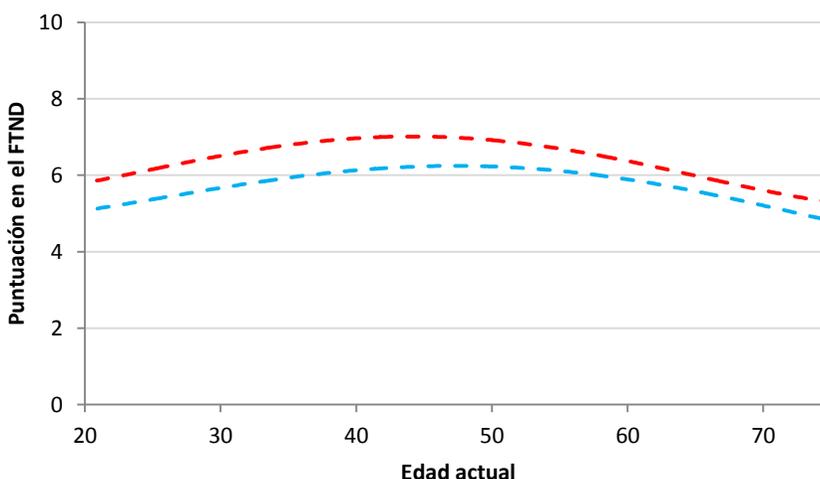
La puntuación media total es un 12,7% superior en el caso de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico: 6,74 frente a 5,98 para los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico, en una escala de 0 a 10 ( $p:1,1E-20$ ). Si se establece un punto de corte para una puntuación por encima de 7, un paciente con diagnóstico psiquiátrico tiene un 80% más de probabilidades de estar por encima del mismo (OR 1,81 [1,57-2,09];  $p:2,2E-16$ ).

En relación con la pregunta 2, que hace referencia al tiempo que tardan en fumar el primer cigarrillo del día desde que se levantan, los pacientes con diagnóstico psiquiátrico tienen más de un 70% de probabilidades de referir que lo hacen antes de los 5 primeros minutos (OR 1,75 [1,52-2,01];  $p:1,5E-15$ ).

En la figura 22 se aprecia cómo, a todas las edades, la puntuación en el FTND es superior en los pacientes con diagnóstico psiquiátricos.

**Tabla 11**  
Puntuaciones medias en cada pregunta y en la escala total del FTND

	Sin diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Con diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Sig.
Pregunta 1	1,60± 0,92	1,79± 0,92	5,7E-09
Pregunta 2	2,13± 0,88	2,38± 0,78	5,3E-17
Pregunta 3	0,69± 0,46	0,76± 0,43	6,9E-06
Pregunta 4	0,33± 0,47	0,42± 0,49	3,3E-07
Pregunta 5	0,50± 0,50	0,62± 0,49	3,0E-11
Pregunta 6	0,73± 0,44	0,78± 0,41	4,3E-04
Puntuación total	5,98± 2,35	6,74± 2,25	1,1E-20



**Figura 22**  
Línea de tendencia de puntuaciones totales en el FTND según la edad y la presencia o ausencia de un diagnóstico de patología psiquiátrica

### Factoriales relativos a la dependencia

Los cuatro factoriales, obtenidos a partir de la información recogida con los criterios diagnósticos del DSMIV-TR y el FTND, muestran diferencias estadísticamente significativas en tres de ellos. En la tabla 12 aparecen recogidas sus puntuaciones medias.

El factorial “Adicción 1”, que se asemeja bastante al FTND (incluye todo el test excepto la pregunta 4 y añade la pregunta 5 del DSMIV-TR), es altamente significativo, y la puntuación

media de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico es un 12,1% superior a la de aquellos sin diagnóstico.

El factorial “Adicción 4”, que mide tolerancia y sintomatología de abstinencia, es también significativo: la media de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico es de 0,55, frente a 0,70 en el caso de aquellos con diagnóstico psiquiátrico (sobre 2 puntos). Esto supone un incremento del 26,4%.

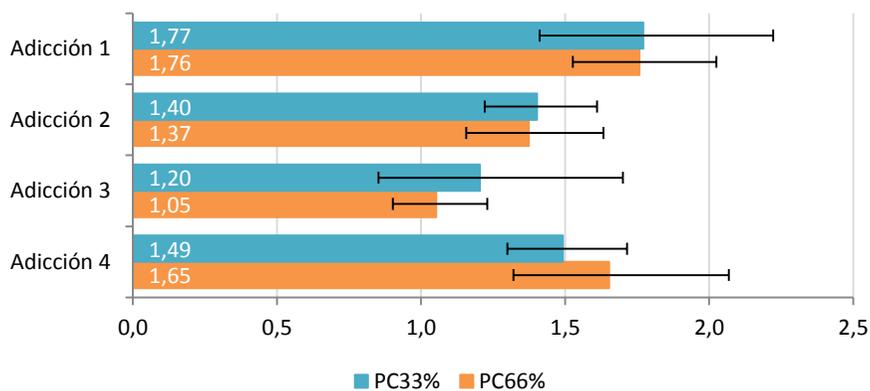
**Tabla 12**

*Puntuaciones medias en los factoriales de adicción en función de la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico*

	Sin diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Con diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Sig.
<b>Adicción 1</b> (punt. 0-10)	6,25±2,43	7,01±2,28	<b>1,6E-20</b>
<b>Adicción 2</b> (punt. 0-2)	0,60±0,76	0,74±0,80	<b>9,9E-07</b>
<b>Adicción 3</b> (punt. 0-3)	2,67±0,58	2,69±0,56	3,6E-01
<b>Adicción 4</b> (punt. 0-2)	0,55±0,64	0,70±0,68	<b>4,1E-10</b>

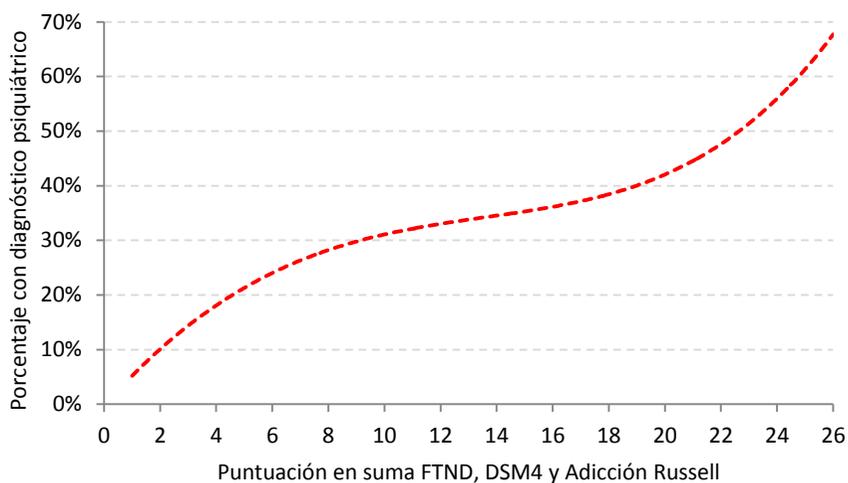
En la figura 23 aparecen representadas las OR (de pacientes con diagnóstico psiquiátrico frente a aquellos sin él) de puntuar por encima de los dos puntos de corte establecidos (un tercio y dos tercios de la puntuación total de cada factorial). Se aprecia cómo los pacientes con diagnóstico psiquiátrico tienen una mayor probabilidad de puntuar más alto (las diferencias en el factorial 3 no son significativas). Destaca la mayor probabilidad de puntuar por encima de ambos puntos de corte en el caso del factorial “Adicción 1” (cercano al 80%).

En la figura 24 aparece representada la línea de tendencia de presentar un diagnóstico psiquiátrico en función de la suma de las puntuaciones en tres test de dependencia (FTND, criterios DSMIV-TR y componente de adicción del test de Russell). Se aprecia claramente un incremento de la probabilidad de tener un diagnóstico psiquiátrico directamente proporcional a la puntuación total en las 3 escalas mencionadas. Si la puntuación total es inferior a cinco, la probabilidad de tener un diagnóstico psiquiátrico es inferior al 20%; sin embargo, si la puntuación es superior a 22, la probabilidad es mayor del 50%.



**Figura 23**

OR de puntuar por encima de los dos puntos de corte establecidos en los factoriales de adicción (pacientes con diagnóstico psiquiátrico frente a sin diagnóstico)



**Figura 24**

Líneas de tendencia del porcentaje de pacientes con diagnóstico psiquiátrico en función de la puntuación total en la suma de 3 escalas de dependencia (FTND, criterios DSMIV-TR y componente de adicción del test de Russell)

#### 4.2.6 Valoración funcional del consumo de tabaco

##### Preguntas y componentes del test de Russell

Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en 18 de las 24 preguntas de este test.

La mayor significación se encuentra en la pregunta 12, “*Cuando me siento infeliz fumo más*”, que es más elevada en el caso de los pacientes psiquiátricos:  $2,18 \pm 1,07$  frente a  $1,85 \pm 1,16$  ( $p: 7,7E-17$ ). Los pacientes con diagnóstico psiquiátrico tienen además más probabilidades de referir que esto les sucede “*bastantes o muchas veces*”, esto es, de puntuar por encima de 1 (OR 1,73 [1,48-2,02];  $p: 1,8E-12$ ).

En la tabla 13 se puede apreciar cómo la puntuación media de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico es superior en todos los componentes del test, y esta diferencia alcanza la significación habitual en 6 de ellos (no apreciándose diferencias en las puntuaciones medias del componente relativo a indulgencia).

El mayor incremento porcentual de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico se observa en el componente de imagen corporal, con un 19,6%.

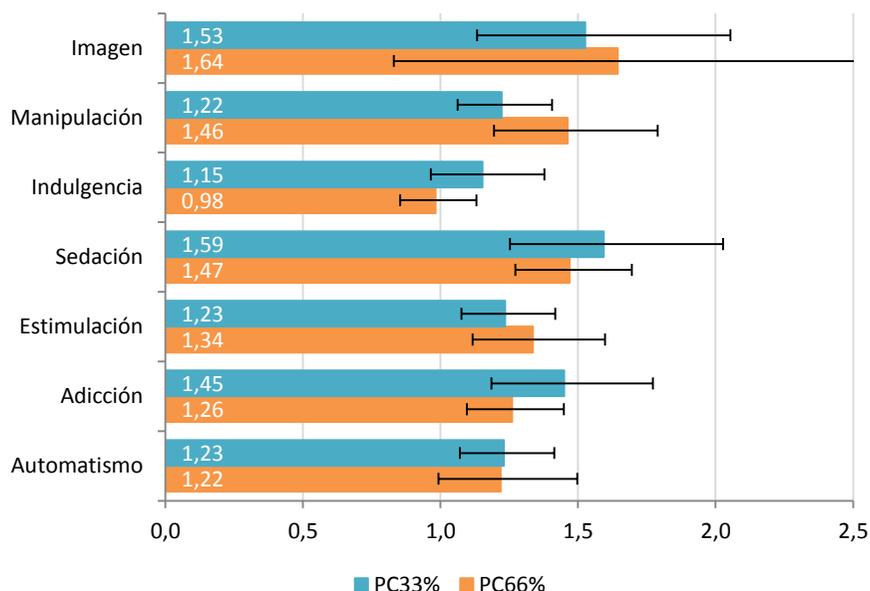
**Tabla 13**

*Puntuaciones medias en los distintos componentes del test de Russell en función de la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico*

	Sin diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Con diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Sig.
<b>Imagen corporal</b> (punt. 0-9)	0,51±1,28	0,65±1,52	<b>7,0E-03</b>
<b>Manipulación</b> (punt. 0-9)	3,00±2,59	3,44±2,70	<b>3,1E-06</b>
<b>Indulgencia</b> (punt. 0-9)	5,69±2,33	5,77±2,37	3,5E-01
<b>Sedación</b> (punt. 0-9)	6,63±2,30	7,15±2,10	<b>9,3E-12</b>
<b>Estimulación</b> (punt. 0-9)	3,61±2,68	3,98±2,77	<b>9,4E-05</b>
<b>Adicción</b> (punt. 0-9)	5,82±2,25	6,17±2,13	<b>3,0E-06</b>
<b>Automatismo</b> (punt. 0-9)	3,31±2,47	3,59±2,60	<b>1,4E-03</b>

La figura 25 refleja las OR de pacientes con diagnóstico psiquiátrico de puntuar por encima del primer y segundo tercio de la puntuación total de cada uno de los componentes del test de Russell. Se aprecia cómo, a excepción del componente de indulgencia, todos los demás reflejan una probabilidad significativamente más alta de obtener una puntuación mayor, en comparación con pacientes sin diagnóstico psiquiátrico; en el componente de imagen la OR de puntuar por encima del 66% no es significativa.

Las diferencias más significativas se observan en el componente de sedación (fumar asociado a estados de ánimo negativos), en el que la probabilidad de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico de puntuar por encima del 33% de la puntuación total se sitúa alrededor del 50% en ambos puntos de corte.



**Figura 25**

*OR de pacientes con diagnóstico psiquiátrico de puntuar por encima de un determinado punto de corte en cada uno de los componentes del test de Russell*

### Preguntas y factoriales de la escala RAM

Se observan diferencias estadísticamente significativas en 15 de las 26 preguntas de esta escala. La diferencia más significativa corresponde a la pregunta 30, “Suelo fumar cuando tomo alguna bebida alcohólica”, que en este caso es superior en los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico:  $1,73 \pm 1,28$  frente a  $1,41 \pm 1,36$  ( $p: 2,3E-12$ ). De hecho, los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico tienen más probabilidades de referir que esto les sucede (esto es, de puntuar 1 o más en una escala de 0 a 3): OR 1,87 [1,96-2,16];  $p: 3,3E-18$ .

En la tabla 14 se puede apreciar cómo la puntuación media de los pacientes con diagnóstico de patología psiquiátrica es superior en 11 de los 13 factoriales (no siendo así en los factoriales 10 y 13) y esta diferencia alcanza también la significación habitual en 11 de los 13 (no apreciándose diferencias en las puntuaciones medias en los factoriales 8 y 11).

**Tabla 14**

Puntuación media en los factoriales de la escala RAM en función de la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico

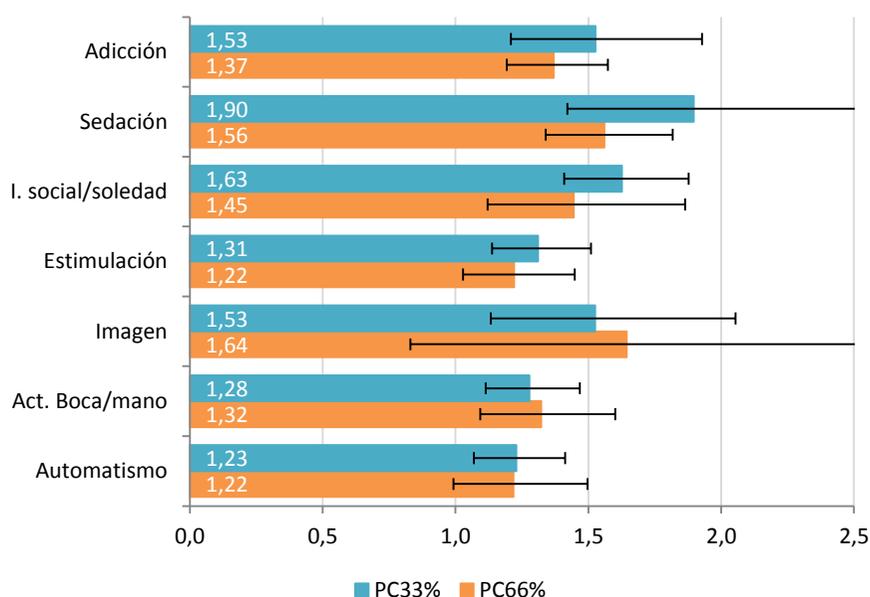
	Sin diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Con diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Sig.
<b>RAM 1 Adicción</b> (punt. 0-30)	19,23±6,78	20,51±6,47	<b>2,3E-08</b>
<b>RAM 2 Sedación</b> (punt. 0-12)	9,01±2,92	9,69±2,61	<b>9,3E-13</b>
<b>RAM 3 Interacción social y afrontamiento de estados de soledad</b> (punt. 0-15)	4,07±3,47	4,88±3,65	<b>6,9E-11</b>
<b>RAM 4 Estimulación</b> (punt. 0-15)	6,47±4,04	6,99±4,10	<b>2,2E-04</b>
<b>RAM 5 Imagen</b> (punt. 0-9)	0,51±1,28	0,65±1,52	<b>7,0E-03</b>
<b>RAM 6 Actividad boca/mano</b> (punt. 0-12)	4,48±3,21	4,95±3,35	<b>6,3E-05</b>
<b>RAM 7 Automatismo</b> (punt. 0-9)	3,31±2,47	3,59±2,60	<b>1,5E-03</b>
<b>RAM 8 Indulgencia</b> (punt. 0-6)	3,94±1,80	3,98±1,85	4,8E-01
<b>RAM 9</b> (punt. 0-9)	5,20±2,56	5,37±2,48	<b>4,8E-02</b>
<b>RAM 10</b> (punt. 0-12)	5,98±2,76	5,67±2,81	<b>1,4E-03</b>
<b>RAM 11 Peso</b> (punt. 0-6)	1,40±1,90	1,48±1,96	2,2E-01
<b>RAM 12</b> (punt. 0-9)	1,35±1,73	1,51±1,80	<b>1,3E-02</b>
<b>RAM 13</b> (punt. 0-6)	4,94±1,47	4,80±1,57	<b>1,3E-02</b>

De los factoriales en los que la puntuación media es superior en el caso de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico destacan:

1. El factorial de sedación (que añade una pregunta al componente de sedación del test de Russell), en el que se observa un incremento del 7,5% en la puntuación media de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico: 9,69 frente a 9,01.
2. El factorial relativo a aspectos de interacción social y afrontamiento de estados de soledad, en el que se aprecia un incremento del 19,9% en la puntuación media de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico: 4,88 frente a 4,07.
3. El factorial de imagen, en el que se observa un incremento del 27,5% en la puntuación media de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico.
4. El factorial que valora la importancia de la actividad boca/mano, en el que se observa un incremento del 10,5% en la puntuación media de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico.

Por otro lado, los factoriales en los que la puntuación media es superior en el caso de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico serían, por un lado, el factorial de peso, en el que se ve un incremento del 5,5% en la puntuación media de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico; y, por otro lado, el factorial F13 RAM (“Después de las comidas es cuando más me gusta fumar” y “Normalmente fumo cuando tomo café”), en el que se observa un incremento del 2,9% en la puntuación media.

La figuras 26 y 27, que representan una vez más la OR de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico de puntuar por encima del primer o segundo tercio de la puntuación total de cada factorial, muestran cómo las probabilidades son especialmente altas en el caso de los componentes de sedación e imagen.



**Figura 26**

OR de pacientes con diagnóstico psiquiátrico de puntuar por encima de un determinado punto de corte en cada uno de los factoriales del test RAM

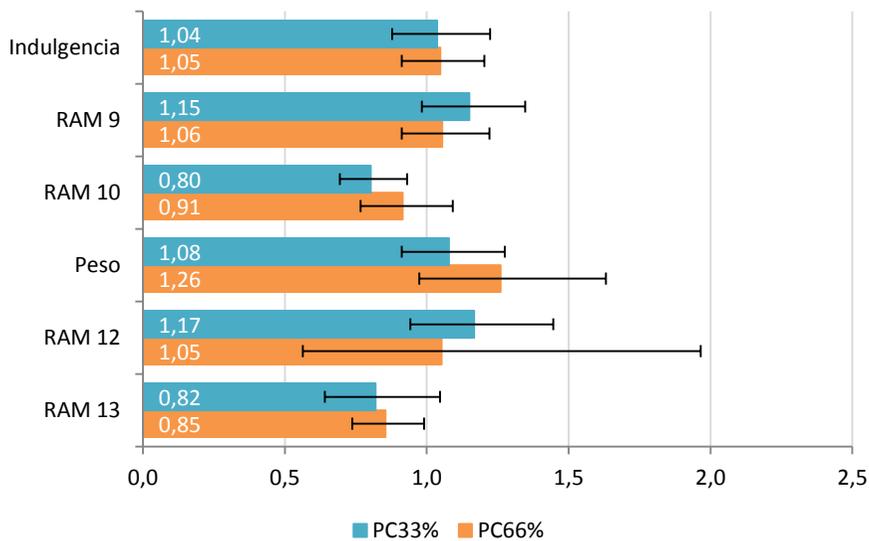
**Figura 27**

Figura 27. OR de pacientes con diagnóstico psiquiátrico de puntuar por encima de un determinado punto de corte en cada uno de los factoriales del test RAM

### Factoriales de autoeficacia

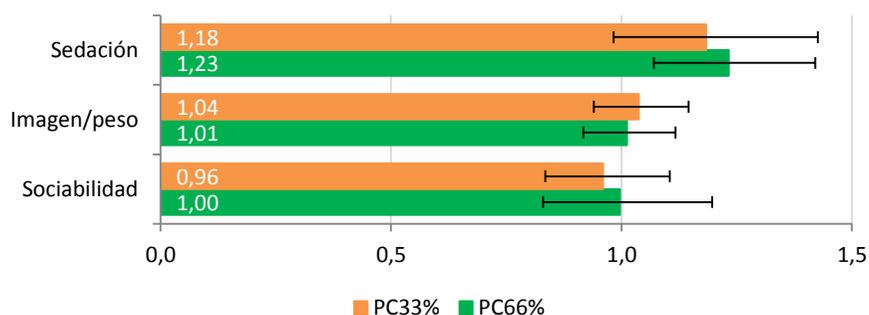
Estos factoriales hacen referencia a la capacidad percibida de resistencia al consumo de tabaco en determinadas situaciones y, en cierto modo, refleja especularmente los resultados de los test de Russell y RAM: cuanto más asociada está una situación al consumo de tabaco, presumiblemente, será menor la capacidad de resistencia. Así, como se refleja en la tabla 15, los pacientes con diagnóstico psiquiátrico tienen puntuaciones medias más bajas en los dos factoriales en los que se encuentran diferencias significativas.

**Tabla 15**

Puntuaciones medias en los factoriales de autoeficacia en función de la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico

	Sin diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Con diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Sig.
Sedación (punt. 0-50)	21,61±12,21	19,73±12,13	<b>1,2E-05</b>
Imagen/peso (punt. 0-50)	46,22±7,07	45,35±8,06	<b>1,5E-03</b>
Sociabilidad (punt. 0-40)	24,68±10,76	24,90±11,09	5,6E-01

En la figura 28, que recoge las OR de pacientes psiquiátricos de puntuar por debajo del 33% y 66% de la puntuación máxima posible en cada uno de los factoriales, se observa la mayor probabilidad de éstos de puntuar por debajo de 33 de 50 puntos (66% del total) en el factorial de sedación.



**Figura 28**

*OR de pacientes con diagnóstico psiquiátrico de puntuar por encima de un determinado punto de corte en cada uno de los factoriales de autoeficacia*

#### 4.2.7 Variables relacionadas con el estado de ánimo del paciente en el momento de la evaluación

##### Sintomatología depresiva (Subescala de depresión del test de Goldberg)

Como se aprecia en la tabla 16, existen diferencias significativas en todas las preguntas, y las puntuaciones medias más elevadas son en todos los casos las de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico.

En el caso de las cuatro primeras preguntas (utilizadas como herramienta de cribado inicial), los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico tienen una puntuación media de 1,19, frente a 1,72 en el caso de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico. Se trata de un incremento del 44,8%. Se observa la misma tendencia en la puntuación total de la escala: 2,50 puntos de media en el caso de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico frente a 3,51 en el caso de aquellos que sí poseen un diagnóstico psiquiátrico (lo que supone un incremento del 40,6%).

De este modo los pacientes con diagnóstico psiquiátrico tienen más probabilidades de puntuar alto, tanto si nos referimos a las preguntas de cribado inicial como a la subescala completa. En el caso de las cuatro primeras preguntas la probabilidad casi el doble (OR es de 1,94 [1,67-2,26];  $p:8,7E-19$ ) si el límite se establece en responder positivamente a alguna de las 4 preguntas; y algo más del doble (OR 2,09 [1,78-2,44];  $p:1,4e-20$ ) si el límite se pone en

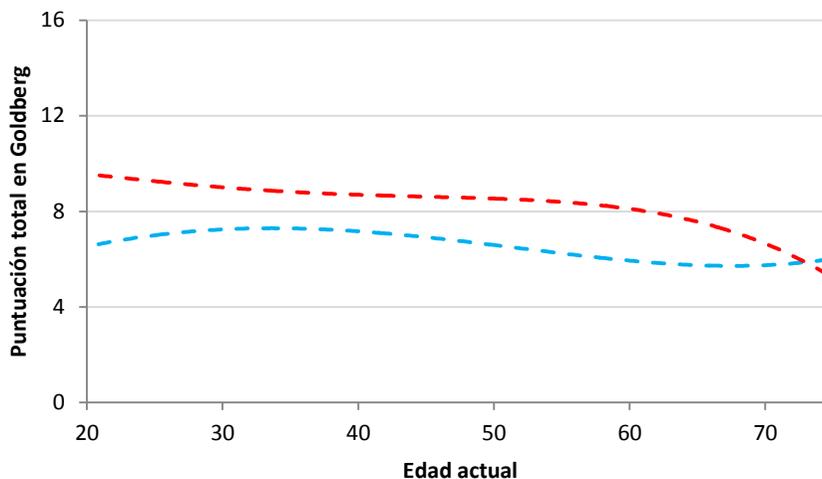
responder positivamente a, al menos, 3 de las 4 preguntas. Y en el caso de la subescala completa, si se establece un límite en responder positivamente a 3 o más de las 9 preguntas, la probabilidad es también más de un 100% mayor (OR 2,14 [1,66-2,46]; p:3,8E-27).

