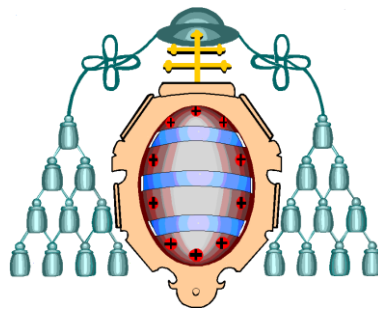


UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster de Psicología General Sanitaria
Curso Académico 2016-2017

**EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN
SUJETOS A TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR**

Trabajo empírico

Tania Esperanza Álvarez

Oviedo, Mayo 2017

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR



RESUMEN

Introducción

Investigaciones previas muestran que las personas con depresión tienen el doble de probabilidades de ser fumadoras. Además, los fumadores deprimidos tienen más dificultades para dejar de fumar y mayores tasas de recaídas.

El objetivo principal fue evaluar la evolución de la sintomatología depresiva tras recibir un tratamiento para dejar de fumar en personas con depresión. Además se estudiaron los cambios en los síntomas depresivos en función de la gravedad del diagnóstico inicial y del *status* de abstinentes o fumadores.

Método

La muestra estuvo compuesta por 73 fumadores con depresión que acudieron a un tratamiento para dejar de fumar. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor (TDM) se realizó con la entrevista clínica estructurada del DSM-IV (SCID-I) y los síntomas depresivos fueron evaluados mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) al inicio, final del tratamiento y seguimientos al mes y tres meses. Los análisis estadísticos se realizaron mediante pruebas paramétricas.

Resultados

Los análisis mostraron una reducción estadísticamente significativa de los síntomas depresivos al finalizar el tratamiento y en los seguimientos, sin hallarse diferencias en función de la gravedad del diagnóstico inicial aunque sí en función del *status* de abstinencia.

Conclusiones

La reducción de la sintomatología depresiva en fumadores con depresión que acuden a un tratamiento para dejar de fumar apoya la importancia de proporcionar tratamientos orientados al abandono de hábito tabáquico adaptados a esta población.

Palabras clave

Depresión, tabaco, tratamiento cognitivo-conductual, activación conductual.

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR



ABSTRACT

Background

Previous research shows that people with depression are twice as likely to be smokers. In addition, depressed smokers have more difficulty quitting smoking and higher rates of relapse.

The main objective was to evaluate the evolution of depressive symptoms after receiving smoking cessation treatment in people with depression. In addition, changes in depressive symptoms were studied based on the severity of the initial diagnosis and the status of abstinent or smoker.

Method

The sample was composed of 73 smokers with depression who attended a treatment to smoking cessation. The diagnosis of Major Depressive Disorder (MDD) was evaluated with the structured clinical interview of DSM-IV (SCID-I) and depressive symptoms were assessed using the Beck Depression Inventory (BDI-II) at the beginning, end of treatment and follow-ups at one and three months. Statistical analyzes were performed using parametric tests.

Results

Analyses showed a significant statistically reduction of the depressive symptoms at the end of the treatment and in the follow-ups, without finding differences according to the severity of the initial diagnosis but concurring with the status of abstinence.

Conclusions

The reduction of depressive symptoms in smokers with depression who attend a smoking cessation treatment supports the importance of providing smoking cessation treatment adapted to this population.

Key Words

Depression, smoking, cognitive-behavioral treatment, behavioral activation.

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR



Introducción

El consumo de tabaco es la primera causa evitable de morbilidad y mortalidad a nivel mundial (U.S. Department of Health and Human Services, 2014; World Health Organization, 2012), siendo responsable de 5 millones de muertes prematuras por año en todo el mundo (Liverant et al., 2014). En España se calcula que aproximadamente el 16% de todos los fallecimientos son consecuencia directa del tabaquismo (Hernández-García, Sáenz-González y González-Celador, 2010). Esta morbi-mortalidad se acentúa con la presencia adicional de sintomatología depresiva (Gierisch, Bastian, Calhoun, McDuffie y Williams, 2012).