En la figura 29 se aprecia cómo los pacientes con diagnóstico psiquiátrico tienen puntuaciones superiores en la escala completa de Goldberg (que suma las puntuaciones de las subescalas de depresión y ansiedad) a todas las edades por encima de aquellos pacientes sin diagnóstico.

**Tabla 16**

*Porcentaje de pacientes que responden afirmativamente a cada una de las preguntas de la subescala de depresión; puntuaciones medias de las cuatro primeras preguntas y del total de la subescala en función de la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico*

	Sin diagnóstico psiquiátrico (porcentaje/media±DT)	Con diagnóstico psiquiátrico (porcentaje/media±DT)	Sig.
Pregunta 1	51,43%±49,99	64,41%±47,90	<b>2,6E-14</b>
Pregunta 2	26,46%±44,12	40,55%±49,12	<b>2,6E-17</b>
Pregunta 3	20,15%±40,12	32,44%±46,83	<b>3,9E-15</b>
Pregunta 4	20,53%±40,40	34,25%±47,47	<b>4,9E-18</b>
Pregunta 5	30,09%±45,87	45,12%±49,78	<b>1,0E-18</b>
Pregunta 6	10,97%±31,26	15,51%±36,22	<b>1,7E-04</b>
Pregunta 7	40,85%±49,17	48,27%±49,99	<b>1,9E-05</b>
Pregunta 8	23,94%±42,68	34,41%±47,53	<b>7,2E-11</b>
Pregunta 9	25,61%±43,66	36,54%±48,17	<b>2,2E-11</b>
Puntuación preg. 1-4	<b>1,19±1,33</b>	<b>1,72±1,45</b>	<b>1,3E-26</b>
Puntuación total	<b>2,50±2,38</b>	<b>3,51±2,60</b>	<b>6,0E-30</b>



**Figura 29**

*Líneas de tendencia de la puntuación total de las dos subescalas del Goldberg (depresión + ansiedad), en función de la edad y la presencia o ausencia de diagnóstico de patología psiquiátrica*

### Sintomatología de ansiedad (Subescala de ansiedad del test de Goldberg)

Tal y como se refleja en la tabla 17, al igual que sucede con la sintomatología depresiva, también se observan diferencias significativas en todas las preguntas relativas a sintomatología de ansiedad. Y, una vez más, las puntuaciones medias son siempre más elevadas en el caso de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico.

Si se valoran las cuatro primeras preguntas de la subescala (de cribado inicial), la puntuación media de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico es de 1,89, mientras que la de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico es de 2,36. Esto supone un incremento del 21,4%. De este modo, los pacientes con diagnóstico psiquiátrico tienen mayores probabilidades de puntuar más alto en estas cuatro primeras preguntas: 76% más si el límite se establece en responder positivamente a alguna de las 4 preguntas (OR 1,76 [1,49-2,07];  $p:7,3E-12$ ), y 82% más si el límite se pone en responder positivamente a, al menos, 3 de las 4 preguntas (OR 1,82 [1,58-2,09];  $p:1,6E-17$ ).

Los pacientes con diagnóstico psiquiátrico tienen también más probabilidades de puntuar más alto en el total de preguntas de la subescala completa de ansiedad: si el límite se establece en responder positivamente a 5 o más de las 9 preguntas, la probabilidad es un 90% superior (OR 1,90 [1,65-2,19];  $p:7,3E-20$ ).

**Tabla 17**

Porcentaje de pacientes que responden afirmativamente a cada una de las preguntas de la subescala de ansiedad, puntuaciones medias de las cuatro primeras preguntas y del total de la subescala en función de la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico

	Sin diagnóstico psiquiátrico (porcentaje/media±DT)	Con diagnóstico psiquiátrico (porcentaje/media±DT)	Sig.
Pregunta 1	53,71%±49,87	66,22%±47,31	<b>1,3E-13</b>
Pregunta 2	54,86%±49,77	65,04%±47,70	<b>1,9E-09</b>
Pregunta 3	37,20%±48,34	45,78%±49,84	<b>6,3E-07</b>
Pregunta 4	43,60%±49,60	58,98%±49,21	<b>7,0E-19</b>
Pregunta 5	51,49%±49,99	55,35%±49,73	<b>2,6E-02</b>
Pregunta 6	39,16%±48,82	48,78%±50,00	<b>2,9E-08</b>
Pregunta 7	25,90%±43,82	36,61%±48,19	<b>5,5E-11</b>
Pregunta 8	56,19%±49,63	64,88%±47,75	<b>2,7E-07</b>
Pregunta 9	46,72%±49,90	54,49%±49,82	<b>7,9E-06</b>
Puntuación preg. 1-4	<b>1,89±1,57</b>	<b>2,36±1,54</b>	<b>1,3E-17</b>
Puntuación total	<b>4,09±2,67</b>	<b>4,96±2,70</b>	<b>1,6E-20</b>

### Estrés (Escala de estrés percibido de Cohen, Kamarck y Mermelstein)

Al analizar la sintomatología de estrés presente en el momento de realizar el intento de abandono del consumo de tabaco se repite el patrón observado para el resto de variables relacionadas con el estado de ánimo: los pacientes con diagnóstico psiquiátrico puntúan de manera significativamente más alta en las seis preguntas que reflejan estrés negativo y más bajo en las cuatro que reflejan estrés positivo.

Como se puede observar en la tabla 18, la puntuación media total en el caso de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico es de 15,68, frente a 18,93 en el caso de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico (incremento del 20,7%). De este modo, los pacientes con diagnóstico psiquiátrico tienen mayor probabilidad de puntuar más alto en esta escala de estrés. Si se establece un punto de corte en la mitad de la puntuación total, el incremento de la probabilidad es del 71% (OR 1,71 [1,44-2,03];  $p:4,4E-10$ ). Si el límite se pone en el 75% de la puntuación total alcanzable, la probabilidad sube al 176% (OR 2,76 [1,16-3,53];  $p:3,4E-17$ ).

En las preguntas relativas a estrés negativo los pacientes psiquiátricos obtienen una puntuación media de 12,47, frente a 10,41 en el caso de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico (observándose un incremento del 19,8%). Y en el caso de las preguntas sobre

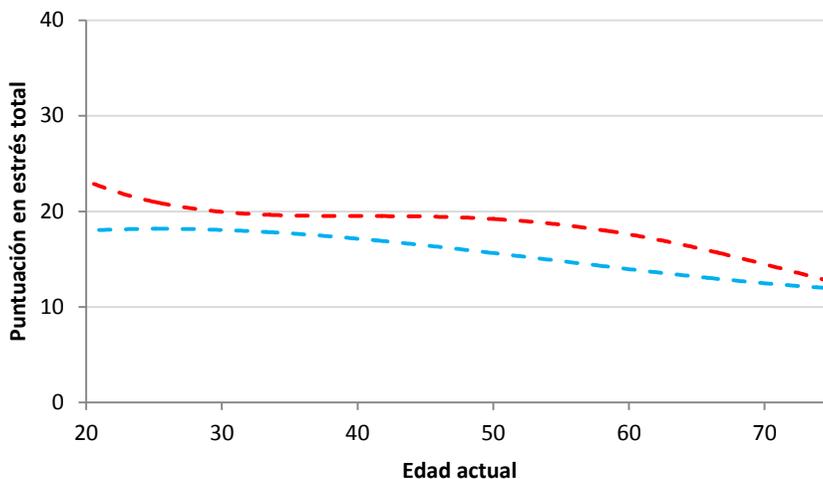
estrés positivo, la puntuación más baja corresponde a los pacientes con diagnóstico psiquiátrico: 9,53, frente al 10,73 de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico (incremento del 12,5%).

**Tabla 18**

*Puntuación media en la escala de estrés en función de la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico*

	Sin diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Con diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Sig.
Pregunta 1 (-)	1,59±1,47	1,99±1,53	<b>4,8E-14</b>
Pregunta 2 (-)	1,22±1,32	1,62±1,43	<b>1,9E-16</b>
Pregunta 3 (-)	2,42±1,35	2,76±1,28	<b>1,1E-13</b>
Pregunta 4 (+)	2,85±1,14	2,57±1,22	<b>2,3E-11</b>
Pregunta 5 (+)	2,62±1,14	2,28±1,21	<b>2,9E-16</b>
Pregunta 6 (-)	1,69±1,33	1,99±1,33	<b>1,8E-10</b>
Pregunta 7 (+)	2,95±1,02	2,70±1,09	<b>1,8E-11</b>
Pregunta 8 (+)	2,31±1,25	1,98±1,32	<b>4,4E-13</b>
Pregunta 9 (-)	2,00±1,31	2,22±1,37	<b>5,3E-06</b>
Pregunta 10 (-)	1,49±1,28	1,89±1,40	<b>1,7E-17</b>
<b>Estrés negativo</b>	<b>10,41±5,62</b>	<b>12,46±5,89</b>	<b>8,2E-24</b>
<b>Estrés positivo</b>	<b>10,72±3,55</b>	<b>9,53±3,71</b>	<b>5,9E-21</b>
<b>Estrés total</b>	<b>15,68±7,87</b>	<b>18,93±8,24</b>	<b>1,2E-30</b>

En la figura 30 aparecen representadas las líneas de tendencia de las puntuaciones totales en la escala de estrés. Se aprecia cómo la puntuación de los pacientes con diagnóstico de patología psiquiátrica puntúan, en todos los casos, por encima de aquellos que no poseen un diagnóstico; y que el nivel medio de estrés disminuye con la edad.



**Figura 30**

*Líneas de tendencia de la puntuación de la escala de estrés en función de la edad y la presencia o ausencia de diagnóstico de patología psiquiátrica (pacientes con diagnóstico psiquiátrico representados en rojo)*

### Factoriales relativos al estado de ánimo del paciente en el momento de realizar la evaluación

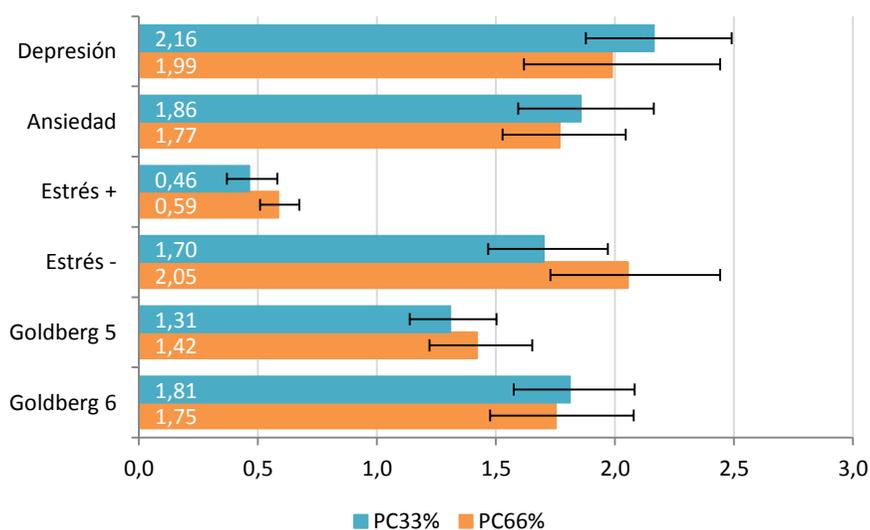
La diferencia de puntuaciones medias entre pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico es, en todos los casos, estadísticamente significativa (tabla 19). En los factoriales 1, 2, 4, 5 y 6, que se refieren a aspectos negativos del estado de ánimo, los pacientes con diagnóstico psiquiátrico puntúan significativamente más alto. Y en el factorial 3, que recoge las preguntas del test de estrés referidas a aspectos positivos del estado de ánimo y la situación actual, los pacientes con diagnóstico psiquiátrico puntúan significativamente más bajo.

En la figura 31 se muestran las OR de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico de puntuar por encima de cada uno de los dos puntos de corte establecidos. Llama la atención el incremento de probabilidad de puntuar más alto en los factoriales de depresión, ansiedad y estrés negativo. Por el contrario, en el caso del factorial de estrés positivo (que hace referencia a un buen estado de ánimo y capacidad de control de sus circunstancias), la OR de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico es significativamente menor.

**Tabla 19**

Puntuación media en los factoriales relativos a estado de ánimo en función de la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico

	Sin diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Con diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Sig.
<b>F1 Depresión</b>	1,98±2,10	2,88±2,30	<b>7,0E-30</b>
<b>F2 Ansiedad</b>	5,91±3,61	7,10±3,58	<b>3,3E-21</b>
<b>F3 Estrés +</b>	10,72±3,55	9,53±3,71	<b>5,9E-21</b>
<b>F4 Estrés -</b>	6,40±3,84	7,72±4,09	<b>7,6E-21</b>
<b>F5 Goldberg</b>	1,39±1,19	1,58±1,22	<b>9,1E-06</b>
<b>F6 Goldberg</b>	1,32±1,09	1,66±1,15	<b>2,4E-17</b>

**Figura 31**

OR de pacientes con diagnóstico psiquiátrico de puntuar por encima de un determinado punto de corte en cada uno de los factoriales de estado de ánimo actual

## Predicción

En la pregunta 3 “Actualmente no tengo muchos problemas en el trabajo”, el porcentaje de pacientes con diagnóstico psiquiátrico que afirman tenerlos es el 27,2%±44,50 frente al 22,2%±41,57 (OR 1,31 [1,11-1,53]; p:8,5E-04).

En la pregunta 4 “*Actualmente no tengo muchos problemas en el plano familiar*”, el porcentaje de pacientes con diagnóstico psiquiátrico que refieren tenerlos es el 28,74±45,27 frente al 20,11%±40,09 (OR 1,60 [1,37-1,88]; p:4,3E-09). Esta pregunta, junto con la anterior, son parte del factorial 3, en el que se observa (tabla 20) una diferencia altamente significativa entre ambos grupos.

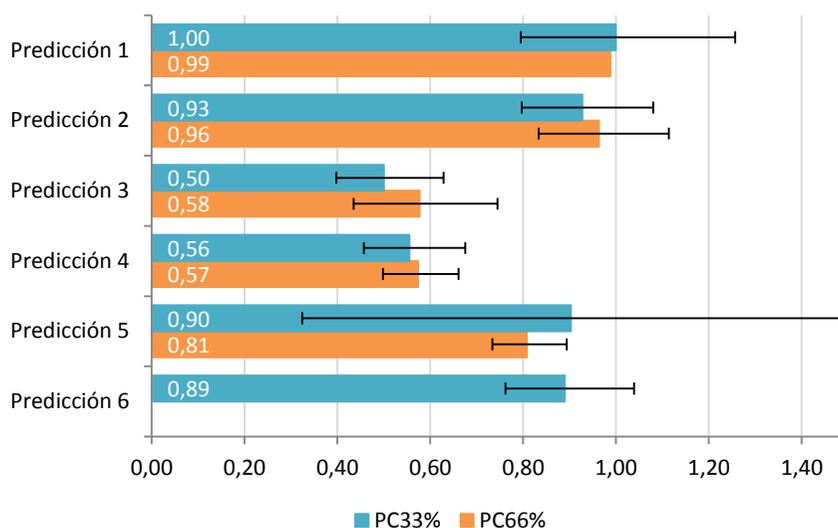
En la pregunta 12 “*Estoy con buena moral actualmente*”, el porcentaje de pacientes con diagnóstico psiquiátrico que responde negativamente a esta pregunta es el 36,8%±96,47 frente al 24,7%±86,30 (OR 1,77 [1,53-2,06]; p:2,5E-14). Esta pregunta es parte del factorial 4, en el que se observa también (tabla 20) una diferencia altamente significativa entre ambos grupos.

**Tabla 20**

*Puntuaciones medias en los factoriales de predicción en función de la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico*

	Sin diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Con diagnóstico psiquiátrico (media±DT)	Sig.
<b>Predicción 1</b> (punt. 0-3)	2,48±0,77	2,47±0,78	8,4E-01
<b>Predicción 2</b> (punt. 0-4)	1,19±1,27	1,16±1,24	5,5E-01
<b>Predicción 3</b> (punt. 0-5)	3,78±1,32	3,35±1,44	<b>3,0E-18</b>
<b>Predicción 4</b> (punt. 0-5)	3,45±1,35	3,02±1,44	<b>1,1E-17</b>
<b>Predicción 5</b> (punt. 0-4)	3,94±0,39	3,93±0,42	3,6E-01
<b>Predicción 6</b> (punt. V/F)	0,58±0,91	0,53±0,88	1,3E-01

En la figura 32, que recoge las OR de pacientes psiquiátricos de puntuar por encima del 33% y 66% de la puntuación máxima posible en cada uno de los factoriales, destacan las de los dos factoriales en los que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas: predicción 3 y 4.



**Figura 32**

*OR de pacientes con diagnóstico psiquiátrico de puntuar por encima de un determinado punto de corte en cada uno de los factoriales de predicción (el factorial de predicción 6 se refiere a una sola pregunta, por lo que la OR compara verdadero vs. falso)*

## Variables relacionadas con el tratamiento

### Formato de tratamiento

No se aprecian diferencias en cuanto a la elección de tratamiento grupal o individual: 16,8% de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico frente a 16,7% de aquellos que si poseen un diagnóstico escogieron el tratamiento en grupo (OR 0,99;  $p:9,0E-01$ ).

### Número de sesiones

Se aprecia una ligera diferencia en el número de sesiones a las que asisten ambos grupos de pacientes:  $4,46 \pm 2,65$  en el caso de pacientes sin diagnóstico psiquiátrico frente a  $4,15 \pm 2,69$  en el caso de quienes sí poseen algún diagnóstico psiquiátrico ( $p:9,3E-04$ ). Esta cifra está sesgada porque incluye a quienes no han logrado ni un solo día de abstinencia (por lo que no asisten al resto de sesiones). Si se realiza un nuevo análisis incluyendo solamente a quienes han logrado estar, al menos, un día abstinentes se observa que no existe diferencia en el número de sesiones entre ambos grupos:  $5,83 \pm 2,00$  en pacientes sin diagnóstico frente a  $5,88 \pm 2,05$  en pacientes con diagnóstico ( $p:5,4E-02$ ). De este modo, los pacientes con

diagnóstico psiquiátrico que empiezan el tratamiento no van a menos sesiones que los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico.

### Fármaco principal

Como se puede apreciar en la tabla 21, los parches han sido el fármaco más prescrito a los pacientes con diagnóstico psiquiátrico (y el bupropión el que menos).

**Tabla 21**

*Distribución de la prescripción de fármacos entre la población de estudio*

	Con diagnóstico psiquiátrico	Sin diagnóstico psiquiátrico	OR OR/IC/Sig.
<b>Parches</b> (n=1364)	38,5%	61,5%	1,22[1,06-1,41]6,3E-03
<b>Bupropion</b> (n=248)	29,9%	70,1%	0,21[0,16-0,28]4,6E-30
<b>Vareniclina</b> (n=1973)	34,4%	65,6%	0,88[0,77-1,02]8,7E-02

### 4.3 Análisis de variables que influyen en la cesación

A continuación se compara a la población psiquiátrica y no psiquiátrica en función de una serie de variables que en el análisis multivariante de la muestra completa de pacientes tratados en UDESTA entre 2006 y 2014 (Martín 2016) se muestran como predictoras de cesación a los 12 meses, y que presentan mayor prevalencia en los pacientes con diagnóstico psiquiátrico. En este análisis mencionado se comprobó que la presencia de un diagnóstico psiquiátrico disminuye un 25,9% las probabilidades de estar abstinentes al año.

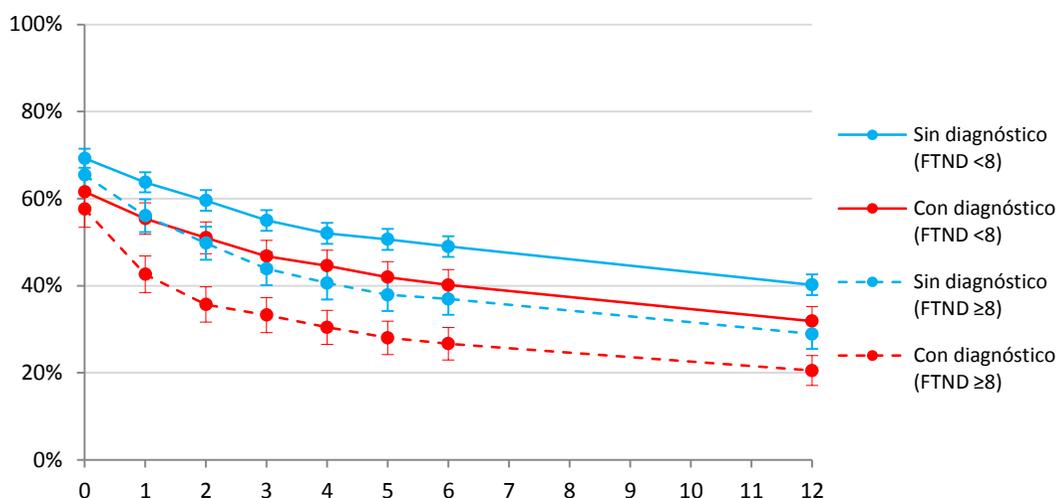
El objetivo de esta comparación es analizar hasta qué punto la menor cesación observada en los pacientes con diagnóstico psiquiátrico se debe a la mayor prevalencia de estas variables.

### Dependencia de la nicotina

La figura 33 muestra la evolución de la tasa de abstinencia en pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico en función de si su dependencia a la nicotina, medida con el FTND, es igual o superior a 8 puntos. Se ha escogido este corte debido a que es el punto en el que se observan las mayores diferencias en las tasas de abstinencia a los 12 meses en el total de la muestra: 36,9% de pacientes con FTND menor de 8 puntos frente a 24,3% de aquellos que puntúan por encima de 7 puntos (OR 1,82 [1,56-2,11]; p:1,3E-14).

Se observa que:

1. Los pacientes con puntuaciones altas tienen peores tasas que aquellos con puntuaciones más bajas.
2. A igualdad de nivel de dependencia, la tasa de abstinencia de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico es significativamente más baja en todo el curso temporal: a los doce meses es el 40% frente a 32% para FTND bajo; y 29% frente a 21% para el FTND alto.
3. Los pacientes con diagnóstico psiquiátrico y FTND bajo se comportan de manera similar a aquellos sin diagnóstico psiquiátrico y FTND alto.



**Figura 33**

*Evolución de la tasa de abstinencia en función de la puntuación en el FTND y la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico*

En la tabla 22 aparecen representadas las OR de estar abstinentes o recaer, en función de la puntuación en el FTND. Se aprecia cómo los pacientes con diagnóstico psiquiátrico:

1. Tienen menores probabilidades de llegar al día D abstinentes en ambos niveles de dependencia (aproximadamente un 30% menos).
2. Entre aquellos que han conseguido estar abstinentes el día D, tienen más probabilidades de recaer antes del sexto mes. En el caso del FTND alto la probabilidad es un 50% mayor.
3. Consecuentemente, tienen menos probabilidades de estar abstinentes al año (casi un 40% menos en el caso del FTND alto).

**Tabla 22**

OR de estar abstinente o recaer, en función de la puntuación en el FNTD (pacientes con diagnóstico psiquiátrico versus sin diagnóstico)

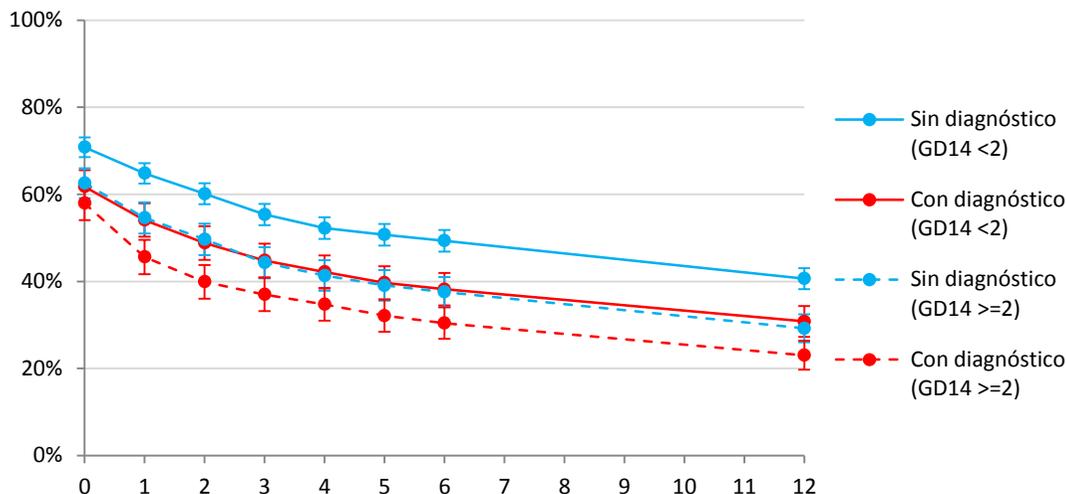
	FTND <8 N=737/1673 OR/IC/Sig.		FTND ≥8 N=536/671 OR/IC/Sig.	
Estar abstinente el día D	<b>0,71</b>	[0,59-0,85]	<b>2,2E-04</b>	<b>0,72</b> [0,57-0,91] <b>5,7E-03</b>
Recaer antes del sexto mes	<b>1,29</b>	[1,02-1,63]	<b>3,0E-02</b>	<b>1,51</b> [1,12-2,03] <b>5,9E-03</b>
Estar abstinente al año	<b>0,70</b>	[0,58-0,84]	<b>2,2E-02</b>	<b>0,63</b> [0,48-0,83] <b>1,8E-02</b>

### Sintomatología depresiva

En la figura 34 se representa la evolución de la tasa de abstinencia en pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico en función de si su nivel de sintomatología depresiva está o no por encima de 1 punto en las 4 primeras preguntas de la subescala de depresión del test de Goldberg (GD14). Una vez más se ha escogido este corte debido a que es el punto en el que se observan las mayores diferencias en las tasas de abstinencia en el total de la muestra: 36,9% de pacientes con GD14 inferior a 2 puntos frente a 25,8% de aquellos que puntúan 2 o más (OR 1,68 [1,46-1,95]; p:1,9E-12).

Se aprecia que:

1. Los pacientes con puntuaciones altas en GD14 tienen peores tasas que aquellos con puntuaciones más bajas.
2. A igualdad de nivel de sintomatología depresiva, la tasa de abstinencia de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico es significativamente más baja en todo el curso temporal: a los doce meses es el 41% frente a 31% para GD14 bajo; y 29% frente a 23% para el GD14 alto.
3. Los pacientes con diagnóstico psiquiátrico y GD14 bajo se comportan de manera similar a aquellos sin diagnóstico psiquiátrico y GD14 alto.



**Figura 34**

Evolución de la tasa de abstinencia en función de la puntuación en GD14 y la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico

En la tabla 23 aparecen representadas las OR de estar abstinentes o recaer, en función de la puntuación en estas cuatro primeras preguntas de la subescala de depresión del test de Goldberg. Se aprecia cómo los pacientes con diagnóstico psiquiátrico:

1. Tienen menores probabilidades de llegar al día D abstinentes en el nivel de GD14 bajo. En el caso del nivel alto la OR no es significativa.
2. Entre aquellos que han conseguido estar abstinentes el día D, tienen más probabilidades de recaer antes del sexto mes.
3. Tienen alrededor de un 30% menos de probabilidades de estar abstinentes al año.

**Tabla 23**

OR de estar abstinentes o recaer, en función de la puntuación en el GD14 (pacientes con diagnóstico psiquiátrico versus sin diagnóstico)

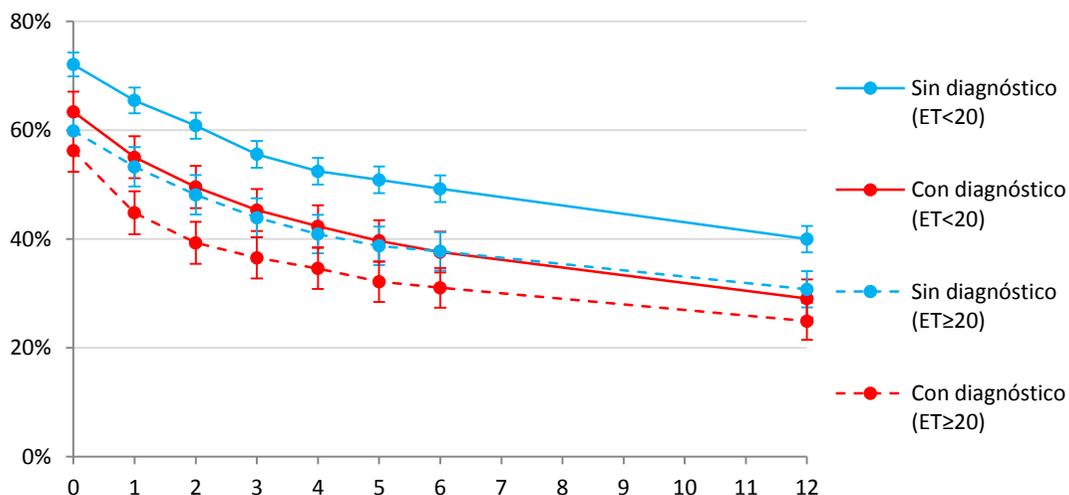
	GD14 <2 N=649/1587 OR/IC/Sig.		GD14 ≥2 N=621/756 OR/IC/Sig.	
Estar abstinentes el día D	0,67	[0,55-0,81] 3,1E-05	0,83	[0,66-1,03] 8,3E-02
Recaer antes del sexto mes	1,42	[1,11-1,80] 4,1E-03	1,36	[1,03-1,80] 2,9E-02
Estar abstinentes al año	0,65	[0,53-0,79] 1,4E-05	0,72	[0,57-0,93] 9,4E-03

## Estrés

La figura 35 muestra la evolución de la tasa de abstinencia en pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico en función de si su nivel de estrés está o no por debajo de 20 puntos en la escala de estrés percibido (en un rango de 0 a 40). En este corte una vez más se aprecian las mayores diferencias en las tasas de abstinencia: 36,0% de pacientes con puntuación inferior a 20 puntos frente a 27,3% de aquellos que puntúan 20 o más (OR 1,50 [1,30-1,73];  $p:3,1E-08$ ).

Se observa lo siguiente:

1. Los pacientes con puntuaciones altas en estrés tienen peores tasas que aquellos con puntuaciones más bajas.
2. A igualdad de nivel de estrés, la tasa de abstinencia de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico es significativamente más baja en todo el curso temporal (excepto en el caso del nivel de estrés alto en el punto correspondiente al día D): a los doce meses es el 40% frente a 29% para estrés bajo; y 31% frente a 25% para el GD14 alto.
3. De nuevo los pacientes con diagnóstico psiquiátrico y estrés bajo se comportan de manera similar a aquellos sin diagnóstico psiquiátrico y nivel de estrés alto.



**Figura 35**

*Evolución de la tasa de abstinencia en función de la puntuación en la escala de estrés y la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico*

En la tabla 24 aparecen representadas las OR de estar abstinentes o recaer, en función de si el nivel de estrés supera o no este corte de 20 puntos en la escala. Se aprecia como los pacientes con diagnóstico psiquiátrico:

1. Tienen menores probabilidades de llegar al día D abstinentes en el nivel de estrés bajo. En el caso del nivel alto la OR no es significativa.
2. Entre aquellos que han conseguido estar abstinentes el día D, tienen más probabilidades de recaer antes del sexto mes (aunque ésta es mayor en el nivel de estrés bajo).
3. Tienen menos probabilidades de estar abstinentes al año.

**Tabla 24**

*OR de estar abstinente o recaer, en función de la puntuación en la escala de estrés (pacientes con diagnóstico psiquiátrico versus sin diagnóstico)*

	ET<20 N=644/1589 OR/IC/Sig.		ET≥20 N=619/745 OR/IC/Sig.	
<b>Estar abstinente el día D</b>	<b>0,67</b> [0,55-0,82]	<b>5,1E-05</b>	<b>0,86</b> [0,69-1,07]	<b>1,7E-01</b>
<b>Recaer antes del sexto mes</b>	<b>1,48</b> [1,17-1,87]	<b>1,0E-03</b>	<b>1,38</b> [1,04-1,85]	<b>2,6E-02</b>
<b>Estar abstinente al año</b>	<b>0,61</b> [0,50-0,75]	<b>1,2E-06</b>	<b>0,75</b> [0,59-0,95]	<b>1,7E-02</b>

### Buena moral

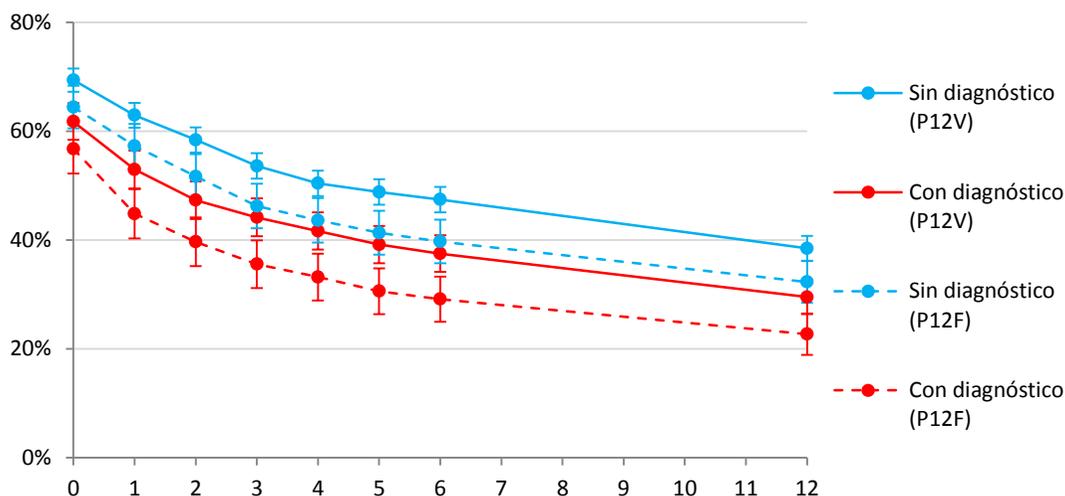
En la figura 36 se representa la evolución de la tasa de abstinencia en pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico en función de si han contestado verdadero o falso a la pregunta 12 de la escala de predicción: “*Actualmente estoy con buena moral*”. En este caso las diferencias en las tasas de abstinencia son: 34,9% de pacientes que responden que la afirmación es cierta frente a un 27,0% de aquellos que refieren lo contrario (OR 1,45 [1,25-1,70]; p:2,3E-06).

Se observa lo siguiente:

1. Los pacientes que afirman que no están con buena moral en la actualidad obtienen las tasas de abstinencia más bajas.
2. A igualdad de nivel de moral actual, la tasa de abstinencia de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico es significativamente más baja en todo el curso temporal (excepto en el día D en quienes dicen que no tienen buena moral en la actualidad): a

los doce meses es el 38% frente a 30% para quienes están con buena moral; y 32% frente a 23% para los que afirman lo contrario.

- De nuevo los pacientes con diagnóstico psiquiátrico y buena moral actual se comportan de manera similar a aquellos sin diagnóstico psiquiátrico y mala moral.



**Figura 36**

*Evolución de la tasa de abstinencia en función de la respuesta a la pregunta 12 de la escala de predicción y la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico*

En la tabla 25 aparecen representadas las OR de estar abstinentes o recaer, en función de si han contestado verdadero o falso a la pregunta sobre si se encuentran con buena moral en el momento actual. Se aprecia como los pacientes con diagnóstico psiquiátrico:

- Tienen aproximadamente un 30% menos de probabilidades de llegar al día D abstinentes con independencia de si consideran que su moral sea buena o mala.
- Entre aquellos que han conseguido estar abstinentes el día D, tienen más probabilidades de recaer antes del sexto mes.
- Tienen menos probabilidades de estar abstinentes al año.

**Tabla 25**

OR de estar abstinerente o recaer, en función de si refieren que están con buena moral (pacientes con diagnóstico psiquiátrico versus sin diagnóstico)

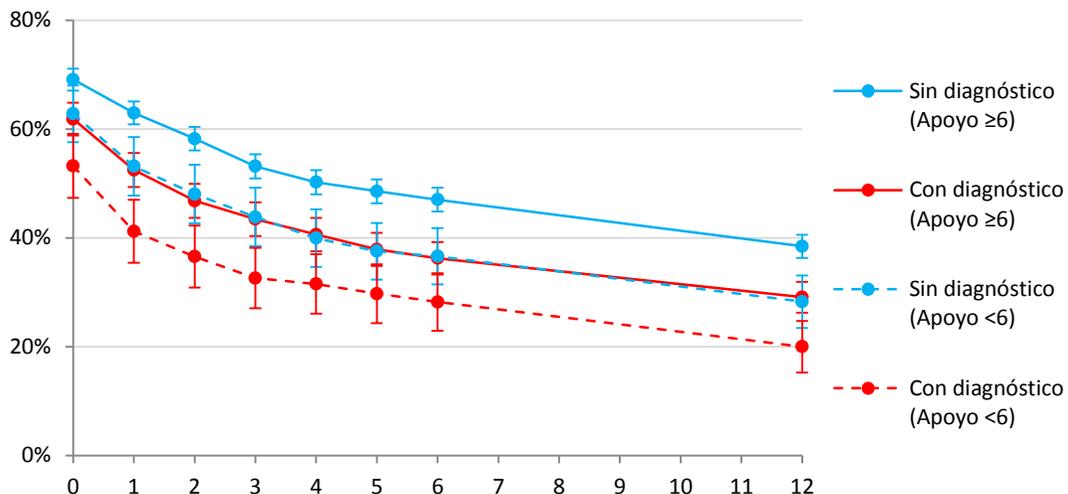
	<b>P12 Verdadero</b> <b>N=803/1763</b> <i>OR/IC/Sig.</i>		<b>P12 Falso</b> <b>N=467/579</b> <i>OR/IC/Sig.</i>	
<b>Estar abstinerente el día D</b>	<b>0,71</b> [0,60-0,85]	<b>1,5E-04</b>	<b>0,72</b> [0,56-0,93]	<b>1,1E-02</b>
<b>Recaer antes del sexto mes</b>	<b>1,40</b> [1,12-1,74]	<b>2,3E-03</b>	<b>1,53</b> [1,11-2,11]	<b>9,2E-03</b>
<b>Estar abstinerente al año</b>	<b>0,67</b> [0,56-0,80]	<b>1,2E-0</b>	<b>0,62</b> [0,46-0,82]	<b>1,1E-02</b>

### Apoyo familiar

En la figura 37 se representa la evolución de la tasa de abstinencia en pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico en función de si han referido que su nivel de apoyo familiar está o no por encima de 5 puntos en una escala de 0 a 10. Las diferencias en las tasas de abstinencia entre quienes están por encima y debajo de este corte son las siguientes: 34,5% de pacientes que responden que la afirmación es cierta frente a un 24,0% de aquellos que refieren lo contrario (OR 1,67 [1,38-2,02]; p:2,2E-07).

Se observa lo siguiente:

1. Los pacientes que afirman que cuentan con poco apoyo familiar (por debajo de 6 puntos) obtienen las tasas de abstinencia más bajas.
2. A igualdad de nivel de moral actual, la tasa de abstinencia de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico es significativamente más baja en todo el curso temporal (excepto en el día D en quienes refieren bajo nivel de apoyo familiar): a los doce meses es el 38% frente a 29% para quienes refieren alto nivel de apoyo familiar; y 28% frente a 20% para los que afirman lo contrario.
3. De nuevo los pacientes con diagnóstico psiquiátrico y buen nivel de apoyo familiar se comportan de manera idéntica a aquellos sin diagnóstico psiquiátrico y bajo nivel de apoyo.

**Figura 37**

Evolución de la tasa de abstinencia en función del apoyo familiar declarado y la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico

En la tabla 26 aparecen representadas las OR de estar abstinentes o recaer, en función del nivel de apoyo familiar referido. Se aprecia cómo los pacientes con diagnóstico psiquiátrico:

1. Tienen aproximadamente un 30% menos de probabilidades de llegar al día D abstinentes con independencia de si consideran que cuentan o no con un buen nivel de apoyo familiar.
2. Entre aquellos que han conseguido estar abstinentes el día D, tienen más probabilidades de recaer antes del sexto mes quienes cuentan con más nivel de apoyo familiar.
3. Tienen menos probabilidades de estar abstinentes al año.

**Tabla 26**

OR de estar abstinente o recaer, en función del apoyo familiar declarado (pacientes con diagnóstico psiquiátrico versus sin diagnóstico)

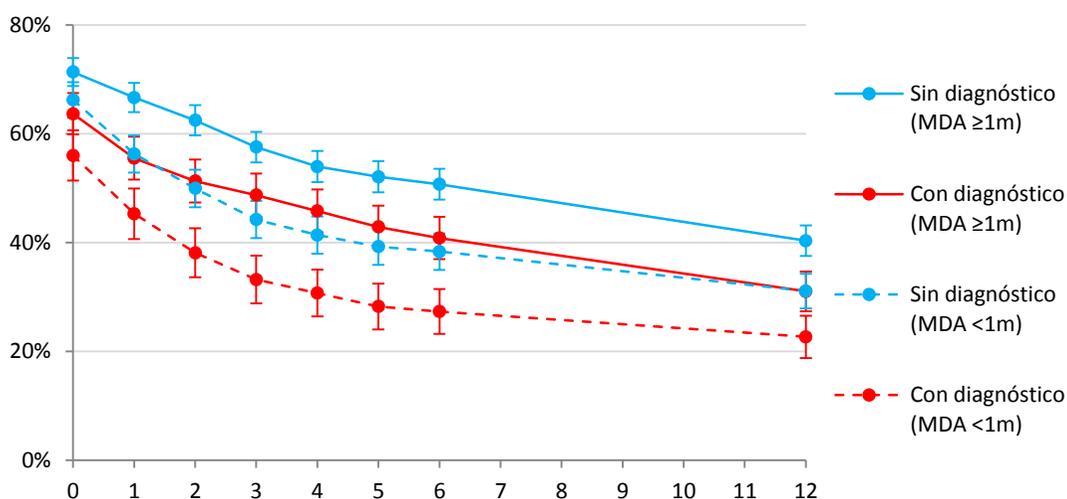
	Apoyo <6 N=280/336 OR/IC/Sig.		Apoyo ≥6 N=993/2005 OR/IC/Sig.	
Estar abstinente el día D	<b>0,67</b>	[0,49-0,93]	<b>1,6E-02</b>	<b>0,73</b> [0,62-0,85] <b>7,5E-05</b>
Recaer antes del sexto mes	<b>1,24</b>	[0,81-1,90]	<b>3,2E-01</b>	<b>1,51</b> [1,23-1,84] <b>4,3E-05</b>
Estar abstinente al año	<b>0,63</b>	[0,43-0,93]	<b>1,7E-02</b>	<b>0,66</b> [0,56-0,78] <b>4,7E-07</b>

### Abstinencia máxima alcanzada en intentos previos

En la figura 38 se representa la evolución de la tasa de abstinencia en pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico en función de si han referido o no que la abstinencia máxima conseguida en el intento de abandono más duradero ha sido superior a 1 mes. Las diferencias en las tasas de abstinencia entre quienes están por encima y debajo de este corte son las siguientes: 36,6% de pacientes que responden que la afirmación es cierta frente a un 28,6% de aquellos que refieren lo contrario (OR 1,44 [1,26-1,65];  $p:1,7E-07$ ).

Se observa que:

1. Los pacientes que afirman que no han conseguido estar un mes abstinentes en el intento previo más duradero obtienen las tasas de abstinencia más bajas.
2. A igualdad de máxima abstinencia alcanzada en intentos previos, la tasa de abstinencia de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico es significativamente más baja en todo el curso temporal: a los doce meses es el 40% frente a 31% para quienes refieren haber conseguido, al menos, un mes de abstinencia; y 31% frente a 23% para los que afirman lo contrario.
3. Los pacientes con diagnóstico psiquiátrico y abstinencias previas mayores de un mes se comportan de manera idéntica a aquellos sin diagnóstico psiquiátrico que no han conseguido alcanzar el mes de abstinencia.



**Figura 38**

*Evolución de la tasa de abstinencia en función de los días máximos de abstinencia alcanzados en el intento previo más duradero y la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico*

En la tabla 27 aparecen representadas las OR de estar abstinentes o recaer, en función de la abstinencia máxima alcanzada. Se aprecia cómo los pacientes con diagnóstico psiquiátrico:

1. Tienen aproximadamente un 35% menos de probabilidades de llegar al día D abstinentes si no han alcanzado el mes de abstinencia (la probabilidad es un poco mayor si lo han alcanzado, un 30% menos).
2. Entre aquellos que han conseguido estar abstinentes el día D, tienen más probabilidades de recaer antes del sexto mes quienes no han conseguido el mes de abstinencia.
3. Tienen menos probabilidades de estar abstinentes al año.

**Tabla 27**

*OR de estar abstinente o recaer, en función de los días máximos de abstinencia alcanzados en el intento previo más duradero (pacientes con diagnóstico psiquiátrico versus sin diagnóstico)*

	MDA <1 mes N=450/814 OR/IC/Sig.		MDA ≥1 mes N=622/1183 OR/IC/Sig.	
<b>Estar abstinente el día D</b>	<b>0,65</b> [0,51-0,82]	<b>3,3E-04</b>	<b>0,70</b> [0,57-0,87]	<b>8,3E-04</b>
<b>Recaer antes del sexto mes</b>	<b>1,44</b> [1,06-1,95]	<b>1,7E-02</b>	<b>1,37</b> [1,06-1,78]	<b>1,4E-02</b>
<b>Estar abstinente al año</b>	<b>0,65</b> [0,50-0,85]	<b>1,4E-03</b>	<b>0,67</b> [0,54-0,82]	<b>1,0E-04</b>

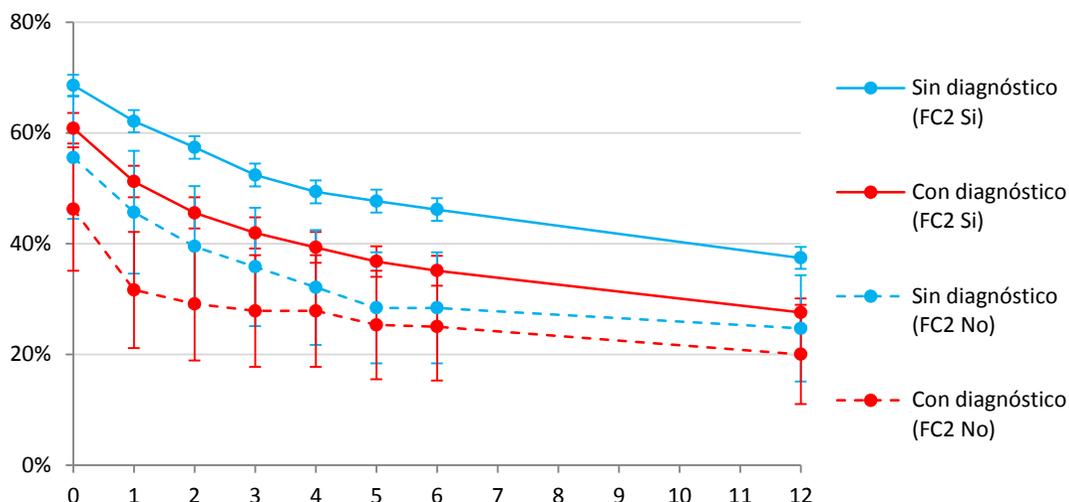
## Fase de cambio

En la figura 39 se representa la evolución de la tasa de abstinencia en pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico en función de si han contestado sí o no a la pregunta 2 de la escala de fase de cambio de Prochaska y Di Clemente: “¿Piensa dejar de fumar en el próximo mes?”. Las diferencias en las tasas de abstinencia en este caso son las siguientes: 33,2% de pacientes que responden que la afirmación es cierta frente a un 20,9% de aquellos que refieren lo contrario (OR 1,88 [1,29-2,73]; p:9,5E-04).

Se observa lo siguiente:

1. En el grupo que refiere que piensa dejar de fumar en el próximo mes los pacientes sin diagnóstico presentan tasas significativamente más altas que aquellos que sí poseen un diagnóstico psiquiátrico.
2. No hay diferencias en la tasa de abstinencia a lo largo de la serie temporal en el caso de los pacientes que refieren que no piensan dejar de fumar en el próximo mes. El bajo tamaño de esta muestra de pacientes hace que sus intervalos de confianza se

solapan con la tasa de abstinencia de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico que si han referido estar dispuestos a realizar un intento en el próximo mes.



**Figura 39**

*Evolución de la tasa de abstinencia en función de la disposición a realizar un intento en el próximo mes y la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico*

En la tabla 28 aparecen representadas las OR de estar abstinentes o recaer, en función de la disposición a dejar de fumar en el próximo mes. Se aprecia como:

1. Ninguna de las OR de pacientes que han referido que no piensan dejar de fumar en el próximo mes es estadísticamente significativa.
2. Los pacientes psiquiátricos que han contestado afirmativamente tienen, en relación con aquellos sin diagnóstico psiquiátrico: un 30% menos de probabilidades de no estar abstinentes el día D, un 50% más de recaer antes del sexto mes (quienes han empezado el tratamiento y un 36% menos de estar abstinentes a los 12 meses).

**Tabla 28**

*OR de estar abstinentes o recaer, en función de la disposición a dejar de fumar en el próximo mes (pacientes con diagnóstico psiquiátrico versus sin diagnóstico)*

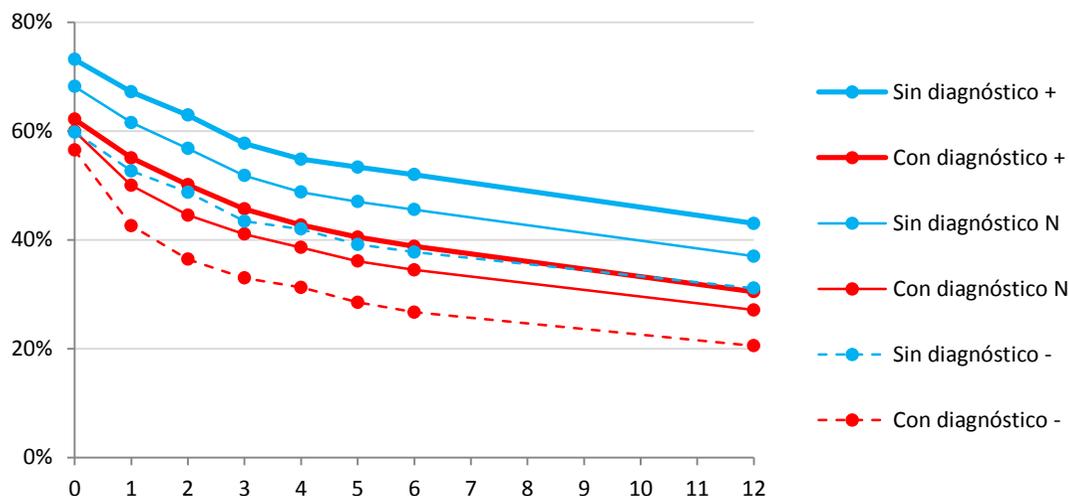
	FC2 Si N=1193/2263 OR/IC/Sig.	FC2 No N=80/81 OR/IC/Sig.
<b>Estar abstinentes el día D</b>	<b>0,71</b> [0,61-0,82] <b>4,6E-06</b>	<b>0,69</b> [0,37-1,29] <b>2,4E-01</b>
<b>Recaer antes del sexto mes</b>	<b>1,51</b> [1,25-1,81] <b>8,8E-06</b>	<b>0,89</b> [0,37-2,14] <b>7,9E-01</b>
<b>Estar abstinentes al año</b>	<b>0,64</b> [0,55-0,74] <b>6,2E-09</b>	<b>0,76</b> [0,36-1,62] <b>4,8E-01</b>

### Concurrencia de varias variables al mismo tiempo

Hasta ahora se ha analizado uno a uno el efecto de una serie de factores predictores de mayor recaída a lo largo del tratamiento. Ahora se analiza el efecto que tiene sobre la evolución de las tasas de abstinencia la concurrencia de varias de esas variables. Así, en la figura 40 se comparan las tasas de abstinencia de la población con o sin diagnóstico psiquiátrico con 2 grupos en los que se han seleccionado a los pacientes en virtud de tres de las variables analizadas anteriormente en este epígrafe: puntuación en el GD14 (corte en 2 puntos o más), en la escala de estrés (corte en 20 puntos o más) y en función de la respuesta a la pregunta 12 de la escala de predicción *“Estoy con buena moral actualmente”* (verdadero o falso). Quienes puntúan por debajo del punto de corte en las escalas GD14 y de estrés y han contestado afirmativamente a la pregunta sobre su moral son catalogados como *“positivos”*; mientras que aquellos que refieren mayor sintomatología depresiva y de estrés y han contestado negativamente a la pregunta sobre su moral actual serán catalogados como *“negativos”*.