La asociación entre tabaquismo y depresión ha sido documentada en numerosos estudios (McClave et al., 2009; Liverant et al., 2014; Luger, Suls y VanderWeg, 2014), siendo los trastornos del estado de ánimo más prevalentes entre los fumadores y la conducta de fumar entre los individuos con depresión (Flensburg-Madsen et al., 2011; Munafò, Heron y Araya, 2008). De hecho, las personas con trastorno depresivo mayor (TDM) y/o sintomatología depresiva, tienen el doble de probabilidades de ser fumadoras que aquellas sin esta patología (Hall et al., 2009; Lasser et al., 2000). Además, se sabe que los fumadores deprimidos presentan niveles más elevados de dependencia a la nicotina, fuman un mayor número de cigarrillos y experimentan una mayor gravedad en la sintomatología de abstinencia, dificultándose así el proceso de dejar de fumar y dando lugar a mayores tasas de recaídas (Gierisch et al., 2012; van der Meer, Willemsen, Smit y Cuijpers, 2013; Weinberger, Mazure, Morlett y McKee, 2013; Zvolensky, Farris, Leventhal, Ditre y Schmidt, 2015).

Sin embargo, pese a la frecuente comorbilidad de estos dos trastornos, la naturaleza de su asociación todavía es desconocida. Vázquez y Becoña (1998) ofrecen tres hipótesis plausibles para explicar la relación entre tabaco y depresión. La primera de ellas considera que la depresión podría ser la causa del tabaquismo, de tal manera que las personas utilizarían el tabaco como automedicación, reduciendo así el afecto negativo (Carmody, 1989; Pomerleau y Pomerleau, 1984). En esta línea, varios estudios concluyen que la depresión es un factor de riesgo para el consumo de tabaco (Breslau, Peterson, Schultz, Chilcoat y Andreski, 1998; Morrell, Cohen y McChargue, 2010). La segunda hipótesis, apoyada por diferentes estudios longitudinales, afirma que la

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR

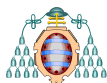


conducta de fumar podría causar depresión, subrayando las posibles consecuencias perjudiciales del tabaquismo sobre la salud mental (Aubin, Rollema, Svensson y Winterer, 2012; Flensburg-Madsen et al., 2011; Kang y Lee, 2010; Lasser et al., 2000). La tercera hipótesis no plantea una relación causal unidireccional entre ambas, sino una vulnerabilidad común debida a factores genéticos y/o ambientales (Breslau et al., 1998; Fergusson, Goodwin y Horwood, 2003). En la actualidad, la relación bidireccional entre tabaquismo y depresión es la hipótesis más aceptada (Múnafo et al., 2008).

A pesar del amplio conocimiento acerca de los efectos negativos del tabaco sobre la salud y los beneficios del abandono del mismo (USDHHS, 1990, 2004), sigue existiendo cierto rechazo por parte de los profesionales sanitarios a la hora de recomendar programas para dejar de fumar a personas con sintomatología depresiva (Hall et al., 2006; Hitsman, Moss, Montoya y George, 2009). Esto puede deberse, entre otras cosas, a la creencia de que el abandono del hábito de fumar puede exacerbar los síntomas depresivos, dando lugar a un incremento del riesgo de padecer un episodio depresivo mayor, tal y como señalan diferentes autores (Borrelli et al., 1996; Glassman, Covey, Stetner y Rivelli, 2001; Stage, Glassman y Covey, 1996). Sin embargo, algunos estudios han demostrado que dejar de fumar no solo no empeora la sintomatología depresiva, sino que esta puede mejorar en aquellos que logran la abstinencia (Kahler, Spillane, Busch y Leventhal, 2011; Morozova, Rabin y George, 2015; Secades-Villa et al., 2015; van der Meer et al., 2013). Actualmente, sigue existiendo controversia con respecto a este tema, por ello varios autores sugieren que los tratamientos para dejar de fumar deberían ofrecerse con independencia de la presencia o no de síntomas depresivos (Hall et al., 2006; Morozova et al., 2015), teniendo en cuenta que la adición de un componente psicosocial para el manejo de estos síntomas podría añadir eficacia a las intervenciones estándar para dejar de fumar en personas con esta patología (Aubin et al., 2012; Becoña et al., 2014; Cinciripini et al., 2003; Morrell et al., 2010; van der Meer et al., 2013; Vázquez, Becoña y Míguez, 2002).

Por otra parte, escasos estudios incluyen a personas con diagnóstico de trastorno depresivo mayor actual en programas para dejar de fumar (Gierisch et al., 2012), ya que generalmente se considera un criterio de exclusión (Brown et al., 2007; MacPherson et

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR



al., 2010; Weinberger et al., 2013). Además, la gran mayoría de estos trabajos no emplean instrumentos diagnósticos estandarizados como la entrevista clínica estructurada del DSM-IV para determinar quién tiene o no depresión (Lopez, Skelly y Higgins, 2015; van der Meer, 2013). En general, solo se utilizan escalas para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva como la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) o la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D).