Al comparar la evolución de sus tasas de abstinencia se observa cómo:

1. Las peores tasas de abstinencia corresponden, como es lógico, a los pacientes con diagnóstico psiquiátrico catalogados como *“negativos”*, en los que concurren niveles altos de sintomatología depresiva y estrés y, además, consideran que su moral no es buena en el momento de realizar la evaluación.
2. Cuando no concurren niveles altos de sintomatología depresiva, estrés y consideran que están en un buen momento, las tasas de abstinencia de la población psiquiátrica mejoran significativamente, hasta colocarse en niveles similares a los de población sin diagnóstico psiquiátrico (catalogados como *“negativos”*).
3. La diferencia en las tasas de abstinencia a los 12 meses de los pacientes *“negativos”* en comparación con los *“positivos”* es 36,6% frente a 26,4% (OR 1,61 [1,05-2,47]; p:2,8E-02).



**Figura 40**

Evolución de la tasa de abstinencia en función de la puntuación en las variables GD14, estrés total y P12 (buena moral) y la presencia o ausencia de diagnóstico psiquiátrico

En la tabla 29 aparecen representadas las OR de estar abstinentes o recaer, en función de su situación actual en relación con la sintomatología depresiva, el nivel de estrés y su valoración sobre su moral actual. Se aprecia cómo los pacientes psiquiátricos:

1. Tienen menos probabilidades de superar el día D abstinentes (la OR de pacientes “negativos” no es significativa).
2. Ambos grupos tienen más probabilidades de recaer antes del sexto mes que los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico (un 90% más en el caso de los pacientes en los que concurre la sintomatología negativa).
3. Ambos grupos tienen, aproximadamente un 40% menos de probabilidades de estar abstinentes al año.

**Tabla 29**

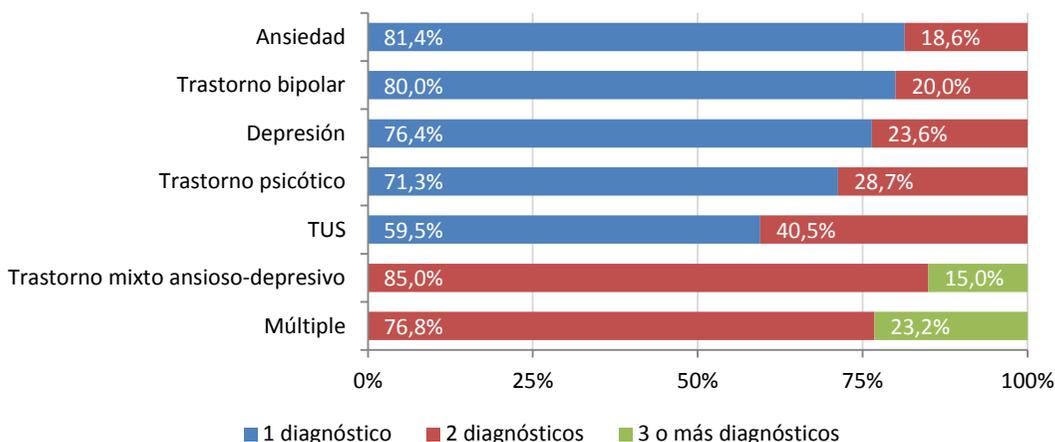
OR de estar abstinentes o recaer, en función de la puntuación en las variables GD14, estrés total y P12 (buena moral) (pacientes con diagnóstico psiquiátrico versus sin diagnóstico)

	Pacientes “negativos” N=292/286 OR/IC/Sig.		Pacientes “positivos” N=407/1181 OR/IC/Sig.	
<b>Estar abstinentes el día D</b>	<b>0,87</b> [0,63-1,22]	<b>4,2E-01</b>	<b>0,60</b> [0,47-0,77]	<b>2,8E-05</b>
<b>Recaer antes del sexto mes</b>	<b>1,91</b> [1,23-2,97]	<b>3,4E-03</b>	<b>1,48</b> [1,10-1,99]	<b>9,1E-03</b>
<b>Estar abstinentes al año</b>	<b>0,57</b> [0,39-0,84]	<b>3,7E-03</b>	<b>0,58</b> [0,46-0,74]	<b>8,2E-06</b>

#### 4.4 Resultados por tipo de trastorno

La tasa de cesación varía en función del diagnóstico psiquiátrico primario (trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastorno psicótico, trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias). La figura 41 muestra el porcentaje de personas que, teniendo un diagnóstico primario, presenta algún otro trastorno psiquiátrico.

Las figuras 42 y 43 muestran la evolución del porcentaje de pacientes abstinentes a lo largo del tiempo para cada uno de estos seis trastornos. Con la intención de reflejar las diferencias y minimizar la influencia de efectos confusores, se han seleccionado para cada tipo de diagnóstico solo a aquellos pacientes con diagnóstico único, esto es, en los que no concurre ningún otro trastorno psiquiátrico. En los siguientes apartados cada uno de estos grupos será comparado con aquellos que, teniendo el diagnóstico primario, poseen algún otro trastorno.



**Figura 41**

Porcentaje de diagnósticos únicos y múltiples para cada diagnóstico primario

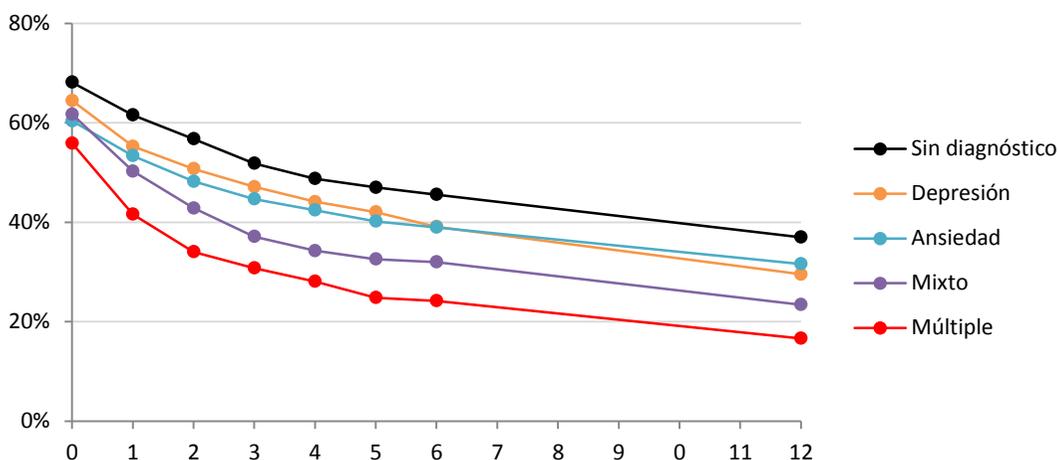
##### 4.4.1 Pacientes con un solo diagnóstico psiquiátrico

###### Ansiedad, depresión y trastorno mixto

En la figura 42 se representa la evolución de la tasa de abstinencia de los pacientes con un trastorno depresivo, de ansiedad y mixto. A efectos de comparación, se muestran también las curvas de evolución de los pacientes con las tasas más altas y bajas de la muestra: sin diagnóstico psiquiátrico y con diagnósticos múltiples, respectivamente.

Se observa lo siguiente:

1. Los grupos de pacientes con un diagnóstico depresivo y de ansiedad presentan tasas de abstinencia a los 12 meses alrededor de 6 puntos inferiores a la población sin diagnóstico psiquiátrico, siendo estas diferencias significativas en ambos casos.
2. La tasa de cesación de los pacientes con diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo se sitúa entre aquellos con diagnóstico único (depresión o ansiedad) y quienes tienen diagnóstico múltiple (aunque las diferencias en este caso no son significativas:  $p < 1,0E-01$ ).



**Figura 42**

*Evolución de la tasa de abstinencia en los diagnósticos “Depresión”, “Ansiedad” y “Trastorno mixto ansioso-depresivo”, en comparación con aquellos sin diagnóstico y múltiples*

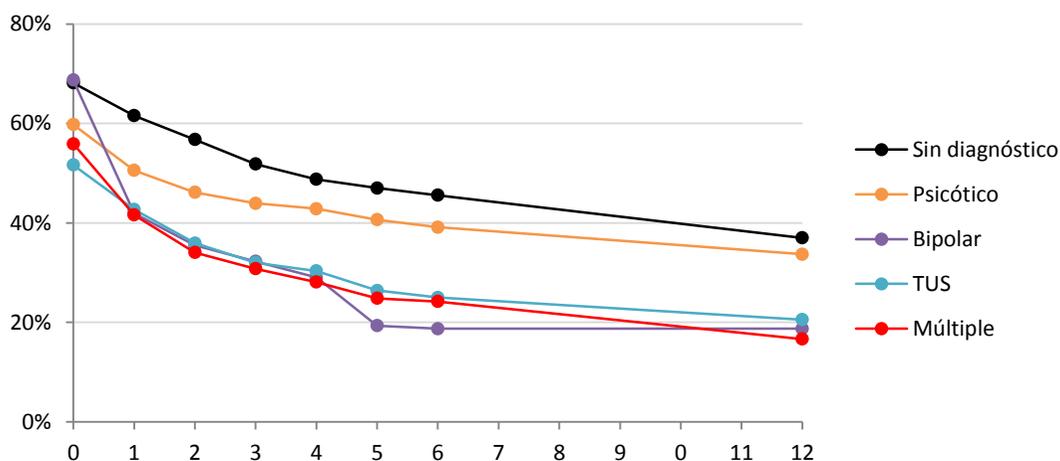
### Trastorno psicótico, bipolar y por uso de sustancias

En la figura 43 se representa la evolución de la tasa de abstinencia de los pacientes con trastorno psicótico, bipolar y por uso de sustancias (así como la de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico y la de aquellos con diagnóstico múltiple).

En este caso se observa que:

1. Los pacientes con diagnóstico único de trastorno psicótico presentan tasas de abstinencia a los 12 meses similares a aquellos sin diagnóstico psiquiátrico (34% frente a 37%). Su tasa de recaída es ligeramente mayor en las primeras semanas de abstinencia; sin embargo, ésta mejora en los siguientes meses, lo cual explica la similitud entre ambos a los 12 meses.

2. La tasa de abstinencia de los pacientes con trastorno bipolar y por uso de sustancias es similar a la de aquellos con un diagnóstico múltiple.
3. Las tasas de abstinencia de los pacientes con un trastorno psicótico son significativamente diferentes de las de aquellos con un diagnóstico múltiple o de uso de sustancias. Las tasas de abstinencia de los pacientes con trastorno bipolar únicamente se diferencian de aquellos sin diagnóstico psiquiátrico, debido al bajo tamaño de la muestra.



**Figura 43**

*Evolución de la tasa de abstinencia en los diagnósticos "Trastorno psicótico", "Trastorno bipolar" y "Trastorno por uso de sustancias", en comparación con aquellos sin diagnóstico y múltiples*

#### 4.4.2 Características de los pacientes de cada uno de los diagnósticos psiquiátricos

En este apartado se analizan uno a uno los seis trastornos de los que se tiene información. Para ello se compara, para cada diagnóstico, a los pacientes con un diagnóstico único con aquellos que presentan varios.

#### Depresión

En la tabla 30 aparecen representadas los porcentajes y medias de las principales variables estudiadas para el caso de pacientes con diagnóstico único de trastorno depresivo, trastorno mixto ansioso-depresivo y, finalmente, aquellos que poseen algún otro diagnóstico (o diagnósticos) unido al de depresión.

Se observa un mayor porcentaje de mujeres en los grupos de diagnóstico único y trastorno mixto ansioso-depresivo y una edad media superior en el grupo de diagnóstico único.

Los pacientes con diagnósticos múltiples fuman más cantidad de cigarrillos, empezaron antes a fumar, refieren menor apoyo familiar y puntúan más alto en el FTND.

**Tabla 30**

*Puntuaciones medias y porcentajes de las principales variables objeto de estudio en función del tipo de diagnóstico*

	Diagnóstico único (DU) N=334 (media/%±DT)	Trastorno mixto (TM) N=175 (media/%±DT)	Diagnóstico múltiple (DM) N=103 (media/%±DT)	Significación		
				DU-TM	DU-TM	TM-DM
Sexo (porcentaje de varones)	28,36%±45,14	26,29%±44,14	40,78%±49,38	4,8E-02		3,2E-02
Edad actual	50,14±10,98	46,46±10,09	45,87±9,61	1,0E-03	5,7E-04	
Número de cigarrillos/día	25,15±11,33	25,19±10,03	29,83±12,77	7,2E-04		2,8E-03
Edad consumo diario	18,49±5,64	17,97±4,98	16,29±3,47	5,0E-04		2,6E-02
Dificultad para dejarlo	8,39±1,93	8,45±2,04	8,32±2,30			
Apoyo familiar	8,06±3,40	7,88±3,49	7,08±3,83	3,9E-02		
Intentos de abandono (máx. 12)	2,60±2,46	2,87±2,76	2,56±2,48			
Máximos días de abstinencia (máx. 365)	144,36±151,95	135,66±150,57	109,65±142,01			
Fase de cambio 2	0,95±0,22	0,95±0,22	0,94±0,24			
Tiempo que tarda en fumar el primer cigarrillo (en minutos)	2,29±0,82	2,43±0,65	2,50±0,75	4,2E-02		
Puntuación total FTND	6,40±2,34	6,74±1,97	7,57±2,11	9,3E-06		7,6E-03
Puntuación total DSMIV-TR	4,43±2,67	4,14±2,81	4,11±2,93			
Número de sesiones a las que asiste	4,27±1,29	4,40±1,31	4,50±1,32			

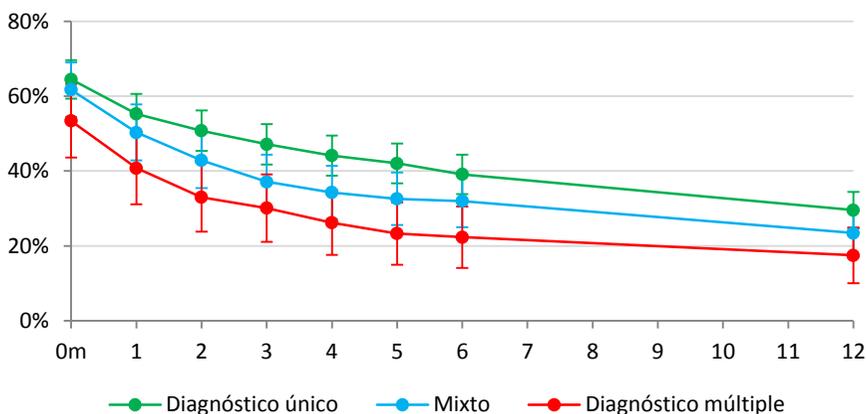
No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las variables que miden estado de ánimo actual:

1. Las puntuaciones medias en la subescala de ansiedad del Goldberg son: 4,78±2,69 para pacientes con depresión, 5,62±2,57 para los mixtos y 5,42±2,66 para los múltiples (no significativas).
2. Las puntuaciones medias en la subescala de depresión son las siguientes: 3,78±2,59, 3,93±2,73 y 4,18±2,91 respectivamente (no significativas).

3. Por su parte, las puntuaciones en la escala de estrés son:  $19,15 \pm 8,16$ ,  $20,74 \pm 8,50$  y  $20,54 \pm 8,68$ , respectivamente (no significativas).

En los factoriales relativos a la valoración funcional de la conducta no se observan muchas diferencias, pero se ve cómo los pacientes con diagnóstico único de trastorno depresivo obtienen puntuaciones significativamente menores que aquellos con diagnóstico mixto en el factorial de sedación ( $9,63 \pm 2,60$  frente a  $10,20 \pm 2,12$ ;  $p:3,2E-02$ ) y de los pacientes con diagnóstico múltiple en los factoriales de estimulación ( $6,72 \pm 4,15$  frente a  $8,03 \pm 3,94$ ;  $p:1,3E-02$ ), imagen ( $0,54 \pm 1,41$  frente a  $0,98 \pm 1,61$ ;  $p:4,30E-02$ ) y RAM 10 ( $5,16 \pm 2,71$  frente a  $6,17 \pm 2,92$ ;  $p:3,4E-03$ ).

La figura 44 muestra la evolución de las tasas de abstinencia a lo largo del tratamiento. Se observa que la tasa de abstinencia de los pacientes con diagnóstico único es significativamente superior que la de aquellos con diagnóstico múltiple, quedando en una situación intermedia la de los pacientes con trastorno mixto. Esto también se puede comprobar en la tabla 31, que recoge las OR de estar abstinentes o recaer en diversos momentos del tratamiento.



**Figura 44**  
Evolución de la tasa de abstinencia en función del tipo de diagnóstico (depresión)

**Tabla 31**

OR de estar abstinentes o recaer en función del diagnóstico (depresión)

	Diagnóstico único frente a mixto (OR/IC/Sig.)	Diagnóstico único frente a múltiple (OR/IC/Sig.)
Estar abstinentes el día D	1,13 [0,77-1,64] 5,4E-01	1,58 [1,01-2,48] 4,3E-02
No recaer entre el día D y el sexto mes	1,43 [0,90-2,09] 1,3E-01	2,14 [1,13-3,47] 1,2E-02
Estar abstinentes al año	1,37 [0,90-2,28] 1,4E-01	1,98 [1,17-3,92] 1,5E-02

La OR ajustada (por este trastorno y las variables enumeradas en el apartado 4.1) de estar abstinentes a los 12 meses en comparación con los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico es 0,72[0,58-0,89] ( $p:2,3E-02$ ). En la comparación con la muestra completa de pacientes psiquiátricos la variable desaparece del modelo antes de llegar al último paso, por lo que no es significativa.

## Ansiedad

En la tabla 32 se presentan los porcentajes y puntuaciones medias más relevantes. Se aprecia como hay mayor proporción de mujeres en el grupo de pacientes con diagnóstico único y mixto. Por otro lado, los pacientes con diagnóstico múltiple fuman más cigarrillos, refieren menos apoyo familiar y puntúan más alto en el FTND.

**Tabla 32**

Puntuaciones medias y porcentajes de las principales variables objeto de estudio en función del tipo de diagnóstico

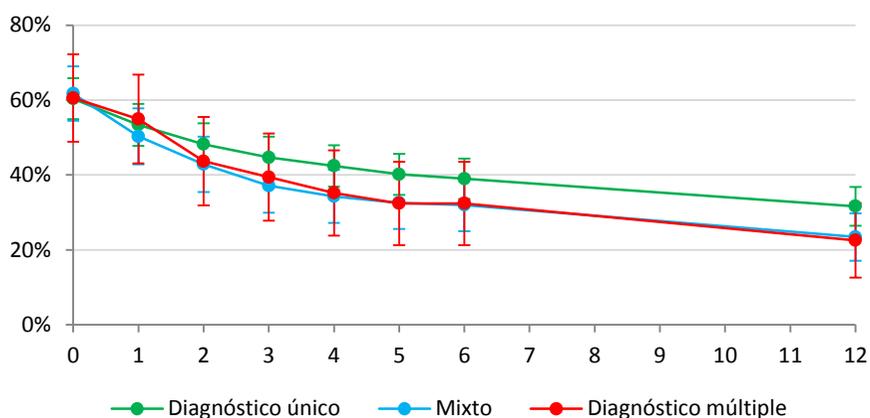
	Diagnóstico único (DU) N=311 Media/%±DT	Trastorno mixto (TM) N=175 Media/%±DT	Diagnóstico múltiple (DM) N=71 Media/%±DT	Significación		
				DU-DM	DU-TM	TM-DM
Sexo (porcentaje de varones)	30,99%±46,32	26,29%±44,14	42,25%±49,75			4,2E-02
Edad actual	45,38±11,77	46,46±10,09	42,51±9,36			3,3E-02
Número de cigarrillos/día	24,56±10,84	25,19±10,03	30,65±13,21	7,8E-05		1,2E-03
Edad consumo diario	18,49±5,42	17,97±4,98	17,73±6,32			
Dificultad para dejarlo	8,31±2,05	8,45±2,04	8,65±1,62			
Apoyo familiar	8,31±3,16	7,88±3,49	7,24±3,86	4,7E-02		
Intentos de abandono (máx. 12)	2,36±2,17	2,87±2,76	2,37±2,46			

Máximos días de abstinencia (máx. 365)	111,28±133,18	135,66±150,57	110,75±145,12		
Fase de cambio 2	0,93±0,26	0,95±0,22	0,94±0,23		
Tiempo que tarda en fumar el primer cigarrillo (en minutos)	2,26±0,82	2,43±0,65	2,55±0,73	9,8E-03	3,8E-02
Puntuación total FTND	6,29±2,24	6,74±1,97	7,69±2,00	2,5E-06	5,0E-03
Puntuación total CD DSMIV-TR	4,32±1,29	4,40±1,31	4,51±1,33		
Número de sesiones	3,95±2,43	4,14±2,81	4,15±2,81		

En relación con las variables que miden estado de ánimo actual, las puntuaciones medias totales de las 3 escalas principales son:

1. Subescala de ansiedad de Goldberg: 5,17±2,63 para diagnóstico único, 5,62±2,57 mixtos y 5,54±2,72 en múltiples (no significativo).
2. Subescala de depresión de Goldberg: DU 3,08±2,47, TM 3,93±2,73 y DM 4,03±2,72, (DU-TM p:1,7E-03; DU-DM p:1,7E-02).
3. Escala de estrés: DU 18,30±5,33, TM 19,17±4,60 y DM 18,23±5,05 (no significativo).

En relación con la evolución de las tasas de cesación, en la figura 45 se observa que no hay diferencias entre los 3 grupos. Los pacientes del grupo de diagnóstico único presentan una tasa de abstinencia mayor que no es estadísticamente significativa.



**Figura 45**

Evolución de la tasa de abstinencia en función del diagnóstico (ansiedad)

Como se puede apreciar en la tabla 33, las OR de estar abstinentes o recaer en determinados momentos del tratamiento no son significativas en el caso del diagnóstico único frente al múltiple. En el caso de pacientes con diagnóstico único frente a mixto se aprecia cómo la probabilidad de los primeros de no recaer entre el día D y el sexto mes es un 70% superior.

**Tabla 33**

*OR de estar abstinentes o recaer en función del diagnóstico (ansiedad)*

	Diagnóstico único frente a mixto (OR/IC/Sig.)	Diagnóstico único frente a múltiple (OR/IC/Sig.)
Estar abstinentes el día D	0,95 [0,65-1,38] 7,7E-01	0,99 [0,58-1,68] 9,8E-01
No recaer entre el día D y el sexto mes	1,69 [0,99-2,31] <b>3,2E-02</b>	1,58 [0,87-2,92] 1,8E-01
Estar abstinentes al año	1,51 [1,04-2,74] 5,5E-02	1,59 [0,81-310] 1,3E-01

La OR ajustada (por este trastorno y las variables enumeradas en el apartado 4.1) de estar abstinentes a los 12 meses respecto de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico es 0,79[0,63-0,97] (p:2,7E-02). En la comparación con la muestra completa de pacientes psiquiátricos la variable desaparece del modelo antes de llegar al último paso, por lo que no es significativa.

### Trastorno mixto ansioso-depresivo

En la tabla 34 se aprecia cómo la distribución por sexos es similar en los dos grupos. Los pacientes con diagnóstico mixto tienen más edad. Los pacientes con diagnóstico múltiple presentan mayor consumo, refieren menor apoyo familiar y presentan una puntuación mayor en el FTND.

**Tabla 34**

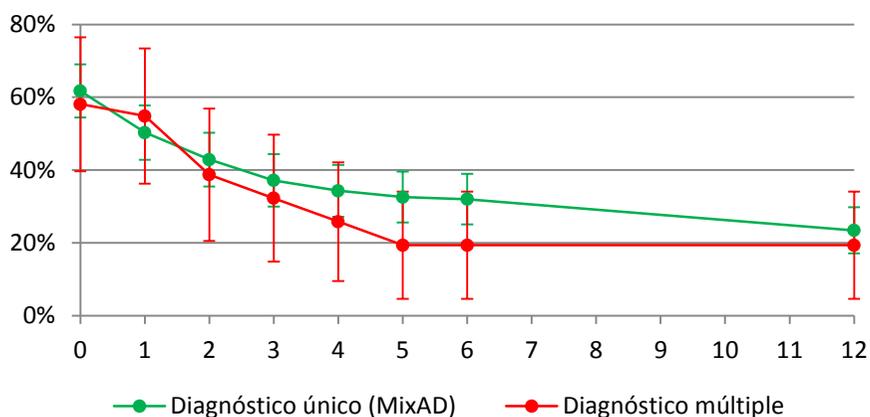
*Puntuaciones medias y porcentajes de las principales variables objeto de estudio en función del tipo de diagnóstico*

	Trastorno mixto N=175 (media/%±DT)	Diagnóstico múltiple N=31 (media/%±DT)	Sig.
Sexo (porcentaje de varones)	26,29%±44,14	25,81%±44,48	9,6E-01
Edad actual	46,46±10,09	41,71±8,57	<b>1,4E-02</b>
Número de cigarrillos/día	25,19±10,03	32,19±9,86	<b>4,1E-04</b>
Edad consumo diario	17,97±4,98	17,00±3,53	3,0E-01
Dificultad para dejarlo	8,45±2,04	8,81±1,58	3,6E-01
Apoyo familiar	7,88±3,49	6,19±4,21	<b>4,2E-02</b>

Intentos de abandono (máx. 12)	2,87±2,76	2,13±2,16	9,7E-02
Máximos días de abstinencia (máx. 365)	135,66±150,57	115,61±152,68	5,0E-01
Fase de cambio 2	0,95±0,22	0,94±0,25	7,7E-01
Tiempo que tarda en fumar el primer cigarrillo (en minutos)	2,43±0,65	2,74±0,44	<b>1,8E-03</b>
Puntuación total FTND	6,74±1,97	8,42±1,06	<b>1,3E-09</b>
Puntuación total CD DSMIV-TR	4,40±1,31	4,77±1,36	1,5E-01
Número de sesiones a las que asiste	4,14±2,81	4,19±3,13	9,3E-01

No se aprecian diferencias ni en las variables que se refieren a estado de ánimo actual ni en los factoriales.

En la figura 46 se aprecia cómo no existen diferencias en las tasas de cesación a lo largo del tratamiento en ningún momento.



**Figura 46**

*Evolución de la tasa de abstinencia en función del diagnóstico (trastorno mixto ansioso-depresivo)*

Del mismo modo se aprecia en la tabla 35 cómo las OR de pacientes con diagnóstico único de estar abstinentes o recaer en diferentes momentos del tratamiento no son estadísticamente significativas.

**Tabla 35**  
OR de estar abstinerente o recaer (trastorno mixto ansioso-depresivo vs. múltiple)

	Odd Ratio (OR/IC/Sig.)
Estar abstinerente el día D	1,16[0,53-2,54]7,0E-01
No recaer entre el día D y el sexto mes	2,15[0,49-3,34]1,5E-01
Estar abstinerente al año	1,27[0,75-6,22]6,2E-01

La OR ajustada (por este trastorno y las variables enumeradas en el apartado 4.1) de estar abstinerente a los 12 meses en comparación con los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico es 0,66[0,46-0,93] (p:1,9E-02). En la comparación con la muestra completa de pacientes psiquiátricos la variable desaparece del modelo antes de llegar al último paso, por lo que no es significativa.

### Trastorno bipolar

En el caso del trastorno bipolar el número de pacientes con diagnóstico múltiple tan bajo hace que sus puntuaciones presenten una alta dispersión, lo cual limita la fiabilidad de cualquier análisis.

En la tabla 36 se aprecia cómo no hay diferencias en la puntuación media de ambos grupos, excepto en el máximo número de días de abstinencia previa.

**Tabla 36**  
Puntuaciones medias y porcentajes de las principales variables objeto de estudio en función del tipo de diagnóstico

	Diagnóstico único N=32 (media/%±DT)	Diagnóstico múltiple N=8 (media/%±DT)	Sig.
Sexo (porcentaje de varones)	40,63%±49,90	62,50%±51,75	2,8E-01
Edad actual	49,69±9,09	43,13±10,99	8,7E-02
Número de cigarrillos/día	33,44±16,03	31,25±15,29	7,3E-01
Edad consumo diario	18,22±4,46	16,13±2,80	2,2E-01
Dificultad para dejarlo	8,38±2,03	8,13±1,96	7,6E-01
Apoyo familiar	7,50±3,79	8,00±3,66	7,4E-01
Intentos de abandono (máx. 12)	3,41±3,11	2,88±1,89	6,5E-01
Máximos días de abstinencia (máx. 365)	76,03±101,63	203,13±107,14	<b>3,3E-03</b>

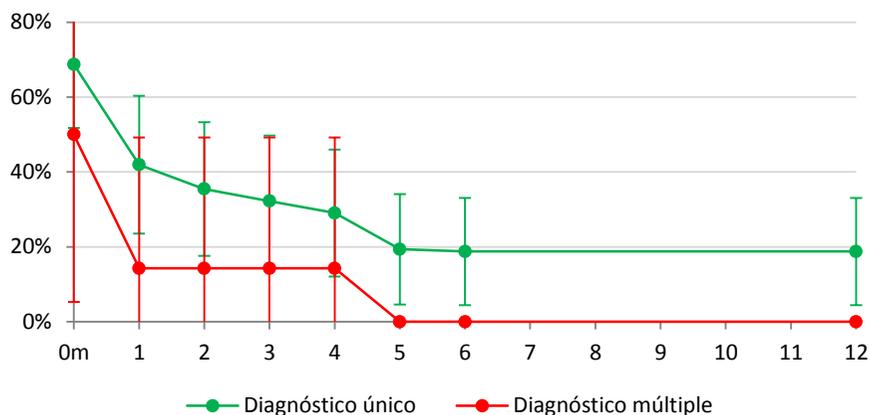
<b>Fase de cambio 2</b>	0,84±0,37	0,88±0,35	8,3E-01
<b>Tiempo que tarda en fumar el primer cigarrillo (en minutos)</b>	2,66±0,60	2,63±0,74	9,0E-01
<b>Puntuación total FTND</b>	7,75±1,67	7,13±2,64	4,1E-01
<b>Puntuación total CD DSMIV-TR</b>	4,56±1,64	4,25±1,49	6,3E-01
<b>Número de sesiones a las que asiste</b>	5,13±3,18	2,88±2,17	6,7E-02

Las puntuaciones de las variables que miden el estado de ánimo actual tampoco difieren en ambos grupos de pacientes. En el caso de la valoración funcional, se aprecian diferencias en los siguientes aspectos:

1. Factorial RAM 12, relativo a manipulación, con una puntuación más alta en el caso de los múltiples (2,28±2,14 frente a 0,75±1,03; p:7,8E-03).
2. Factorial de autoeficacia de imagen y peso, en el que son los pacientes con diagnóstico único los que puntúan más bajo (44,28±8,18 frente a 48,33±2,58; p:3,2E-02). Esto concuerda con el hecho de que en el factorial 5 de la escala RAM, relativo a imagen psicológica los pacientes de diagnóstico múltiple puntúan todos cero, y aquellos con diagnóstico único algo más: 0,81±1,44 (p:3,4E-03).

En relación con las tasas de abstinencia, en la figura 47 se observa que, mientras 8 de los 32 pacientes con diagnóstico único consiguen dejar de fumar, el 100% de los 8 pacientes con diagnóstico múltiple habían recaído en el quinto mes.

En la tabla 37 vemos cómo la OR de estar abstinentes o recaer de pacientes con diagnóstico único no es estadísticamente significativa, por lo que la probabilidad de estar abstinentes el día D no difiere entre los dos grupos.



**Figura 47**  
Evolución de la tasa de abstinencia en función del diagnóstico (trastorno bipolar)

**Tabla 37**  
OR de estar abstinentes o recaer (diagnóstico único vs. múltiple)

	Odd Ratio (OR/IC/Sig.)
Estar abstinentes el día D	2,20[0,43-11,17]3,2E-01
No recaer entre el día D y el sexto mes	---
Estar abstinentes al año	---

La OR ajustada (por este trastorno y las variables enumeradas en el apartado 4.1) de estar abstinentes a los 12 meses en comparación con los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico es 0,42[0,17-1,02] ( $p:5,3E-02$ ). Si la comparación se lleva a cabo con la muestra completa de pacientes psiquiátricos la OR es 0,52 [0,21-1,28] ( $p:1,5E-01$ , NS).

### Trastorno por uso de sustancias

En la tabla 38 se aprecia cómo en el grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias hay más varones en ambos grupos, pero significativamente más en el grupo de pacientes de diagnóstico único. Este grupo tiene una edad de inicio del consumo diario más baja y ha realizado más intentos de dejar de fumar. Por su parte, los pacientes del grupo de diagnóstico múltiple presentan una puntuación media más alta en el FTND.

**Tabla 38**

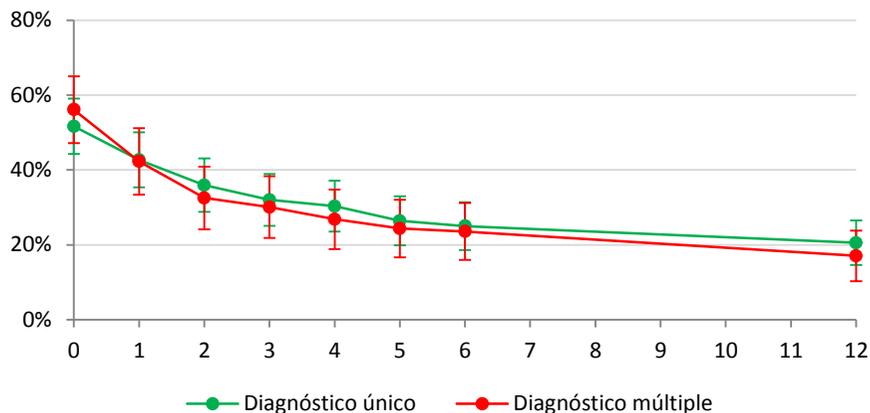
Puntuaciones medias y porcentajes de las principales variables objeto de estudio en función del tipo de diagnóstico

	Diagnóstico único N=180 (media/%±DT)	Diagnóstico múltiple N=123 (media/%±DT)	Sig.
Sexo (porcentaje de varones)	77,22%±42,06	55,28%±49,92	<b>4,7E-05</b>
Edad actual	46,55±9,68	45,03±9,38	1,8E-01
Número de cigarrillos/día	30,47±14,72	31,20±13,09	6,6E-01
Edad consumo diario	15,58±3,16	16,79±5,19	<b>1,3E-02</b>
Dificultad para dejarlo	8,38±1,98	8,37±2,08	9,4E-01
Apoyo familiar	8,21±3,23	7,61±3,49	1,2E-01
Intentos de abandono (máx. 12)	2,96±3,13	2,26±2,43	<b>3,7E-02</b>
Máximos días de abstinencia (máx. 365)	98,95±135,89	102,15±136,64	8,4E-01
Fase de cambio 2	0,95±0,22	0,94±0,23	7,9E-01
Tiempo que tarda en fumar el primer cigarrillo (en minutos)	2,43±0,88	2,57±0,63	1,3E-01
Puntuación total FTND	7,14±2,43	7,66±1,97	<b>5,0E-02</b>
Puntuación total CD DSMIV-TR	4,48±1,31	4,66±1,31	2,4E-01
Número de sesiones a las que asiste	3,73±2,67	3,96±2,72	4,7E-01

No se observan diferencias en las variables que analizan el estado de ánimo actual. En relación con los factoriales, destaca:

1. Los pacientes con diagnóstico múltiple puntúan más alto: en el factorial RAM 2 “Sedación” (10,02±2,01 frente a 9,03±3,03; p:1,6E-03), RAM 4 “Actividad boca/mano” (5,25±3,23 frente a 4,47±3,24; p:4,0E-02), Autoeficacia 1 “Sedación” (30,20±12,43 frente a 26,98±12,82; p:3,3E-02), Autoeficacia 2 “Imagen y peso” (4,97±9,61 frente a 2,81±7,00; p:2,6E-02) y, finalmente, Predicción 1 (2,61±0,67 frente a 2,37±0,88; p:1,2E-02).
2. Los pacientes con diagnóstico único tienen puntuaciones medias más altas en el factorial RAM 10 (6,88±2,66 frente a 6,17±2,87; p:2,7E-02).

La figura 48 muestra la evolución de la tasa de abstinencia de pacientes con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias (ya sea único o acompañado de algún otro). Se aprecia cómo el porcentaje de pacientes abstinentes es similar en toda la serie temporal.



**Figura 48**  
Evolución de la tasa de abstinencia en función del diagnóstico (TUS)

En línea con lo anterior, como se puede apreciar en la tabla 39, las OR de cesación no son significativas, por lo que éstos tienen la misma probabilidad tanto de empezar (OR 0,84;  $p:4,5E-01$ ), de no recaer en los primeros seis meses (OR 1,29;  $p:5,5E-01$ ) y de estar abstinentes al año (OR 1,26;  $p:5,0E-01$ ) respecto de aquellos con diagnóstico múltiple

**Tabla 39**  
OR de estar abstinentes o recaer (diagnóstico único vs. múltiple)

	Odd Ratio OR/IC/Sig.
Estar abstinentes el día D	0,84[0,53-1,33]4,5E-01
No recaer entre el día D y el sexto mes	1,29[0,69-2,28]4,2E-01
Estar abstinentes al año	1,26[0,69-2,43]4,5E-01

La OR ajustada (por este trastorno y las variables enumeradas en el apartado 4.1) de estar abstinentes a los 12 meses en comparación con los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico es 0,56[0,41-0,78] ( $p:4,5E-04$ ). Si la comparación se lleva a cabo con la muestra completa de pacientes psiquiátricos la OR es 0,71 [0,50-0,99] ( $p:4,4E-02$ ).

### Trastorno psicótico

En la tabla 40 aparecen representados los porcentajes y puntuaciones medias de las variables más relevantes. Se aprecia cómo los pacientes con diagnóstico múltiple fuman más

cantidad, han consolidado el consumo diario casi 2 años antes, han realizado menos intentos de abandono y, finalmente, son más dependientes de la nicotina que aquellos con un diagnóstico único.

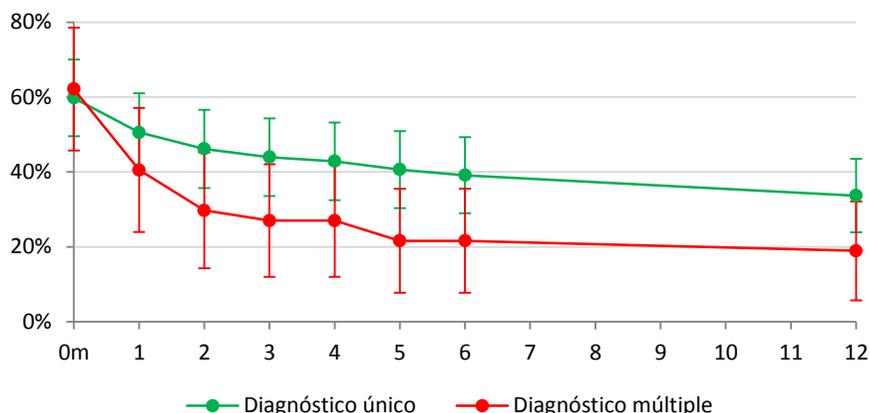
**Tabla 40**

*Puntuaciones medias y porcentajes de las principales variables objeto de estudio en función del tipo de diagnóstico*

	Diagnóstico único (media/%±DT)	Diagnóstico múltiple (media/%±DT)	Sig.
<b>Sexo (porcentaje de varones)</b>	52,17%±50,2	56,76%±50,2	6,4E-01
<b>Edad actual</b>	44,27±10,43	43,19±9,56	5,9E-01
<b>Número de cigarrillos/día</b>	27,92±14,57	36,38±16,10	<b>4,5E-03</b>
<b>Edad consumo diario</b>	18,08±3,74	16,43±2,22	<b>2,6E-03</b>
<b>Dificultad para dejarlo</b>	8,12±2,04	8,08±2,45	9,3E-01
<b>Apoyo familiar</b>	7,39±3,45	6,92±4,25	5,1E-01
<b>Intentos de abandono (máx. 12)</b>	2,78±2,55	1,62±2,34	<b>1,8E-02</b>
<b>Máximos días de abstinencia alcanzados (máx. 365)</b>	127,15±150,49	120,22±161,95	8,2E-01
<b>Fase de cambio 2</b>	0,91±0,28	0,86±0,35	4,1E-01
<b>Tiempo que tarda en fumar el primer cigarrillo (en minutos)</b>	2,53±0,65	2,81±0,40	<b>3,9E-03</b>
<b>Puntuación total FTND</b>	7,01±2,03	8,08±1,42	<b>1,0E-03</b>
<b>Puntuación total CD DSMIV-TR</b>	4,50±1,33	4,73±1,30	3,7E-01
<b>Número de sesiones</b>	4,49±2,95	4,00±2,52	3,8E-01

No se observan diferencias en las puntuaciones medias de las variables que miden estado de ánimo actual. Las puntuaciones de las escalas y factoriales de valoración funcional de la conducta tampoco presentan diferencias. Sí se encuentran diferencias en el factorial 10 (4,93±2,34 en pacientes con diagnóstico único frente a 6,02±2,37 en múltiple, p:1,9E-02) que hace referencia, entre otros aspectos, a la asociación con el consumo de alcohol y el uso del tabaco como recompensa.

En la figura 49, que representa la evolución temporal de la tasa de abstinencia de ambos grupos de pacientes a lo largo de la serie temporal, se aprecia cómo la cesación tiende a ser mayor en el grupo de diagnóstico único: las tasas alcanzan la significación habitual en el sexto mes y la rozan en el 2º, 3º, 4º y 12º.



**Figura 49**  
Evolución de la tasa de abstinencia en función del diagnóstico (trastorno psicótico)

De este modo, como se aprecia en la tabla 41, los pacientes con diagnóstico único tienen la misma probabilidad de estar abstinentes el día D que aquellos con diagnóstico múltiple. Las diferencias estadísticamente significativas observadas en el quinto y sexto mes de abstinencia determinan que la probabilidad de no recaer antes del sexto mes sea mayor en el caso de los pacientes con diagnóstico único.

Sin embargo, la probabilidad de estar abstinentes a los 12 meses vuelve a ser similar en la medida en que la tasa de recaída entre el sexto mes y el año es ligeramente superior en el caso de los pacientes con diagnóstico único.

**Tabla 41**  
OR de estar abstinentes o recaer (diagnóstico único vs. múltiple)

	Odd Ratio OR/IC/Sig.
Estar abstinentes el día D	0,90[0,41-2,00]8,0E-01
No recaer entre el día D y el sexto mes	3,55[1,50-8,43]1,3E-02
Estar abstinentes al año	2,18[0,99-4,78]9,6E-02

## 4.5 Consumidores de cannabis

En este apartado se procede a comparar a los consumidores de cannabis (tengan o no un diagnóstico de patología psiquiátrica) con los pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico. Así, en la muestra hay 157 consumidores de cannabis, que serán comparados con los 2344 pacientes sin diagnóstico y los 1273 que sí poseen alguno o varios diagnósticos de patología

psiquiátrica. Aunque es posible que algunos consumidores de cannabis reunieran los criterios para ser diagnosticados de dependencia de cannabinoides o trastorno por uso de cannabis, esto no constaba en la historia y no se determinó en la unidad.

#### 4.5.1 Comparación de los consumidores de cannabis con la muestra de pacientes sin y con diagnóstico psiquiátrico

En la tabla 42 aparecen representados los porcentajes y puntuaciones medias de las principales variables estudiadas.

Se aprecia cómo en el grupo de consumidores de cannabis los varones están sobrerrepresentados, son más jóvenes (10 y 7,5 años menores, respectivamente) y han consolidado el consumo diario aproximadamente 2 años antes que los otros dos grupos de pacientes.

Refieren además menos apoyo familiar en comparación con el grupo de pacientes no psiquiátricos. Llama la atención que, a pesar de que han realizado el mismo número de intentos de dejar de fumar el máximo periodo de abstinencia es significativamente menor. Por último, se aprecia que asisten a menos sesiones de tratamiento.

**Tabla 42**

*Puntuaciones medias y porcentajes de las principales variables objeto de estudio en función del tipo de diagnóstico*

	Cannabis (Ca) N=157 (media/%±DT)	Sin diagnóstico psiquiátrico (NP) N=2344 (media/%±DT)	Con diagnóstico psiquiátrico (P) N=1273 (media/%±DT)	Significación	
				Ca-NP	Ca-P
<b>Sexo (porcentaje de varones)</b>	68,15±46,74	48,04±49,97	38,41±48,66	<b>2,5E-06</b>	<b>3,9E-12</b>
<b>Edad actual</b>	39,14±9,82	48,94±11,59	46,75±11,03	<b>6,8E-25</b>	<b>8,3E-15</b>
<b>Número de cigarrillos/día</b>	24,72±12,71	24,46±11,45	26,87±12,51		
<b>Edad consumo diario</b>	15,86±3,23	18,10±4,85	17,84±5,08	<b>8,0E-08</b>	<b>5,1E-06</b>
<b>Dificultad para dejarlo</b>	8,10±1,96	8,14±2,07	8,36±2,01		
<b>Apoyo familiar</b>	7,49±3,57	8,60±2,83	7,98±3,39	<b>3,2E-05</b>	
<b>Intentos de abandono (máx. 12)</b>	2,82±2,87	2,66±2,53	2,63±2,56		
<b>Máximos días de abstinencia (máx. 365)</b>	76,67±115,46	126,03±144,87	123,91±144,44	<b>9,4E-05</b>	<b>3,1E-04</b>
<b>Fase de cambio 2</b>	0,93±0,26	0,97±0,18	0,94±0,24		
<b>Tiempo que tarda en fumar el primer cigarrillo (en minutos)</b>	2,24±0,91	2,13±0,88	2,38±0,78		

<b>Puntuación total FTND</b>	6,36±2,58	5,98±2,35	6,74±2,25	
<b>Puntuación total CD DSMIV-TR</b>	4,29±1,33	4,09±1,28	4,39±1,31	
<b>Número de sesiones a las que asiste</b>	3,18±2,22	4,46±2,65	4,15±2,69	<b>1,6E-08 4,6E-05</b>

En la tabla 43, que refleja las puntuaciones medias en las principales variables relativas al estado de ánimo actual, se aprecia cómo, en comparación con los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico, los consumidores de cannabis puntúan significativamente más alto en las variables de sintomatología depresiva, de ansiedad y estrés; y responden afirmativamente en una menor proporción a la pregunta sobre si consideran que están con buena moral en la actualidad, presentando aproximadamente las mismas puntuaciones que los pacientes con diagnóstico psiquiátrico.

**Tabla 43**

*Puntuaciones medias y porcentajes de las principales variables relativas al estado de ánimo actual en función del diagnóstico*

	Sin diagnóstico psiquiátrico			Significación	
	Cannabis (Ca) (media/%±DT)	(NP) (media/%±DT)	Con diagnóstico psiquiátrico (P) (media/%±DT)	Ca-NP	Ca-P
<b>Golberg ansiedad 1-4</b>	2,54±1,49	1,89±1,57	2,36±1,54	<b>1,8E-06</b>	
<b>Golberg ansiedad total</b>	5,46±2,46	4,09±2,67	4,96±2,70	<b>1,4E-09</b>	
<b>Golberg depresión 1-4</b>	1,71±1,49	1,19±1,33	1,72±1,45	<b>1,4E-05</b>	
<b>Golberg depresión total</b>	3,59±2,46	2,50±2,38	3,51±2,60	<b>2,4E-07</b>	
<b>Predicción 12</b>	12,9%±0,96	15,1%±0,86	12,6%±0,96	<b>9,8E-03</b>	
<b>Estrés total</b>	20,04±7,85	16,32±7,87	18,93±8,24	<b>1,5E-10</b>	

En relación con los factoriales de la escala RAM (tabla 44) se aprecian puntuaciones medias mayores en el RAM 3, RAM 5 “Imagen” y RAM 12 en comparación con los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico; y en el RAM 10 (que incluye el consumo de alcohol) con ambos grupos.

Tabla 44

Puntuaciones medias en los factoriales de la escala RAM en función del tipo de diagnóstico

	Cannabis (Ca) (media±DT)	Sin diagnóstico	Con diagnóstico	Significación	
		psiquiátrico (NP) (media±DT)	psiquiátrico (P) (media±DT)	Ca-NP	Ca-P
RAM 1 Adicción (punt. 0-30)	19,72±6,32	19,23±6,78	20,51±6,47		
RAM 2 Sedación (punt. 0-12)	9,33±2,47	9,01±2,92	9,69±2,61		
RAM 3 Interacción social y afrontamiento de estados de soledad (punt. 0-15)	5,01±3,89	4,07±3,47	4,88±3,65	<b>1,2E-10</b>	
RAM 4 Estimulación (punt. 0-15)	6,89±4,16	6,47±4,04	6,99±4,10		
RAM 5 Imagen (punt. 0-9)	0,83±1,70	0,51±1,28	0,65±1,52	<b>1,4E-02</b>	
RAM 6 Actividad boca/mano (punt. 0-12)	4,90±3,14	4,48±3,21	4,95±3,35		
RAM 7 Automatismo (punt. 0-9)	3,14±2,28	3,31±2,47	3,59±2,60		
RAM 8 Indulgencia (punt. 0-6)	4,19±1,70	3,94±1,80	3,98±1,85		
RAM 9 (punt. 0-9)	5,03±2,48	5,20±2,56	5,37±2,48		
RAM 10 (punt. 0-12)	7,52±2,67	5,98±2,76	5,67±2,81	<b>6,2E-11</b>	<b>1,4E-14</b>
RAM 11 Peso (punt. 0-6)	0,66±0,86	0,70±0,95	0,74±0,98		
RAM 12 (punt. 0-9)	1,72±1,64	1,35±1,73	1,51±1,80	<b>3,4E-02</b>	
RAM 13 (punt. 0-6)	4,81±1,36	4,94±1,47	4,80±1,57		

Como se aprecia en la tabla 45, las puntuaciones medias son menores en los 3 factoriales de autoeficacia y en los factoriales 3 (presencia de problemas laborales y familiares) y 4 (estado de ánimo y constancia) de predicción. La puntuación media es mayor en el caso del factorial 6 de predicción (“tengo hijos de corta edad”).