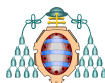
Por todo esto, el objetivo general del presente estudio es analizar la evolución de los síntomas depresivos en una muestra de pacientes a tratamiento para dejar de fumar con diagnóstico de TDM y/o sintomatología depresiva, a lo largo de diferentes momentos temporales: pre-tratamiento, post-tratamiento, seguimiento al mes y seguimiento a los tres meses. Los objetivos específicos fueron los siguientes: analizar los cambios en la sintomatología depresiva en función de la gravedad del diagnóstico inicial de depresión y del *status* del paciente (abstinente vs fumador) al final del tratamiento, en el seguimiento al mes y en el seguimiento a los tres meses.

Método

Participantes

La muestra de este estudio estuvo compuesta por 73 fumadores (57 mujeres y 16 hombres) con una edad media de 52,30 años (DT = 8,94), diagnosticados con TDM y/o sintomatología depresiva, que acudieron a la Unidad de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo en busca de un tratamiento para dejar de fumar. Los participantes se reclutaron a través de anuncios en medios de comunicación, centros de atención primaria y de salud mental del área de Oviedo y mediante el método de “bola de nieve”. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser mayor de 18 años, fumar 10 o más cigarrillos diarios durante los 12 meses previos al tratamiento, tener un diagnóstico de trastorno depresivo mayor y/o sintomatología depresiva y cumplir los criterios de dependencia a la nicotina según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (4ª edición, rev.doc., DSM-IV-TR) (APA, 2000). Los participantes fueron excluidos en caso de presentar un trastorno

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO
PARA DEJAR DE FUMAR



psicopatológico grave diferente al de depresión (demencia, esquizofrenia o ideación suicida entre otros), un trastorno por uso de sustancias adicional a la dependencia a la nicotina o por estar recibiendo tratamiento psicológico para el bajo estado de ánimo y/o tratamiento alternativo para dejar de fumar en la actualidad. Todos los participantes proporcionaron el consentimiento informado antes de iniciar el programa.

En la Tabla 1 se muestran las características principales de los participantes en el estudio.

Tabla 1

Características de los participantes

| Características | N | M (DT) | % |
|--|----------|---------------|----------|
| Edad | 73 | 52.30 (8.94) | |
| Género | | | |
| Hombre | 16 | | 21.9 |
| Mujer | 57 | | 78.1 |
| Estado Civil | | | |
| Soltero | 9 | | 12.3 |
| Casado/pareja | 42 | | 57.5 |
| Divorciado/separado | 20 | | 27.4 |
| Viudo | 2 | | 2.7 |
| Nivel educativo | | | |
| Primaria | 10 | | 13.7 |
| Secundaria | 2 | | 2.7 |
| Grado medio | 16 | | 21.9 |
| Grado superior | 5 | | 6.8 |
| Bachiller | 17 | | 23.3 |
| Estudios universitarios (1 y 2 ciclo) | 18 | | 24.7 |
| Estudios universitarios (3 ciclo) | 5 | | 6.8 |
| Situación laboral | | | |
| Tiempo completo | 30 | | 41.1 |
| Tiempo parcial | 16 | | 21.9 |
| Desempleado con subsidio | 3 | | 4.1 |
| Desempleado sin subsidio | 8 | | 11.0 |
| Jubilado | 11 | | 15.1 |
| Ama de casa | 4 | | 5.5 |
| Autónomo | 1 | | 1.4 |
| Número de cigarros/día | 73 | 22.36 (8.26) | |
| Edad consumo primer cigarro | 73 | 15.53 (3.59) | |
| Años de consumo regular de tabaco | 73 | 32.97 (9.62) | |
| Puntuación FTDN | 73 | 6.47 (2.00) | |
| Puntuación BDI-II | 73 | 28.56 (9.15) | |

Nota. FTDN = Test de Fagerström de dependencia a la nicotina; BDI-II = Inventario de depresión de Beck-II.

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR



VARIABLES E INSTRUMENTOS

Se empleó una historia clínica elaborada *ad hoc* en la que se recogía información relativa al consumo de tabaco (número de cigarrillos diarios, edad del primer consumo y años que lleva fumando con regularidad) y características socio-demográficas (edad, género, estado civil y nivel de estudios).