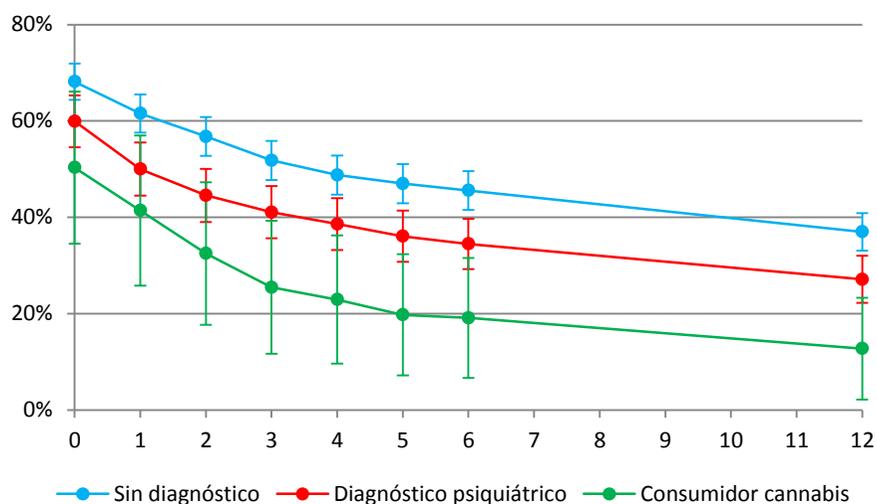
Tabla 45

Puntuaciones medias en los factoriales de autoeficacia y predicción en función del tipo de diagnóstico

	Cannabis (Ca) (media±DT)	Sin diagnóstico	Con diagnóstico	Significación	
		psiquiátrico (NP) (media±DT)	psiquiátrico (P) (media±DT)	Ca-NP	Ca-P
F1 Sedación	17,90±11,53	21,61±12,21	19,73±12,13	<b>7,2E-04</b>	
F2 Imagen/peso	44,48±9,33	46,22±7,07	45,35±8,06	<b>1,6E-02</b>	
F3 Sociabilidad	20,33±10,35	24,68±10,76	24,90±11,09	<b>4,6E-06</b>	<b>2,5E-06</b>
F1 Predicción	2,58±0,73	2,48±0,77	2,47±0,78		
F2 Predicción	1,11±1,27	1,19±1,27	1,16±1,24		
F3 Predicción	3,12±1,55	3,78±1,32	3,35±1,44	<b>2,4E-08</b>	

<b>F4 Predicción</b>	3,11±1,45	3,45±1,35	3,02±1,44	<b>9,5E-03</b>
<b>F5 Predicción</b>	3,97±0,23	3,94±0,39	3,93±0,42	
<b>F6 Predicción</b>	0,73±0,96	0,58±0,91	0,53±0,88	<b>3,1E-02</b>

La figura 50 representa la evolución de las tasas de abstinencia de los 3 grupos de pacientes a lo largo de toda la serie temporal. Se aprecia cómo los consumidores de cannabis presentan tasas significativamente más bajas en todos los casos: a los 12 meses el porcentaje de abstinentes es del 13% entre los consumidores de cannabis, frente al 27% y 37% de pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico, respectivamente.



**Figura 50**

*Evolución de la tasa de cesación de consumidores de cannabis en comparación con los pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico*

De este modo, tal y como se observa en la tabla 46, las OR de los consumidores de cannabis son estadísticamente significativas en todos los casos y muestran una menor probabilidad de estar abstinentes el día D, de no recaer antes del sexto mes y, finalmente, de estar abstinentes al año.

**Tabla 46***OR de estar abstinente o recaer en función del diagnóstico*

	Cannabis vs. sin diagnóstico (OR/IC/Sig.)		Cannabis vs. con diagnóstico (OR/IC/Sig.)	
Estar abstinente el día D	0,47	[0,34-0,65]	4,1E-06	0,68 [0,49-0,94] 2,1E-02
No recaer entre el día D y el sexto mes	0,30	[0,15-0,40]	1,4E-07	0,45 [0,24-0,64] 8,6E-04
Estar abstinente al año	0,25	[0,19-0,48]	7,8E-10	0,39 [0,28-0,73] 9,8E-05

#### 4.5.2 Comparación de consumidores de cannabis en virtud de si tienen o no un diagnóstico de patología psiquiátrica

En este apartado se procede a dividir a los consumidores de cannabis en dos grupos, en virtud de si tienen o no algún diagnóstico psiquiátrico, al margen del hecho de que, quizá en algún caso, el consumo de cannabis ya pueda estar siendo un trastorno clínicamente significativo.

En la tabla 47 se representan los porcentajes y puntuaciones medias de las principales variables estudiadas. Se aprecia cómo no existen diferencias en ninguna de ellas.

**Tabla 47***Puntuaciones medias y porcentajes de las principales variables objeto de estudio, en función del tipo de diagnóstico*

	Sin diagnóstico psiquiátrico (media/%±DT)	Con diagnóstico psiquiátrico (media/%±DT)	Sig.
Sexo (porcentaje de varones)	71,60%±45,37	64,47%±48,18	3,4E-01
Edad actual	38,14±9,38	40,21±10,22	1,9E-01
Número de cigarrillos/día	23,96±11,56	25,53±13,85	4,4E-01
Edad consumo diario	15,95±3,48	15,76±2,95	7,2E-01
Dificultad para dejarlo	8,23±1,97	7,96±1,96	3,8E-01
Apoyo familiar	7,48±3,47	7,50±3,70	9,7E-01
Intentos de abandono (máx. 12)	3,11±2,77	2,51±2,96	1,9E-01
Máximos días de abstinencia (máx. 365)	78,99±113,50	74,20±118,21	8,0E-01
Fase de cambio 2	0,95±0,22	0,91±0,29	3,0E-01
Tiempo que tarda en fumar el primer cigarrillo (en minutos)	2,17±0,89	2,32±0,93	3,3E-01
Puntuación total FTND	6,10±2,60	6,64±2,54	1,9E-01
Puntuación total CD DSMIV-TR	4,43±1,33	4,14±1,31	1,8E-01
Número de sesiones a las que asiste	3,01±2,03	3,36±2,40	3,4E-01

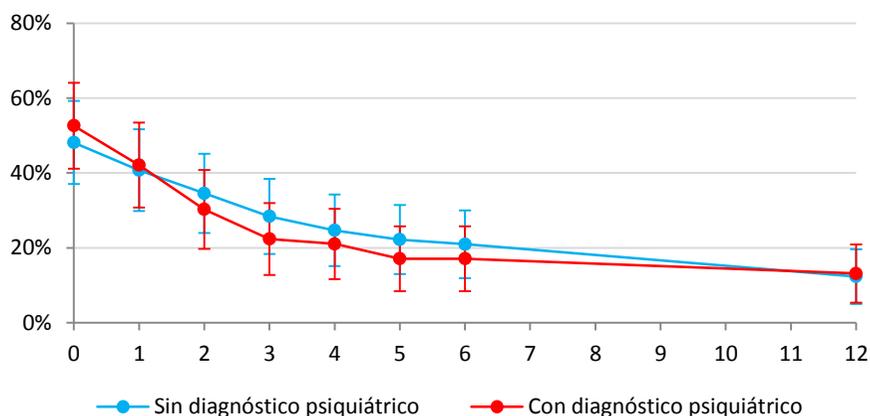
Tampoco se aprecian diferencias en las variables que valoran el estado de ánimo actual, reflejadas en la tabla 48.

**Tabla 48**

*Puntuaciones medias y porcentajes de las principales variables objeto de estudio, en función del tipo de diagnóstico*

	Sin diagnóstico psiquiátrico (media/%±DT)	Con diagnóstico psiquiátrico (media/%±DT)	Sig.
Golberg ansiedad 1-4	2,57±1,42	2,50±1,57	7,8E-01
Golberg ansiedad total	5,48±2,21	5,45±2,72	9,3E-01
Golberg depresión 1-4	1,68±1,49	1,74±1,51	8,1E-01
Golberg depresión total	3,43±2,27	3,76±2,64	4,0E-01
Predicción 12	1,26±0,97	1,32±0,96	7,1E-01
Estrés total	20,03±7,42	20,07±8,32	9,7E-01

La figura 51 representa la evolución de las tasas de cesación a lo largo del tratamiento. Se observa cómo los porcentajes de pacientes abstinentes son similares entre ambos grupos en toda la serie temporal.



**Figura 51**

*Evolución de la tasa de cesación de consumidores de cannabis en función de la presencia o ausencia de un diagnóstico psiquiátrico*

Consecuentemente las OR, representadas en la tabla 49, muestran que ambos grupos tienen las mismas probabilidades tanto de estar abstinentes el día D, no recaer durante los primeros seis meses de tratamiento y, finalmente de estar abstinentes al año.

**Tabla 49**

*OR de estar abstinente o recaer (consumidores de cannabis con diagnóstico de patología psiquiátrica vs sin diagnóstico)*

	<b>Odd Ratio (OR/IC/Sig.)</b>
<b>Estar abstinente el día D</b>	<b>0,84</b> [0,44-1,57] 5,7E-01
<b>No recaer entre el día D y el sexto mes</b>	<b>1,60</b> [0,64-4,05] 3,1E-01
<b>Estar abstinente al año</b>	<b>0,93</b> [0,36-2,40] 8,8E-01

# Capítulo 5

---

## **Discusión**



## 5 Discusión

### 5.1 Principales resultados

#### 5.1.1 Diferencias observadas entre quienes tienen un diagnóstico psiquiátrico y aquellos que no lo tienen

Se han identificado un conjunto de variables que actúan como predictoras de cesación a los 12 meses, tanto en pacientes con diagnóstico psiquiátrico como en aquellos que no lo tienen. Estas son: apoyo familiar, máximos días de abstinencia alcanzados en intentos previos, puntuación en el FTND, puntuación en la subescala de depresión del Goldberg y, finalmente, el consumo de cannabis.

Se ha encontrado que la evolución de la tasa de abstinencia en pacientes con diagnóstico psiquiátrico es significativamente inferior que la de aquellos que no poseen este diagnóstico: por un lado se ve cómo la proporción de abstinentes el día D es menor (59,5% frente al 68,2%), y además tienen un 50% más de probabilidades de recaer durante los primeros seis meses. De este modo, la diferencia en la tasa de abstinencia a los 12 meses es de 10 puntos: el 37,0% de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico siguen abstinentes, frente al 27,1% de aquellos que sí tienen algún diagnóstico psiquiátrico.

No se aprecian diferencias en la motivación o disposición para dejar de fumar ni en los intentos previos. Sin embargo los pacientes con diagnóstico psiquiátrico refieren mayor dificultad y menor apoyo familiar y posibilidad de estar abstinentes durante 1 año.

Se ha encontrado también que los pacientes con diagnóstico psiquiátrico parecen ser más dependientes de la nicotina, ya que fuman más cantidad (más los varones), puntúan más alto en las escalas de dependencia disponibles y en los factoriales obtenidos a partir de éstas.

También se aprecian diferencias al analizar la valoración funcional del consumo de tabaco. El estudio de antecedentes y consecuentes muestra cómo los pacientes con diagnóstico psiquiátrico tienen el tabaco mucho más asociado a la mayoría de los aspectos estudiados. La excepción es el componente de indulgencia y el de control de peso. Estos hallazgos son coherentes con el hecho de que perciben una capacidad significativamente inferior, con respecto a pacientes sin diagnóstico psiquiátrico, para resistir el consumo de tabaco en determinadas situaciones.

Cuando se analizan las variables que miden el estado de ánimo actual, destaca el hecho de que los pacientes con diagnóstico psiquiátrico refieren mayor sintomatología de ansiedad, depresión y estrés; así como mayores problemas en los planos familiar y laboral.

También se ha analizado la influencia de diferentes niveles de una serie de variables predictoras de cesación (dependencia, sintomatología depresiva, estrés, apoyo familiar, abstinencia máxima alcanzada en intentos previos y fase de cambio) sobre las tasas de abstinencia de nuestros pacientes con patología psiquiátrica. En este caso se ha visto cómo estas variables han explicado solo una parte de la reducción de la tasa de abandono, en comparación con la población sin diagnóstico psiquiátrico.

### **5.1.2 Diferencias observadas por tipo de diagnóstico**

Se ha visto también que los tipos de diagnósticos de los cuales se tiene información presentan tasas de abstinencia a los 12 meses diferentes:

1. En todas las categorías de diagnósticos, a excepción del trastorno por uso de sustancias, la concurrencia de más de un diagnóstico implica una reducción de su tasa de abandono, en comparación con quienes presentan, en cada caso, un solo diagnóstico.
2. Los pacientes con diagnóstico psicótico que no tienen ningún otro trastorno presentan tasas similares a los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico.
3. Los pacientes con diagnósticos de ansiedad o depresión aislados presentan tasas algo menores que aquellos sin diagnóstico psiquiátrico. Aquellos con diagnóstico mixto ansioso-depresivo tienen tasas de abandono un poco más bajas.
4. Los pacientes de las categorías de trastorno bipolar, por uso de sustancias y múltiples poseen las tasas de abstinencia al año más bajas, alrededor del 18-21%.

### **5.1.3 Consumidores de cannabis**

En relación con los consumidores de cannabis se observa que presentan las tasas de abstinencia más bajas de este estudio (con cifras en torno al 12-13%), incluso menores que los pacientes con diagnósticos psiquiátricos múltiples que, con tasas de abstinencia ligeramente por debajo del 20% eran, hasta el momento, quienes dejaban de fumar en menor proporción.

De este modo la presencia de un consumo de cannabis reduce la probabilidad de cesación en más de un 60% en comparación con la población que refiere no consumir esta sustancia. Y esta reducción es similar tanto para los consumidores de cannabis sin diagnóstico psiquiátrico como en aquellos que sí lo presentan.

Para casi todas las variables objeto de estudio los consumidores de cannabis, con independencia de si poseen o no un diagnóstico psiquiátrico, se diferencian

significativamente de la población sin diagnóstico psiquiátrico, y se comportan de manera similar a los pacientes con diagnóstico psiquiátrico.

Por último, no se aprecian diferencias significativas ni en la cesación ni en ninguna otra variable de estudio entre los consumidores de cannabis con diagnóstico psiquiátrico y aquellos que sí lo poseen.

## 5.2 Limitaciones del estudio

Este estudio presenta una serie de limitaciones que conviene tener en cuenta al analizar sus resultados e intentar extraer conclusiones extrapolables de los mismos.

- 1) La primera es que se trata de un estudio observacional con la posible vulnerabilidad al efecto de los factores de confusión. Este hecho se intenta minimizar utilizando un análisis multivariante. En cualquier caso, al no ser un ensayo clínico controlado, la causalidad de las asociaciones encontradas debe ser inferida indirectamente y tiene menor fuerza.
- 2) Una segunda limitación que se puede atribuir al trabajo es que no consta la adherencia de los pacientes a los tratamientos prescritos: parte de las diferencias encontradas podrían ser explicadas por ella.

La adherencia a las indicaciones terapéuticas, en general, y a los tratamientos farmacológicos en particular, está descrita como uno de los principales factores pronósticos de cesación (Vangeli y cols., 2011; Esteban, 2016). En tabaco es frecuente encontrar una baja adhesión a la prescripción farmacéutica en población general (Hyland y cols., 2006; Burns & Levinson, 2008; Salvador & Ayesta, 2009; Balmford y cols., 2011). Lo ideal hubiera sido objetivar la adherencia a las pautas farmacéuticas prescritas, pero el simple hecho de indagar en ellas y obtener un informe subjetivo de los pacientes respecto a ellas podría haber sido útil también. En cualquier caso, cara a analizar la efectividad de la intervención, que depende de cómo se comportan los pacientes en la vida real, el análisis de la adherencia no es tan relevante.

Algunos otros potenciales factores predictores tampoco se han tenido en cuenta porque no se recogen en la historia clínica que se realiza en la Unidad, como son el nivel de estudios, el nivel socio-económico o la motivación referida.

- 3) Otra limitación es que, al tratarse de una unidad especializada a la que son derivadas personas fumadoras siguiendo unos criterios protocolizados (ver *métodos*), el grupo control utilizado -resto de pacientes de la Unidad- hace que los resultados obtenidos no sean totalmente extrapolables a la población general, ya que su consumo puede presentar alguna diferencia relevante respecto a las personas que se considera necesario

que reciban un tratamiento más intensivo. En cualquier caso, es bastante presumible que, desde el punto de vista de la cesación, este grupo control se comporte peor que un grupo realmente representativo de la población general.

El subgrupo de pacientes derivados por *otras causas* podría servir en cierto modo como grupo representativo de la población general, pero al haber eliminado de este grupo a aquellos que presentaban cualquiera de los otros criterios de derivación (incluido el de presencia de un diagnóstico psiquiátrico), este subgrupo probablemente presenta un sesgo favorable hacia menor prevalencia de factores pronósticos negativos.

- 4) La falta de validación de la abstinencia a los doce meses por cooximetría u otros marcadores biológicos objetivos puede ser también considerada como una limitación. No obstante, según las directrices de la *Society for Research on Nicotine and Tobacco* (SNRT, 2002), la abstinencia declarada puede considerarse válida en este tipo de estudios y la mayoría de publicaciones que revisan la validez de la auto-declaración de abstinencia señalan que el porcentaje de falsos negativos es inferior al 10% (Barrueco y cols., 2005). Por ello, se estima que la fiabilidad de la respuesta es habitualmente elevada y debe ser tenida en cuenta (Carreras y cols., 2007; West y cols., 2007; Wong y cols., 2012) han encontrado también que en este tipo de estudios las tasas de abstinencia referidas se ajustan a las validadas y que no existe el tipo de sesgo que se observa en los ensayos clínicos, donde hay mayor presión social para referir abstinencia.

Éste parece ser nuestro caso, ya que durante el periodo de visitas mensuales continuadas los resultados de la cooximetría y la auto-declaración concuerdan plenamente y se consigue mantener el vínculo terapéutico. La evolución de la curva del curso temporal de la abstinencia desde los seis a los doce meses que se observa en todas las circunstancias analizadas refrenda que los datos de los doce meses obtenidos en la auto-declaración son fidedignos en su mayor parte.

- 5) Otra limitación proviene de la imprecisión de las categorías diagnósticas que han dado lugar a la derivación. Quien llega a la UDESTA puede venir ya con un diagnóstico o no. En el primer caso, éste puede haber sido elaborado por profesionales de la Psiquiatría o por otros profesionales médicos, quizá menos rigurosos al respecto. Las hojas de interconsulta recogen diagnósticos generales, imprecisos, resumidos, con poca o ninguna información adicional; y esto, al margen de que estén bien hechos. En otras ocasiones el diagnóstico es realizado en la Unidad durante la entrevista inicial, al referir el paciente su historial clínico y los psicofármacos que toma o ha tomado.

De este modo resulta imposible diferenciar, dentro de cada categoría, el tipo concreto de trastorno, su inicio, evolución, etc. Así se ha perdido información que permitiría diferenciar por tipos concretos de trastornos (las características de una fobia específica

difieren mucho de un trastorno de ansiedad generalizada), historia o curso actual, gravedad y su influencia en las tasas de cesación.

- 6) Por último, aunque obviamente pueden referirse más, es una limitación el hecho de que se posee poca información sobre los consumidores de cannabis. Al margen de la descripción de su patrón de consumo, no hay datos sobre el objetivo de estos pacientes en el intento que realizan en UDESTA: la impresión general de los profesionales es que estos pacientes desean, en su mayoría, dejar ambas sustancias. Aquellos que desean, al menos inicialmente, abandonar el consumo de tabaco y mantener (o reducir) el de cannabis serían una minoría. Sin embargo, como se ha mencionado, se trata de una apreciación, ya que esta información no se ha recogido de manera sistemática. Esto debe ser tenido en cuenta al formular cualquier tipo de conclusión sobre estos pacientes.

### 5.3 Consumo y cesación

En este estudio, una vez eliminadas las embarazadas del análisis, se observan dos grandes grupos de pacientes, muy homogéneos internamente, y diferentes en la evolución del curso temporal de la abstinencia. Por un lado tenemos al grupo de personas fumadoras sin diagnóstico psiquiátrico, conformado por tres tipos de pacientes:

1. Aquellos que presentan algún tipo de patología orgánica grave (y que, por lo tanto, conviene que dejen de fumar minimizando la posibilidad de recaída, con independencia de su nivel de compromiso o motivación para hacerlo).
2. Pacientes que han realizado en el pasado varios intentos de abandono, ayudados por algún profesional, y que no han conseguido la abstinencia (por lo que se podría argumentar que son personas fumadoras con un nivel de dependencia mayor que la media del grupo al que pertenecen).
3. Personas fumadoras pertenecientes a colectivos modélicos (sanitarios, docentes, resto de trabajadores públicos) y acompañantes de alguna persona derivada a UDESTA, que no reúnen ninguno de los criterios de clasificación (de derivación) empleados en este trabajo.

Y en segundo término estaría el grupo de pacientes con algún tipo de diagnóstico psiquiátrico, con una gran variabilidad en lo que respecta a tipo de diagnóstico:

1. Trastornos depresivos, de ansiedad y mixtos ansioso-depresivos
2. Trastornos bipolares.

3. Trastornos psicóticos.
4. Trastornos por uso de sustancias.
5. Otros (trastornos de la alimentación, de la personalidad, discapacidad intelectual,...)

### 5.3.1 Pacientes sin diagnóstico psiquiátrico

En relación con el grupo de pacientes sin diagnóstico psiquiátrico llaman la atención dos cosas. En primer lugar, los **pacientes con varios intentos** previos: en teoría son más dependientes que el resto, pero en la práctica no presentan menores tasas de cesación. El número de intentos se utiliza en ocasiones como prueba objetivable de una mayor dependencia (al igual que el número de cigarrillos o las puntuaciones en depresión en otras ocasiones) (Zvolenski y cols. 2015). Sin embargo, es sólo una medición indirecta de la dependencia, que no siempre se correlaciona con las tasas de cesación, como en nuestro caso.

Por otro lado, el grupo de **pacientes procedentes de otros colectivos** modélicos no presenta una tasa de abandono muy superior a los otros dos, algo que en teoría sería esperable, máxime cuando de este grupo se reclasificaron en su categoría correspondiente a aquellos que presentaban alguno de los otros criterios diagnósticos (patología psiquiátrica, patología orgánica grave e intentos previos).

Esta ausencia de diferencia quizá podría explicarse por la intensidad de la intervención. La evidencia muestra que, hasta ciertos límites, la eficacia de la intervención en tabaco es dependiente de la intensidad de la intervención, tanto en lo que respecta al tiempo dedicado, al número de sesiones dedicadas y al número de profesionales implicados en el proceso (Fiore y cols., 2008). Es posible que parte de este colectivo no hubiera necesitado una intervención tan intensiva y que las tasas obtenidas reflejan la eficacia máxima obtenible con este tipo de intervención, lo cual incrementaría las tasas de abandono de los pacientes con peor pronóstico y no alteraría significativamente las de este subgrupo. Otra posible explicación se refiere al hecho de que parte de estas personas podrían estar menos motivadas para la cesación por percibir menores problemas derivados del consumo y, por tanto, menores señales de dependencia.

### 5.3.2 Pacientes con diagnóstico psiquiátrico

#### **Fuman más, y son más dependientes**

En relación con el grupo de pacientes con diagnóstico psiquiátrico, vemos cómo fuman más que aquellos sin diagnóstico, concretamente 2,5 cigarrillos/día más. Esto se traduce en un

incremento significativo en la puntuación media de la primera pregunta del FTND. Este mayor consumo de cigarrillos se encuentra en prácticamente todos los estudios que lo analizan (Lasser y cols., 2000; Fiore y cols., 2008; Volensky y cols., 2015). Y puntúan más alto en las escalas de dependencia, lo cual también está ampliamente descrito (Rodríguez y cols., 2012). Como se observa en la figura 22, la línea de tendencia indica que las personas con diagnóstico psiquiátrico puntúan más alto en el FTND en todas las edades. De hecho, como se ha comentado en el apartado de resultados, los pacientes con diagnóstico psiquiátrico tienen un 80% más de probabilidades de puntuar 8 o más, y un 75% más de referir que consumen el primer cigarrillo del día antes de los primeros cinco minutos después de haberse levantado.

Llama la atención que en el análisis mostrado en la figura 24 (elaboración propia), la puntuación conjunta de las 3 escalas que miden dependencia es directamente proporcional al porcentaje de personas con un diagnóstico psiquiátrico.

En el análisis de los factoriales de adicción se observa cómo hay diferencias estadísticamente significativas en 3 de los 4. A parte del factorial 1, que recoge el FTND en su mayor parte (y en el que se observa un incremento del 12%), destaca el factorial 4, con un incremento del 27,2%. Este factorial agrupa las preguntas de tolerancia y sintomatología de abstinencia. Todo esto concuerda con Hughes (2007) y Spring y cols. (2003), que encuentra un mayor poder reforzador del consumo y con otros estudios que concluyen que las personas fumadoras con un diagnóstico perciben una sintomatología de abstinencia más intensa (Stepankova y cols., 2013; Ruther y cols., 2014).

Sin embargo, no presentan más intentos previos. Esto es algo lógico: al fin y al cabo, el criterio de número de intentos previos se dirige a comprobar si existe o no dependencia, algo que se comprueba objetivamente cuando existen recaídas previas, y que no es claro cuando nunca se ha intentado abandonar el consumo (Ayesta y cols., 2014). En nuestra muestra, como se ha comentado, los pacientes psiquiátricos presentaban, de media, casi tres intentos previos de cesación (2,9 frente a 3,7; NS), lo cual no deja dudas sobre si eran dependientes o no, al margen de sus puntuaciones en las diversas escalas y factoriales ya comentados.

### **Presentan tasas de cesación más bajas**

Las bajas tasas de cesación observadas en pacientes con diagnóstico psiquiátrico se producen tras una intervención intensiva en cuanto a número de sesiones, tiempo total de contacto y número de profesionales implicados (Fiore y cols., 2008).

Este es un hallazgo frecuente (Morris y cols., 2007; Schroeder y Morris, 2010; Mackowich y cols., 2012; Veiga y cols., 2012), aunque otros autores refieren tasas más altas que en este caso (Stepankova y cols., 2013). Esta discrepancia podría ser debida a una mayor intensidad selectiva de la intervención (en función de las necesidades de cada tipo de paciente), un contenido de las sesiones adaptado (a las necesidades específicas ya comentadas) o a que alguna de las variables predictoras de cesación no se diferenciaban tanto de su grupo control.

### **Otras características de la muestra que podrían explicar las tasas de cesación más bajas**

Relacionado con lo anterior, la disminución en las tasas de abstinencia observadas en nuestra muestra de pacientes con diagnóstico psiquiátrico podría explicarse por la concurrencia de un conjunto de factores predictores de menor cesación.

En primer lugar habría que mencionar el mayor consumo de tabaco y la mayor intensidad de la dependencia, ya comentados anteriormente.

Adicionalmente, otros aspectos que podrían ayudar a explicar esta menor tasa de cesación serían los siguientes:

1. **Edad de inicio del consumo de tabaco más temprana.** En relación con la edad de inicio se ha descrito (Vangeli y cols., 2011) que la dependencia tiende a ser inversamente proporcional a la primera. Esto es lógico, ya que en nuestra muestra una menor edad de inicio correlaciona directamente con mayor consumo diario de cigarrillos, mayor nivel de dificultad percibida para dejar de fumar, mayores puntuaciones en los test de dependencia, peores puntuaciones en las variables relativas a estado de ánimo y, consecuentemente, con una menor tasa de cesación a los 12 meses (Martín, 2016).
2. **Menor apoyo familiar referido.** En nuestro estudio, el grado de apoyo familiar referido, se ha mostrado como una de las variables predictoras de cesación a corto y largo plazo más influyentes: por cada punto de apoyo referido (en una escala de 0 a 10) las probabilidades de estar abstinentes al año se multiplican por un factor de 3,8% en los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico, y 4,8% en aquellos que sí poseen un diagnóstico. En nuestra búsqueda bibliográfica no hemos encontrado ninguna referencia específica a la influencia del grado de apoyo familiar en el resultado del tratamiento. Sin embargo, la guía americana (Fiore y cols., 2008) describe que lo que denominan “apoyo social extratratamiento” está relacionado con mayores tasas de abstinencia y debe ser recomendado (con un grado de evidencia B).

3. **Peor resultado en las variables que miden estado de ánimo.** Como ya se ha comentado, los pacientes con diagnóstico psiquiátrico puntúan significativamente más alto en las 18 preguntas del test de Goldberg (subescalas de ansiedad y depresión) y en las 10 del test de estrés percibido. Es lógico esperar una mayor puntuación en estas escalas, pero es llamativo el hecho de que esta diferencia sea tan sistemática.

En la escala de depresión puntúan más de un 40% más y tienen el doble de probabilidades de puntuar por encima de cualquiera de los puntos de corte escogidos. En la escala de ansiedad las diferencias son un poco más pequeñas, aunque siempre superiores al 20%. En este caso, la probabilidad de puntuar por encima de cualquiera de los puntos de corte establecidos es un 75% superior. Resultados similares a los que se obtienen en el test de estrés percibido.

Estos hallazgos son similares a otros descritos en la literatura (Goldberg y cols., 1988; Cohen y Williamsom, 1988; Taylor, 2015).

Como se ha observado en el análisis multivariante, la puntuación en la subescala de depresión del test de Goldberg es predictora de cesación a los 12 meses en los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico, así como en el total de la muestra (Martín, 2016). En los pacientes con diagnóstico psiquiátrico se observa también cómo las puntuaciones obtenidas en ansiedad, depresión y estrés están incluidas en el paso final del modelo ajustado (aunque su significación se encuentra por encima del límite del 5%). Como se observa en las figuras 34 y 35, las puntuaciones obtenidas en la subescala de depresión y en el test de estrés percibido, influyen en las tasas de abstinencia que se consiguen.

4. **Mayor asociación del consumo a estados de ánimo negativos, y menor percepción de autoeficacia** (para resistir el consumo) en esas situaciones. En virtud del peor estado de ánimo de esta población fumadora con un diagnóstico de patología psiquiátrica, es lógico pensar que el consumo de tabaco esté especialmente asociado a estas situaciones de estado de ánimo negativo (componente de *sedación* de las escalas de valoración funcional de la conducta). De hecho es lo que sucede: aunque el incremento de la puntuación media (en el componente de *sedación* del test de Russell) no es muy grande (un 8%), se observa que la probabilidad de que estos pacientes refieran que eso les ocurre “bastante o mucho” frente a “algo o nada” en las situaciones descritas en las preguntas del test es un 50% superior (a la de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico). Y la probabilidad de referir que les ocurre “mucho” (frente a todas las demás opciones) es un 60% superior.

Esta tendencia observada en el componente de *sedación* se observa, en menor grado (aunque estadísticamente significativo) en los componentes de *automatismo*, *manipulación* y *estimulación* y, en cierto modo, en el de *imagen*. El único componente en el que no se aprecian diferencias es el de *indulgencia* (fumar asociado a situaciones placenteras).

Así, se aprecia como no hay diferencia en el placer percibido por ambos grupos de pacientes al fumar, sin embargo, los pacientes con diagnóstico psiquiátrico refieren que el consumo de tabaco les aporta mucho más como herramienta de cada uno de los demás componentes estudiados. Además, diversos autores (Fidler y West, 2011; Li y cols., 2010) han descrito que disfrutar fumando no se asocia con menores tasas de cesación en los intentos que se realizan (aunque sí en las probabilidades de realizar intentos).

En coherencia con todo lo descrito sobre asociación del consumo de tabaco, en nuestra muestra también se ha encontrado que los pacientes con diagnóstico psiquiátrico refirieron una capacidad menor que aquellos sin diagnóstico para resistir el consumo asociado a estados de ánimo negativos.

Un resultado llamativo es el hecho de que los pacientes con diagnóstico refieren mayor capacidad de resistencia en situaciones asociadas al consumo de alcohol (incremento de puntuación media de un 8%). Algo coherente en virtud de la menor asociación que refieren los pacientes con diagnóstico psiquiátrico del consumo de estas dos sustancias. De hecho, los pacientes con diagnóstico psiquiátrico tienen un 87% más de probabilidades de referir que “esto no les sucede en absoluto”.

Un factor que podría ejercer como variable confusora es el hecho de que los pacientes sean atendidos por distintos profesionales, algo que en nuestro caso no ocurre. Brose y cols. (2012) describieron que el principal factor predictor de la abstinencia o recaída de los pacientes fumadores tratados en el sistema nacional de salud británico era precisamente el terapeuta, por encima de otras variables.

### **5.3.3 Análisis de variables moduladoras de las tasas de cesación**

Hemos llevado a cabo un análisis de la influencia sobre las tasas de cesación de aquellas variables que resultaron ser predictoras de cesación (como se observa en las tablas 4 y 5, que reflejan los resultados del análisis multivariante) y en las que, además, las personas fumadoras con diagnóstico psiquiátrico puntuaron significativamente más alto que aquellos

sin diagnóstico. De este modo, para cada una de las 7 variables se seleccionó el punto de corte que resultaba más predictor de cesación.

Fruto de este análisis se ha visto lo siguiente:

1. **Dependencia a la nicotina.** Como se aprecia en la figura 33, los pacientes con puntuaciones más altas en el FTND están abstinentes en menor proporción que aquellos con puntuaciones más bajas. Y a igualdad de nivel de dependencia, la tasa de abstinencia de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico es significativamente menor que la de aquellos sin él. De hecho, se observa que la abstinencia de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico y FTND bajo evoluciona de manera prácticamente similar a los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico y con niveles de FTND bajo. A igualdad de puntuación en el FTND, los pacientes con diagnóstico psiquiátrico tienen más probabilidades de recaer y, por tanto, menos probabilidades de estar abstinentes al año. En la tabla 22 se aprecia cómo las OR de conseguir estar abstinentes o de recaer en un periodo concreto es, para los pacientes psiquiátricos, independiente de su puntuación en el FTND.
2. **Sintomatología depresiva.** El patrón de evolución de la abstinencia según la dependencia a la nicotina descrito en el párrafo anterior se vuelve a observar de manera casi idéntica cuando la variable de análisis es la puntuación en las 4 primeras preguntas de la subescala de depresión del test de Goldberg (figura 34). De este modo, se aprecia que la presencia de un diagnóstico disminuye de manera similar las tasas de abstinencia en quienes puntúan por encima o por debajo del punto de corte (tabla 23).
3. **Sintomatología de estrés.** El mismo fenómeno se observa cuando se utiliza el punto de corte intermedio de la escala de estrés percibido: los pacientes con diagnóstico psiquiátrico y estrés bajo se comportan de manera similar a aquellos sin diagnóstico psiquiátrico y nivel de estrés alto (figura 35), no observándose diferencias en la probabilidad de que los psiquiátricos estén abstinentes al año en función de la puntuación en esta escala (tabla 24).
4. **Estar con buena moral.** El análisis de la respuesta a la pregunta 12 de la batería de cuestiones potencialmente predictoras (“Estoy con buena moral actualmente”) arroja resultados similares. Aquellos pacientes con diagnóstico psiquiátrico que responden afirmativamente presentan tasas de abstinencia similares a las de los pacientes sin diagnóstico que consideran no estarlo (figura 36).
5. **Apoyo familiar.** En la figura 37 se aprecia el mismo patrón de evolución de la abstinencia que en las figuras anteriores: quienes refieren menos apoyo lo dejan en

menor medida y, quienes tienen un diagnóstico psiquiátrico también presentan tasas de cesación más bajas. Llama la atención que, en este caso, la evolución temporal de la abstinencia de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico y apoyo bajo es idéntica a la de aquellos con diagnóstico psiquiátrico y alto grado de apoyo familiar (tabla 26).

6. **Máximos días de abstinencia en intentos previos.** Al comparar la influencia de haber conseguido, al menos, un mes de abstinencia en algún intento previo, vuelve a observarse este patrón (figura 38): las tasas de cesación de quienes tienen un diagnóstico psiquiátrico y refieren una abstinencia previa superior a un mes son similares a las de quienes no tenían diagnóstico psiquiátrico y declaraban no haber sido capaces de haber estado abstinentes al menos un mes.
7. **Disposición a dejar de fumar (en el próximo mes).** En lo que se refiere a la disposición a dejar de fumar en el mes siguiente (aspecto valorado en la evaluación inicial, antes de las sesiones de preparación) se observa un patrón algo distinto, ya que quienes responden negativamente a esta pregunta presentan tasas de cesación bastante más bajas, aunque carezcan de un diagnóstico psiquiátrico (figura 39). Y, consecuentemente, no se observan diferencias entre éstos y quienes, teniendo un diagnóstico psiquiátrico, responden no estar dispuestos.

#### 5.3.4 Repercusiones clínicas

De estas 7 variables, los máximos días de abstinencia alcanzados en el intento previo más duradero es inmodificable; y la dependencia no lo es propiamente. La disposición a dejar de fumar en el próximo mes y el apoyo familiar sí podrían llegar a serlo, al igual que las 3 que se refieren al estado anímico.

Cuando se analizó la influencia conjunta de estas tres últimas variables (figura 40), se vio que las tasas de cesación son menores en quienes presentan un perfil más desfavorable, y viceversa. También se aprecia que la tasa de cesación al año del grupo más desfavorecido (respecto a la del grupo que refiere una mejor situación anímica) es de 12 puntos porcentuales en quienes carecen de un diagnóstico psiquiátrico y de 10 puntos en quienes sí lo tienen.

Estas diferencias se corresponden con el margen de mejora disponible de cara al tratamiento. En la medida en que la intervención consiga trabajar estos aspectos y mejorar el estado general de los pacientes (con más sesiones de preparación, más frecuentes y de mayor duración), previsiblemente sus tasas de abstinencia mejorarán. Adicionalmente

también podría trabajarse la disposición al cambio y fomentar, en la medida de lo posible, la búsqueda de apoyo externo.

Esto iría en la línea de lo propuesto por muchos autores acerca de la conveniencia de intensificar las intervenciones con los pacientes que presentan patología psiquiátrica (Fiore y cols., 2008; Schroeder y Morris, 2010; Banham y Gilbody, 2010; Mackowick y cols., 2012; Gutiérrez-Bardeci y cols., 2013; Minichino y cols., 2013; Ruther y cols., 2014).

## **5.4 Por tipo de trastorno**

Como se ha visto, el curso temporal de la abstinencia depende del tipo de trastorno y de si concurren otros diagnósticos psiquiátricos. Así, se observa como los pacientes con un trastorno psicótico único presentan tasas de abstinencia similares a las de la población sin diagnóstico psiquiátrico (34% frente al 37%). Y, en el otro extremo, vemos cómo ninguno de los pacientes con trastorno bipolar unido a algún otro diagnóstico ha sido capaz de estar 6 meses abstinentes.

### **5.4.1 Depresión**

En la figura 44 se observa cómo la evolución temporal de la abstinencia de los pacientes con diagnóstico de depresión único era más alta que la de los pacientes con un diagnóstico mixto ansioso-depresivo que, a su vez, era más alta que la de los pacientes con diagnóstico múltiple. Aunque las diferencias entre el diagnóstico único frente al mixto no son significativas se observa una cierta tendencia. Las diferencias observadas entre el diagnóstico único y el múltiple sí son estadísticamente significativas.

Cuando se analiza la influencia que tiene el hecho de poseer un diagnóstico de depresión sobre las tasas de abstinencia a los 12 meses (mediante análisis multivariante), se observa que poseer este diagnóstico disminuye un 28% las probabilidades de estar abstinentes.

No se aprecian diferencias significativas entre estos tres grupos en las puntuaciones de los test que valoran el estado anímico. Y sí en algunas variables socio-demográficas y relacionadas con el consumo. Así, el porcentaje de mujeres es mucho mayor en el grupo de diagnóstico único de depresión y de diagnóstico mixto (78% y 74%, respectivamente) que en el de trastornos múltiples (59%); y la edad de las personas con sólo diagnóstico de depresión es cuatro años mayor que la de los otros grupos. Las personas con un diagnóstico múltiple se caracterizan por fumar unos 4 cigarrillos más al día, haber comenzado a fumar más tempranamente (20 meses), referir un menor apoyo familiar (1 punto) y presentar mayor dependencia según el FTND (1 punto).

Nuestros resultados en pacientes con un diagnóstico de depresión coinciden con lo encontrado por la mayoría de investigadores (Fiore y cols., 2008; Weinberger y cols., 2013) y están en contradicción con los de Stepankova y cols. (2013).

#### **5.4.2 Trastorno de ansiedad**

En comparación con las que tenían algún otro diagnóstico adicional, las personas con sólo un diagnóstico de trastorno de ansiedad dejan más de fumar (8 puntos a los 12 meses). Se observa cómo no existen diferencias en la evolución de la abstinencia entre quienes tienen un trastorno mixto ansioso-depresivo y quienes, además del diagnóstico de ansiedad, tienen algún otro diagnóstico (figura 45).

El análisis multivariante muestra que, comparados con los que no tienen un diagnóstico psiquiátrico, la presencia de un diagnóstico de ansiedad disminuye las probabilidades de conseguir estar abstinentes a los 12 meses en un 21%. Al igual que en el caso de la depresión, la comparación con quienes ya tienen un diagnóstico psiquiátrico muestra que el diagnóstico no muestra una influencia adicional.

En comparación con los otros dos grupos, las personas con un diagnóstico múltiple se caracterizan por una menor presencia femenina, ser más jóvenes, fumar más cigarrillos al día, referir menos apoyo familiar y puntuar más en el FTND. No se observan diferencias entre los tres grupos en las puntuaciones de la subescala de ansiedad del test de Goldberg y en el test de estrés percibido, pero sí en la subescala de depresión, en la que puntúan menos, de manera lógica, las personas con un diagnóstico único de ansiedad.

Al igual que en el caso de la depresión, nuestros datos muestran que las personas con un diagnóstico de ansiedad presentan menores tasas de abstinencia tras una intervención intensiva, algo que coincide con la mayoría de autores (Lasser y cols., 2000; Zvolensky y cols., 2008; Fiore y cols., 2008), aunque no con todos (Breslau y cols.; John y cols., 2004)

#### **5.4.3 Trastorno mixto ansioso-depresivo**

Frente a las personas con sólo diagnóstico mixto ansioso-depresivo, aquellas que además tenían otro trastorno se caracterizaron por presentar tasas similares de cesación (figura 46), pese a puntuar más en el FTND (1,7 puntos), ser más jóvenes, fumar un mayor número de cigarrillos al día y referir menos apoyo familiar.

Frente a las personas sin diagnóstico psiquiátrico, la presencia de un trastorno mixto ansioso-depresivo disminuye un 34% la probabilidad de estar abstinentes al año. Frente a las personas con un algún diagnóstico psiquiátrico, esta influencia no se manifiesta.

En definitiva, como se observa en la figura 41, las personas con un único diagnóstico de ansiedad o de depresión dejan de fumar menos que las personas sin diagnóstico psiquiátrico y en proporciones similares entre ellas. Quienes poseen un diagnóstico múltiple dejan significativamente menos de fumar y las tasas de abstinencia de quienes presentan un trastorno mixto ansioso-depresivo muestran una evolución intermedia.

Depresión y ansiedad afectan diferenciadamente al proceso de cesación. En el análisis de la muestra total objeto de este estudio, Martín (2016) ha descrito que ansiedad (medida por el test de Goldberg) y estrés (medido por el test de estrés percibido) se manifiestan como predictores de estar abstinentes el día D, pero no de estarlo posteriormente, justo lo contrario que ocurre con depresión (medida por el test de Goldberg) que no se muestra predictor de estar abstinentes el día D, pero que posteriormente se asocia con una mayor probabilidad de recaída y a largo plazo con menores probabilidades de mantenerse abstinentes.

Como se ha señalado al principio de esta discusión, es posible que los diagnósticos de ansiedad y/o depresión sean imprecisos o incompletos, siendo también posible, que quienes compartan una etiqueta diagnóstica, no sean un colectivo homogéneo.

No hay estudios que aborden directamente la cesación de las personas que presentan un trastorno mixto ansioso-depresivo o que comparten los diagnósticos de ansiedad y depresión. En cualquier caso, los resultados encontrados en nuestra muestra, en la que se observa que las tasas de cesación son menores en estos pacientes que en quienes presentan sólo uno de los dos diagnósticos, son coherentes.

#### **5.4.4 Trastorno bipolar**

Este es el grupo cuyo tamaño muestral es el más reducido (32 personas sin un diagnóstico psiquiátrico adicional y 8 que sí lo tienen), lo que influye en las dispersiones que se encuentran. La evolución temporal de la abstinencia de quienes sólo tienen diagnóstico de trastorno bipolar (figura 42) muestra que:

- Estas personas consiguen estar abstinentes el día D en un porcentaje superior al de otros diagnósticos psiquiátricos y similar al de las personas sin ellos,
- La tasa de recaída que se observa en las primeras semanas es enorme, igualándose la tasa de abstinencia ya en el primer mes a la de los grupos con peores resultados,
- Estas personas apenas recaen a partir del 5º mes; parecen no dispuestas a arriesgar mucho una vez que han conseguido llegar ahí.

Al analizar la cesación de quienes tienen un diagnóstico adicional al de trastorno bipolar (figura 47) se observa que sólo 4 de los 8 pacientes consiguieron estar abstinentes el día D y que sólo 1 de estos 4 consiguió estarlo al cabo de un mes; esta persona recayó antes del 5º mes. Representan las menores tasas de cesación observadas en todo este trabajo.

Del análisis de las recaídas observadas en las personas con trastorno bipolar puede concluirse que, si en nuestro estudio hay algún colectivo que necesita especial ayuda en la primera fase del tratamiento, son los pacientes bipolares.

El análisis multivariante muestra cómo padecer un trastorno bipolar disminuye un 58% las probabilidades de estar abstinente al cabo de un año, si se compara con quienes no tienen un diagnóstico psiquiátrico, y un 48% si se compara con quienes tienen otros diagnósticos.

Los resultados encontrados en nuestra muestra con los pacientes bipolares confirman los encontrados mayoritariamente en la literatura, que han sido citados en la *Introducción*, coincidiendo en la intensidad del efecto con el de Díaz y cols. (2009).

#### **5.4.5 Trastorno por uso de sustancias**

La tasa de abstinencia de las personas que habían tenido previamente un diagnóstico de trastorno adictivo fue similar en todo el curso temporal entre quienes sólo tenían ese diagnóstico y entre quienes tenían alguno más (figura 48). Como puede observarse en la figura 42 este curso temporal es equiparable al de quienes peor se comportan, los pacientes con diagnóstico múltiple y con trastorno bipolar. En comparación con la población sin diagnóstico psiquiátrico la presencia de un trastorno por uso de sustancias disminuye las probabilidades de cesación a los 12 meses en un 44%; en comparación con quienes sí lo tienen, en un 29%.

El grupo de diagnóstico múltiple se caracterizó por una mayor presencia femenina, una edad de inicio más tardía (quizá por ello) y una mayor puntuación en el FTND.

Éste es el único grupo en el que un diagnóstico psiquiátrico adicional no disminuye las tasas de abstinencia. Puede especularse por qué simplemente la presencia de un trastorno por uso de sustancias ocasiona tasas tan bajas como los pacientes bipolares o como los que tiene un diagnóstico múltiple. En principio el trastorno adictivo no estaba activo en las personas de nuestra muestra, ya que, si ése hubiera sido el caso, se hubiera priorizado la cesación de la otra sustancia. No puede descartarse que alguna persona presentara consumos puntuales de cocaína o consumos de riesgo de alcohol, pero en principio las personas estaban estables y no presentaban consumos de otras sustancias.

Las personas de este grupo refirieron tener más problemas en la vida laboral y en el plano familiar, lo cual podría contribuir a sus peores resultados. Es posible también que la presencia de problemas con más de una sustancia, y no sólo con el tabaco, sea marcador de una dependencia nicotínica –o del tabaco- más grave.

Ayesta y Rodríguez (2007) han especulado sobre la adictividad diferencial de la nicotina frente a otras sustancias adictivas, partiendo de los resultados de los modelos de auto-administración en animales de experimentación y del hecho de que, quienes tras ser dependientes, han abandonado su consumo de heroína, cocaína o alcohol afirman que dejar de fumar les resultó al menos tan difícil como abandonar estas sustancias. Aparte de que es real que la nicotina es muy adictiva, la percepción de mayor dificultad de su abandono probablemente sea debida a que la nicotina presenta:

- *Un peor balance costes-beneficios.* Aunque la dificultad para abandonar una adicción fuera la misma, quienes se ven obligados a dejar la heroína o el alcohol, obtienen unos beneficios en la calidad de vida, que rara vez obtienen al intentar dejar el tabaco. Por ello, a menores beneficios, un mismo esfuerzo se percibe más costoso (porque lo es).
- *Un condicionamiento quasi-universal del craving.* En otras adicciones, los estímulos asociados al consumo no suelen ser omnipresentes: deben cambiarse varias circunstancias o incluso el estilo de vida. Sin embargo, muchas circunstancias de la vida de un fumador están condicionadas al consumo. Esto hace que la extinción de los estímulos se perciba -y sea- más costosa.
- *Otras motivaciones de cesación.* Los fumadores suelen intentar abandonar su consumo por motivos más o menos racionales, por presiones externas, pero -a diferencia de otras adicciones- rara vez lo hacen por lo que denominan *haber tocado fondo*. Esto hace que la motivación para perseverar en el intento sea menor o que pueda disminuir más fácilmente ante las dificultades.

Es factible que las menores tasas de cesación que se observan en los ex-usuarios de otras sustancias puedan deberse, aparte de a variables biológicas específicas comunes a los diversos trastornos adictivos, a condicionamientos personales o sociales como los mencionados.

Las menores tasas encontradas en nuestro estudio concuerda con lo descrito en la literatura (Pinet y cols., 2006; Thrungood et al., 2015).

#### 5.4.6 Trastorno psicótico

Un resultado en cierto modo inesperado fue el comprobar cómo la tasa de cesación de las personas que sólo tenían un trastorno psicótico fue similar a la del grupo que mejores resultados obtuvo, el de las personas sin ningún diagnóstico psiquiátrico (figura 49). Si al trastorno psicótico se asociaba otro diagnóstico psiquiátrico la tasa de cesación disminuía (de manera significativa si se utiliza el test de una cola, que sería el apropiado según nuestra hipótesis original). En resumen, que estas personas, si están controladas (el 70% lo estaba), se comportan bien cara a la cesación; si no lo están, se comportan peor y es lógico.

La presencia de un trastorno psicótico no se asoció con una menor cesación ni frente a quienes no tenían un diagnóstico psiquiátrico ni frente a los que lo tenían.

Frente a los de diagnóstico único, las personas con un diagnóstico múltiple de este grupo se caracterizaban por fumar 8,5 cigarrillos más cada día, haber empezado a fumar 20 meses antes, haber realizado 1,2 menos intentos de abandono y puntuar 1 punto más en el FTND.