Se utilizó el Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina (FTDN) (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerstrom, 1991) para evaluar la gravedad de la dependencia, teniendo en cuenta que puntuaciones iguales o superiores a 7 indican una dependencia grave.

El Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer, y Brown, 1996) fue aplicado para evaluar la sintomatología depresiva, teniendo en cuenta que puntuaciones entre 0-13 indican una depresión normal o mínima, entre 14 y 19 depresión leve, entre 20 y 28 indican depresión moderada y por encima de 29 representan una depresión grave (Beck et al., 1996). Para la inclusión en el estudio se requerían puntuaciones iguales o superiores a 14.

Se empleó la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV (SCID-I) (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1995) para el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor.

Con el fin de obtener medidas objetivas relacionadas con el consumo de tabaco en la evaluación inicial (línea base), al final del tratamiento y en los seguimientos programados (1 y 3 meses), se utilizó un Micro Smokerlyzer (Bedfont Scientific Ltd., Rochester, Reino Unido), para evaluar el monóxido de carbono (CO) en aire expirado y un analizador químico BS-120 (Shenzhen Mindray Biomedical Electronics, Co., Ltd., Shenzhen, P.R. China) para evaluar los niveles de cotinina en orina (valores de abstinencia: $CO \leq 4\text{ppm}$; cotinina en orina $\leq 80\text{ng/ml}$).

Todos estos instrumentos fueron aplicados tanto en la sesión pre-tratamiento como en el post-tratamiento y seguimientos al mes y tres meses con el fin de observar la evolución de los pacientes a lo largo del tiempo.

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR



Intervención

Todos los participantes en el estudio recibieron un tratamiento cognitivo-conductual (TCC) para dejar de fumar al que se añadió un componente de activación conductual (AC). Los programas multi-componentes están considerados como uno de los métodos más eficaces para el tratamiento del tabaquismo en la actualidad (Secades-Villa, Díez-Álvarez y Fernández-Hermida, 1999), al igual que la activación conductual para el tratamiento de la depresión (Kanter et al., 2010).

El protocolo consistió en ocho sesiones grupales semanales con un máximo de cuatro pacientes por grupo y con una duración aproximada de 90 minutos cada una. La abstinencia se estableció en la quinta semana de tratamiento. Para lograrla se aplicó una de las técnicas específicas con mayor eficacia probada: la reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (RGNIA) (Foxx y Axelroth, 1983; Foxx y Brown, 1979), que implica una reducción semanal del 30% de nicotina consumida en la línea base, a través de la disminución progresiva del número de cigarros diarios y el cambio de marca de tabaco semanal. Además se ofreció información acerca del tabaco, autorregistros y representación gráfica de la conducta de fumar, control estimular, estrategias para controlar los síntomas de abstinencia tabáquica, entrenamiento en conductas alternativas al tabaquismo y prevención de recaídas. Los participantes fueron informados de su nivel de CO en aire expirado y su concentración de cotinina en orina tras cada recogida de muestra (2 veces por semana), a modo de feedback positivo.

Con el fin de mejorar el estado anímico del paciente, se añadió un protocolo de AC que incluía: técnicas de resolución de problemas, exposición, aproximaciones sucesivas, modelado, reforzamiento de conductas alternativas, y monitorización y programación gradual de actividades potencialmente reforzantes (American Psychological Association, 2009; Lopez et al., 2015).

El tratamiento fue aplicado por psicólogos miembros de la Unidad de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo con titulación *máster*.

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR



Análisis de datos

Se utilizaron análisis descriptivos y de frecuencias para analizar las características de los participantes en la línea base.

Se realizaron *pruebas t de Student para muestras relacionadas* con el fin de evaluar el impacto del tratamiento para dejar de fumar en la sintomatología depresiva de los participantes. Para ello se compararon las puntuaciones obtenidas en el BDI-II en diferentes momentos temporales: pre-tratamiento y post-tratamiento; post-tratamiento y seguimiento al mes; post-tratamiento y seguimiento a los tres meses y pre-tratamiento y seguimiento a los tres meses.

Se llevaron a cabo análisis de varianza *Mixed Between-within*, para evaluar el impacto de la gravedad del diagnóstico inicial (TDM vs sintomatología depresiva) en la evolución de la sintomatología depresiva de los sujetos a lo largo de tres momentos temporales (post-tratamiento, seguimiento en el primer mes y seguimiento a los tres meses).

Para evaluar el impacto del *status* del paciente (abstinente vs fumador) en la evolución de la sintomatología depresiva, se realizaron *pruebas t de Student para muestras independientes* en el post-tratamiento y en los seguimientos al primer y tercer mes.