Está descrito que las personas con un diagnóstico de esquizofrenia tienden a dejar menos de fumar que la población general, algo encontrado en ensayos clínicos y estudios poblacionales (De León y Díaz, 2005; Pinet y cols., 2012; Evins y Cather, 2015; Tidey y Miller, 2015). Nuestro resultado con los pacientes psicóticos sin un segundo diagnóstico psiquiátrico no parece, por tanto, muy justificado en la literatura, en la que se tiende a considerar estas personas como un grupo más vulnerable a la recaída.

### 5.5 Consumidores de cannabis

De todas las variables analizadas en este estudio, el consumo de cannabis es el factor que más influye en no conseguir estar abstinente a los 12 meses: influye tanto en personas que no tienen un diagnóstico psiquiátrico previo (disminuyendo las probabilidades de la abstinencia al año un 73%) como en quienes sí lo tienen (disminuyendo estas probabilidades en un 58%). Estos resultados son similares a los que se observan tras el análisis bivariente (tabla 46): 75% y 61%, respectivamente.

Cuando se analiza en qué fase se produce esta influencia se observa cómo el análisis multivariante muestra que quienes consumen tienen un 31% menos de probabilidades de llegar abstinente al día D, un 58% más de recaer entre el día D y el 6º mes, así como –en el total de la muestra– un 66% menos de estar abstinente a los 12 meses (Martín, 2016).

De hecho, los consumidores de cannabis presentan las tasas de abstinencia más bajas de este estudio (12-13%), motivo por el cual se decidió analizarlos por separado, ya que el mero consumo de cannabis no es propiamente un diagnóstico psiquiátrico. Esta peor evolución de la abstinencia se observa gráficamente en la figura 50, en la que se comparan los pacientes

sin patología psiquiátrica, los pacientes con un diagnóstico psiquiátrico y los consumidores de cannabis (independientemente de que presentaran o no un diagnóstico psiquiátrico: las tasas de abstinencia a los 12 meses de estos tres grupos de pacientes fueron, respectivamente 37%, 27% y 13%.

Esta tasa de abstinencia del 13% al año sólo consigue ser mejor que la de los bipolares con diagnóstico múltiple, subgrupo en el que ninguno de los 8 pacientes consiguió estar abstinentes más allá del 4º mes. Y es inferior a la de los pacientes con diagnósticos psiquiátricos múltiples, a la de las personas con trastornos por uso de sustancias y a la de los bipolares con diagnóstico único.

La menor tasa de cesación tabáquica en los consumidores de cannabis ha sido descrita en muchos estudios e informes (Fiore et al., 2008; EVICT, 2015).

El perfil de los consumidores de cannabis de nuestra muestra (n=157) se caracteriza por:

- Una destacada presencia masculina (68%).
- Una menor edad actual, unos 8-9 años.
- Un inicio más temprano del consumo diario de tabaco, dos años.
- Un menor apoyo familiar (0,5-1 punto).
- Un menor tiempo de abstinencia previa (75 vs. 125 días).
- Una menor asistencia a las sesiones, aunque esto viene condicionado por el hecho de que empiezan menos.

En los cuestionarios que valoran el estado de ánimo se observa que las puntuaciones obtenidas en los consumidores de cannabis no difieren de las obtenidas en las personas con diagnósticos psiquiátricos y sí lo hacen significativamente de todas las obtenidas por los pacientes sin un diagnóstico psiquiátrico. Este mismo patrón se observa con la presencia de problemas laborales y familiares. Y con los factoriales de autoeficacia, que siempre son menores en ellos, especialmente el de sociabilidad, que incluye el consumo de alcohol.

Algunas de las diferencias encontradas pueden atribuirse a que los THC son  $\frac{2}{3}$  varones (quienes tienen un diagnóstico psiquiátrico son  $\frac{2}{3}$  mujeres) y a que son 8-10 años más jóvenes: por ejemplo, edad de consumo diario, días de abstinencia previa, así como el hecho de que refieran más frecuentemente que tienen hijos de corta edad.

Destaca que en todos estos cuestionarios los consumidores de cannabis se comportan como quienes tienen un diagnóstico psiquiátrico, aunque de hecho, la mitad de ellos no lo tienen.

De hecho, uno de los resultados más llamativos de esta parte del trabajo es que no se encuentra ninguna diferencia significativa -ni en la cesación ni en ninguno de los cuestionarios- entre los consumidores de cannabis con un diagnóstico psiquiátrico y sin él.

En la figura 51 se observa cómo no hay diferencias en la evolución de la abstinencia entre ambos subgrupos (tabla 49). Del mismo modo ni en las variables relacionadas con el consumo (tabla 47) ni en los cuestionarios que valoran el estado anímico (tabla 48) se aprecian diferencias. Esto parece indicar que, aunque consumir cannabis no sea un trastorno en sí, el perfil de los consumidores se asemeja al de las personas con un diagnóstico psiquiátrico.

Esta ausencia de diferencias se asemeja a la encontrada en los pacientes con trastornos por uso de sustancias con y sin un diagnóstico psiquiátrico adicional. Podría ser que consumos problemáticos de más de una sustancia pudieran evidenciar algún otro tipo de déficit.

# Capítulo 6

---

## **Conclusiones**



## 6 Conclusiones

A modo de cierre, podrían citarse las siguientes conclusiones:

1. Las personas con un diagnóstico psiquiátrico, sea cual sea éste, son capaces de dejar de fumar. Las tasas de abstinencia a los 12 meses que obtienen son 10 puntos inferiores a las de las personas sin un diagnóstico psiquiátrico: 27% frente a 37%.
2. La presencia de un trastorno psiquiátrico disminuye un 26% las probabilidades de cesación al año. Los factores asociados con una mayor o menor cesación al año, tanto en personas con como sin diagnóstico psiquiátrico fueron: el consumo concomitante de cannabis, que es el factor que más peso ejerce; el número máximo de días que se había conseguido permanecer abstinentes en un intento previo; el grado de apoyo familiar referido; la puntuación en el test de dependencia de Fagerström; y la puntuación en la escala de depresión de Goldberg.
3. Los pacientes con un diagnóstico psiquiátrico presentaron un perfil desfavorable a la abstinencia en prácticamente todas estas variables. Cuando se ajustan las tasas de cesación por estas variables se encuentra que las personas con un diagnóstico psiquiátrico siguen presentando tasas inferiores de abstinencia. De hecho, las personas con un diagnóstico psiquiátrico con un perfil favorable en una variable tienden a comportarse como las personas sin diagnóstico psiquiátrico con un perfil desfavorable en esa variable.
4. Ninguna de las múltiples variables analizadas logra explicar las menores tasas de cesación a largo plazo que se observan en las personas con un diagnóstico psiquiátrico, lo que tiende a sugerir que quizá es la propia condición diagnóstica la que podría ser responsable de las mismas.
5. La evolución temporal de la tasa de abstinencia varía según los diagnósticos psiquiátricos. Se observa que, de manera general, quienes presentan más de un diagnóstico dejan menos de fumar que quienes sólo presentan uno. Las mayores tasas de abstinencia al año –indistinguibles de las de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico– se observan con las personas con diagnóstico único de trastorno psicótico. Las peores se observan en quienes han tenido un trastorno por uso de sustancias, padecen trastorno bipolar o presentan varios diagnósticos.

6. Las tasas de abstinencia más bajas de todo este estudio se observan en las personas que refieren consumir derivados cannábicos: 13% a los doce meses. Aunque no lo tengan, en sus características de consumo y de estado anímico estas personas presentan un perfil similar al de las personas con un diagnóstico psiquiátrico. Adicionalmente, no se aprecia ninguna diferencia en las variables analizadas entre consumidores de cannabis con y sin diagnóstico psiquiátrico.
7. El análisis de nuestros resultados permite concluir que, aunque su pronóstico es algo peor, las personas con un diagnóstico psiquiátrico tienen un amplio margen de mejora en sus tasas de abstinencia, margen de mejora que probablemente se puede conseguir con intervenciones más intensivas antes del día D y también después.

---

# **Referencias bibliográficas**



## 7 Referencias bibliográficas

Adler LE, Olincy A, Waldo M, Harris J, Griffith J, Stevens K, et al. Schizophrenia, sensory gating and nicotinic receptors. *Schizophr Bull* 1998; 24: 189–202.

Agrawal A, Budney AJ, Lynskey MT. The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: A review. *Addiction* 2012; 107:1221–1233.

Agrawal A, Lynskey MT. Tobacco and cannabis co-occurrence: Does route of administration matter? *Drug Alcohol Depend* 2009; 99: 240–247.

Amos A, Wiltshire S, Bostock Y et al. 'You can't go without a fag you need it for your hash'—a qualitative exploration of smoking, cannabis and young people. *Addiction*. 2004; 99:77–81.

Ayesta FJ, Rodríguez M, Santamaría J. Farmaco-dependencias. En Flórez J (ed) *Farmacología Humana*. 6ª ed. Barcelona: Masson; 2014. pp: 547-67.

Ayesta FJ, Rodríguez M. Bases biológicas, conductuales y sociales de las dependencias: tabaco y nicotina. Santander: Manual PIUFET; 2007.

Bachs L, Morland H. Acute cardiovascular fatalities following cannabis use. *Forens SciInt* 2001; 124:200–203.

Becker J, Hungerbuehler I, Berg O, et al. Development of an integrative cessation program for co-smokers of cigarettes and cannabis: demand analysis, program description, and acceptability. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2013; 8:33.

Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biol Psychiatry*. 2004; 1:69–76.

Brown RA, Ramsey SE, Strong DR, Myers MG, Kahler CW, Lejuez CW, et al. Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tob Control* 2003; 12 (Suppl 4):3-10.

Brunzell DH, McIntosh JM. Alpha7 nicotinic acetylcholine receptors modulate motivation to self-administer nicotine: implications for smoking and schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 2012; 37:1134-43.

Budney AJ, Moore BA, Vandrey R. Health consequences of marijuana use. In: J B editor, Binghamton, NY: Haworth Press 2008; p 171– 218.

Callaghan RC, Veldhuizen S, Jeysingh T, Orlan C, Graham C, Kakouris G, Remington G, Gately J. Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder or depression. *J Psychiatr Res* 2014; 48:102-10.

Campbell BK, Wander N, Stark MJ, Holbert T. Treating cigarette smoking in drug-abusing clients. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1995; 2:89–94.

Campbell BK, Wander N, Stark MJ, Holbert T. Treating cigarette smoking in drug-abusing clients. *J Subst Abuse Treat.* 1995; 2:89-94.

Campion J, Checinski K, Nurse J. Review of smoking cessation treatments for people with mental illness. *Adv Psychiatr Treat* 2008; 3:208–16.

Carreras JM, Quesada M. Manejo de pacientes con patología psiquiátrica. En: *Master Interuniversitario en Tabaquismo (MIT) Tema M5T4.* Univ. Cantabria - Univ. Sevilla; 2012.

Cassidy F, McEvoy JP, Yang YK, Wilson WH. Smoking and psychosis in patients with bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2002; 43: 63–64.

Chandra PS, Carey MP, Carey KB et al. Prevalence and correlates of tobacco use and nicotine dependence among psychiatric patients in India. *Addict Behav* 2005; 30: 1290–1299.

Corvin A, O'Mahony E, O'Regan M et al. Cigarette smoking and psychotic symptoms in bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 35–38.

Croghan IT, Ebbert JO, Hurt RD, Hays JT, Dale LC, Warner N, et al. Gender differences among smokers receiving interventions for tobacco dependence in a medical setting. *Addict Behav* 2009; 1:61–7.

Culhane MA, Schoenfeld DA, Barr RS, Cather C, Deckersbach T, Freudenreich O, Goff DC, Rigotti NA, Evins AE. Predictors of early abstinence in smokers with schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry* 2008; 69:1743-1750.

de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005; 76: 135–157.

Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: a comparison of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders, and psychosis. *Addiction* 2001; 11:1603–14.

Depp CA, Bowie CR, Mausbach BT, Wolyniec P, Thornquist MH, Luke JR, Mc Grath JA, Pulver AE, Patterson TL, Harvey PD. Current smoking is associated with worse cognitive and adaptive functioning in serious mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2015; 131: 333-41.

Desai HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs.* 2001; 15: 469-94.

Diaz FJ, James D, Botts S, Maw L, Susce MT, de Leon J. Tobacco smoking behaviors in bipolar disorder: a comparison of the general population, schizophrenia and major depression. *Bipolar Disord* 2009; 11: 154-65.

- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328: 1519.
- EVICT, Proyecto. Estudio y abordaje de políticas de control del policonsumo de cannabis y tabaco en España. Madrid: CNPT-PNSD, 2015.
- Evins AE, Cather C. Effective cessation strategies for smokers with schizophrenia. *Int Rev Neurobiol.* 2015; 124: 133-47.
- Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A et al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002; 360: 1347–1360.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER. Treating tobacco use and dependence. Rockville, MD 2000.
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update - Clinical Practice Guideline. Rockville MD: USDHHS Public Health Service; 2008.
- Ford DE, Vu HT, Anthony JC. Marijuana use and cessation of tobacco smoking in adults from a community sample. *Drug Alcohol Depend* 2002; 67: 243–248.
- George TP, Vessicchio JC, Termine A, Bregartner TA, Feingold A, Rounsaville BJ, et al. A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2002; 52: 53-61.
- Gerber GJ, Krupa T, Eastabrook S, Gargaro J. Substance use among persons with serious mental illness in eastern Ontario. *Can J Commun Ment Health* 2003; 22: 113–128.
- Gonzalez-Pinto A, Gutiérrez M, Ezcurra J et al. Tobacco smoking and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 225–228.
- Gourlay SG, Forbes A, Marriner T et al. Prospective study of factors predicting outcome of transdermal nicotine treatment in smoking cessation. *BMJ* 1994; 309: 842–846.
- Grant BF, Hasin DS, Chou SP, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry* 2004; 11:1107-15.
- Gustafson R. Operant conditioning of activities of daily living on a psychogeriatric ward: A simple method. *Psychological Reports* 1992; 70: 603–7.
- Gutiérrez Bardeci L, Otero L, Amo Md, Ayesta FJ. Evaluación de una intervención para dejar de fumar en personas con enfermedad mental. *Revista Española de Salud Pública* 2013; 87: 629-638.

Hall SM, Muñoz RF, Reus VI, Sees KL, Duncan C, Humfleet GL et al. Mood management and nicotine gum in smoking treatment: a therapeutic contact and placebo controlled study. *J Consult and Clin Psychol* 1996; 64: 1003–9.

Hall SM, Tsoh JY, Prochaska JJ, Eisendrath S, Rossi JS, Redding CA, et al. Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: a randomized clinical trial. *Am J Public Health* 2006; 10:1808–14.

Haney M, Bedi G, Cooper ZD et al. Predictors of marijuana relapse in the human laboratory: robust impact of tobacco cigarette smoking status. *Biol Psychiatry* 2013; 73:242–248.

Hippisley-Cox J, Parker C, Coupland C, Vinogradova Y. Inequalities in the primary care of patients with coronary heart disease and serious mental health problems: a cross-sectional study. *Heart* 2007; 93: 1256–1262.

Hitsman B, Borrelli B, McChargue DE, Spring B, Niaura R. History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2003; 4: 657–63.

Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 993–997.

Hughes J. Depression during tobacco abstinence. A review. *Nicotine Tob Res* 2007; 9: 443–6.

Jackson JG, Diaz FJ, Lopez L, de Leon J. A combined analysis of worldwide studies demonstrates an association between bipolar disorder and tobacco smoking behaviors in adults. *Bipolar Disord* 2015; 17: 575–597.

John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U. Depressive disorders are related to nicotine dependence in the population but do not necessarily hamper smoking cessation. *J Clin Psychiatry*. 2004; 2: 169–176.

Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA* 2000; 284: 2348–51.

Kalman D, Kim S, Di Girolamo G, et al. Addressing tobacco use disorder in smokers in early remission from alcohol dependence: The case for integrating smoking cessation services in substance use disorder treatment programs. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 12–24.

Kelly DL, Raley HG, Lo S, Wright K, Liu F, McMahon RP, Moolchan ET, Feldman S, Richardson CM, Wehring HJ, Heishman SJ. Perception of smoking risks and motivation to quit among nontreatment seeking smokers with and without schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2012; 3: 543–551

- Krishnadas R, Jauhar S, Telfer S, Shivashankar S, McCreadie RG. Nicotine dependence and illness severity in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2012; 201:306-12.
- Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000; 20: 2606–2610.
- Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev ClinPsychol* 2014; 10: 425-48.
- Laviolette SR, van der Kooy D. The neurobiology of nicotine addiction: bridging the gap from molecules to behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2004; 5: 55–65.
- Markou A, Kenny PJ. Neuroadaptations to chronic exposure to drugs of abuse: relevance to depressive symptomatology seen across psychiatric diagnostic categories. *Neurotox Res* 2002; 4: 297-313.
- Martín B, Gelabert L, Ayesta FJ. Farmacología de la nicotina. En: Master Interuniversitario en Tabaquismo (MIT) Tema M1T8. Univ. Cantabria - Univ. Sevilla; 2012.
- McDermott MS, Marteau TM, Hollands GJ, Hankins M, Aveyard P. Change in anxiety following successful and unsuccessful attempts at smoking cessation: Cohort study. *British Journal of Psychiatry* 2013; 1: 62–67.
- McEachin RC, Saccone NL, Saccone SF, Kleyman-Smith YD, Kar T, Kare RK, McInnis MG. Modeling complex genetic and environmental influences on comorbid bipolar disorder with tobacco use disorder. *BMC Medical Genetics* 2010; 11: 14.
- Medelsohn C. Smoking and depression. Reprinted from *Australian Family Physician* 2012; 5: 304-307.
- Meier BR, Lundy A, Patkar AA, Weinstein S. The relationship between nicotine dependence and addiction severity amongst cocaine abusers. *Journal of Substance Use* 2005; 5: 303–314.
- Mitchell AJ, Vancampfort D, De Hert M, Stubbs B. Do people with mental illness receive adequate smoking cessation advice? A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2015; 37: 14-23.
- Moore BA, Budney AJ. Relapse in outpatient treatment for marijuana dependence. *J Subst Abuse Treat* 2003; 25: 85–89.
- Moran LV, Sampath H, Kochunov P, Hong LE. Brain circuits that link schizophrenia to high risk of cigarette smoking. *Schizophr Bull* 2013; 39: 1373-81.
- Morris CD, Giese AA, Turnbull JJ, Dickinson M, Johnson-Nagel N. Predictors of tobacco use among persons with mental illnesses in a statewide population. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 1035–1038.

Moss TG, Sacco KA, Allen TM, Weinberger AH, Vessicchio JC, George TP. Prefrontal cognitive dysfunction is associated with tobacco dependence treatment failure in smokers with schizophrenia. *Drug and Alcohol Dependence* 2009; 104(1-2): 94–9.

Nieva G, Ortega LL, Mondón S et al. Simultaneous versus delayed treatment of tobacco dependence in alcohol-dependent outpatients. *Eur Addict Res* 2011; 17: 1–9.

OEDT (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías). Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2014.

Okoli CT, Richardson CG, Ratner PA et al. Adolescents self-defined tobacco use status, marijuana use, and tobacco dependence. *Addict Behav* 2008; 33: 1491–1499.

Peters EN, Schwartz RP, Wang S, O'Grady KE, Blanco C. Psychiatric, psychosocial and physical health correlates of co-occurring cannabis usedisorders and nicotine dependence. *Drug Alcohol Depend* 2014; 134: 228-34.

Pierce RC, Kumaresan V. The mesolimbic dopamine system: The final common pathway for the reinforcing effect of drugs of abuse. Boston: Boston University School of Medicine. 2005.

Pinet C, Bruguera E, Nieva G. Tabaquismo y patología psiquiátrica. En: Master Interuniversitario en Tabaquismo (MIT) Tema M6T5. Univ. Cantabria - Univ. Sevilla; 2012.

Rabin RA, George TP. A review of co-morbid tobacco and cannabis use disorders: possible mechanisms to explain high rates of co-use. *The American Journal on Addictions* 2015; 24: 105–116.

Rabin RA, George TP. A review of co-morbid tobacco and cannabis use disorders: possible mechanisms to explain high rates of co-use. *Am J Addict* 2015; 24: 105-16.

Ragg M, Gordon R, Ahmed T, Allan J. The impact of smoking cessation on schizophrenia and major depression. *Australas Psychiatry* 2013; 21: 238-45.

Ramo DE, Liu H, Prochaska JJ. Tobacco and marijuana use among adolescents and young adults: A systematic review of their co-use. *Clin Psychol Rev* 2012; 32: 105–121.

Ream GL, Benoit E, Johnson BD, et al. Smoking tobacco along with marijuana increases symptoms of cannabis dependence. *Drug Alcohol Depend* 2008; 95: 199–208.

Rehm J, Gnam W, Popova S, et al. The costs of alcohol, illegal drugs, and tobacco in Canada 2002. *J Stud Alcohol Drugs* 2007; 68: 886–895.

Ringen PA, Engh JA, Birkenaes AB, Dieset I, Andreassen OA. Increased mortality in schizophrenia due to cardiovascular disease - a non-systematic review of epidemiology, possible causes, and interventions. *Front Psychiatry* 2014; 5: 137.

- Rodríguez M, Veiga S, Ayesta FJ. Bases de la dependencia/adicción nicotínica. En: Master Interuniversitario en Tabaquismo (MIT) Tema M1T2. Univ. Cantabria - Univ. Sevilla; 2012.
- Rodríguez-Cano R, López-Durán A, Del Río EF, Martínez-Vispo C, Martínez Ú, Becoña E. Smoking cessation and depressive symptoms at 1-, 3-, 6-, and 12-months follow-up. *J Affect Disord* 2016; 191: 94-9.
- Schroeder SA, Morris CD. Confronting a neglected epidemic: tobacco cessation for persons with mental illnesses and substance abuse problems. *Annu Rev Public Health* 2010; 31: 297-314.
- Sees KL, Clark HW. Substance abusers want to stop smoking! *Alsam Clin Exp Res* 1991; 15:152.
- Stapleton JA, Watson L, Spirling LI, Smith R, Milbrandt A, Ratcliffe M, Sutherland G. Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence: a pre-post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. *Addiction* 2008; 1:146–154.
- Steinberg ML, Williams JM, Ziedonis DM. Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. *Tobacco Control* 2004; 2:206.
- Stepankova L, Kralikova E, Zvolaska K, Kmetova A, Blaha M, Bortlicek Z, et al. Tobacco treatment outcomes in patients with and without a history of depression, Czech Republic, 2005–2010. *Prev Chronic Dis* 2013; 10: 130-051.
- Sundgren E, Hallqvist J, Fredriksson L. Health for smokers with schizophrenia - a struggle to maintain a dignified life. *Disabil Rehabil* 2016; 38: 416-22.
- Taylor JM. Psychometric analysis of the Ten-Item Perceived Stress Scale. *Psychol Assess.* 2015; 1: 90-101.
- Thurgood SL, McNeill A, Clark-Carter D, Brose LS. A systematic review of smoking cessation interventions for adults in substance abuse treatment or recovery. *Nicotine Tob Res.* 2015 Jun 11. pii: ntv127.
- Tidey JW, Colby SM, Xavier EM. Effects of smoking abstinence on cigarette craving, nicotine withdrawal, and nicotine reinforcement in smokers with and without schizophrenia. *Nicotine Tob Res* 2014; 16: 326-34.
- Tidey JW, Miller ME. Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *BMJ* 2015; 351:h4065.
- Tolstoi L. Why do men stupefy themselves? Original in *Essay and Letters* (1911)

Veiga S, Martín F, Galán MD. La atención especializada en tabaquismo: criterios de derivación. En: Master Interuniversitario en Tabaquismo (MIT) Tema M5T1. Univ. Cantabria - Univ. Sevilla; 2012.

Weinberger AH, Mazure CM, Morlett A, McKee SA. Two decades of smoking cessation treatment research on smokers with depression: 1990–2010. *Nicotine Tob Res* 2013; 6: 1014–31.

Weinberger AH, Sofuoglu M. The impact of cigarette smoking on stimulant addiction. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2009; 1: 12–17.

Wilhelm K, Mitchell P, Slade T, Brownhill S, Andrews G. Prevalences and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey. *J Affect Disord* 2003; 75: 155-62.

Williams JM, Ziedonis DM, Abanyie F, Steinberg ML, Foulds J, Benowitz NL. Increased nicotine and cotinine levels in smokers with schizophrenia and schizoaffective disorder is not a metabolic effect. *Schizophrenia Research* 2005; 79(2-3): 323–35.

Winterer G. Why do patients with schizophrenia smoke? *Curr Opin Psychiatry* 2010; 23: 112-9.

Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine & Tobacco Research*. 2008; 10: 1691–1715.

Zvolensky MJ, Baker KM, Leen-Feldner E, Bonn-Miller MO, Feldner MT, Brown RA. Anxiety sensitivity: association with intensity of retrospectively-rated smoking-related withdrawal symptoms and motivation to quit. *Cogn Behav Ther*. 2004; 3: 114–125.

Zvolensky MJ, Farris SG, Leventhal AM, Ditre JW, Schmidt NB. Emotional disorders and smoking: relations to quit attempts and cessation strategies among treatment-seeking smokers. *Addict Behav* 2015; 40: 126-31.

Zvolensky MJ, Gibson LE, Vujanovic AA, et al. Impact of posttraumatic stress disorder on early smoking lapse and relapse during a self-guided quit attempt among community-recruited daily smokers. *Nicotine Tob Res*. 2008 Aug; 8: 1415–1427.

Zvolensky MJ, Schmidt NB, Antony MM, et al. Evaluating the role of panic disorder in emotional sensitivity processes involved with smoking. *J. Anxiety Disord*. 2005; 19: 673–686.