En cuanto al tamaño del efecto, se calculó la *d* de Cohen cuando utilizamos pruebas *t* para muestras relacionadas o independientes y eta cuadrado (η^2p) en el caso del ANOVA factorial. Siguiendo las pautas de Cohen, $d \leq 0.20$, $d \leq 0.50$ y $d \leq 0.80$ corresponden a un tamaño del efecto pequeño, medio y grande, respectivamente. Así mismo, $\eta^2p \leq .01$ se considera un tamaño del efecto pequeño, $\eta^2p \leq .06$ medio y $\eta^2p \leq .14$ grande (Cohen, 1988).

El nivel de confianza fue del 95% y se utilizó la versión 22 del programa estadístico SPSS.



Resultados

Evolución de la sintomatología depresiva

Los análisis realizados mostraron una disminución estadísticamente significativa en la sintomatología depresiva desde la sesión pre-tratamiento ($M = 28,37$, $DT = 9,34$) hasta la sesión post-tratamiento ($M = 11,53$, $DT = 7,84$), $t(69) = 11,88$, $p = .00$. La disminución media de las puntuaciones en el BDI-II fue de 16,84 ($DT = 11,87$) con un intervalo de confianza del 95% que osciló entre 14,01 y 19,67. La d de Cohen (0,71) muestra un tamaño del efecto medio-alto.

Entre las puntuaciones del BDI-II de la sesión post-tratamiento ($M = 11,21$, $DT = 7,42$) y las del seguimiento del primer mes ($M = 12,95$, $DT = 7,42$) no hubo diferencias estadísticamente significativas, $t(62) = -1,75$, $p = .186$. Sin embargo, sí se encontraron cuando comparamos las puntuaciones del post-tratamiento ($M = 11,10$, $DT = 9,98$) con el seguimiento de los tres meses ($M = 14,22$, $DT = 11,59$), $t(62) = -2,086$, $p = .041$, existiendo un aumento medio en las puntuaciones del BDI-II de 3,13 ($DT = 11,90$). La d de Cohen (0,14) muestra un tamaño del efecto bajo.

Por último, se observó una reducción estadísticamente significativa de las puntuaciones del BDI-II del pre-tratamiento ($M = 28,75$, $DT = 9,24$) al seguimiento de los 3 meses ($M = 14,22$, $DT = 11,59$), $t(62) = 9,58$, $p = .00$. La disminución media de las puntuaciones fue de 14,52 ($DT = 12,03$) con un intervalo de confianza del 95% que oscila entre 11,50 y 17,55. La d de Cohen (0,57) muestra un tamaño del efecto medio.

La evolución de sintomatología depresiva de los participantes se muestra en la Figura 1.

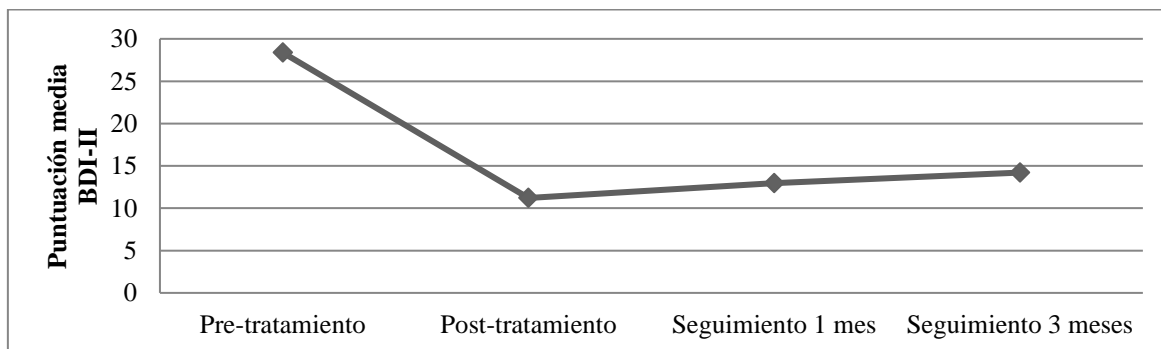


Figura 1: Evolución de las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR



Gravedad del diagnóstico inicial y evolución de la sintomatología depresiva

No hubo una interacción significativa entre la gravedad del diagnóstico inicial (TDM vs sintomatología depresiva) y el tiempo, Wilks' Lambda = .98, $F(3, 55) = .29$, $p = .831$, $\eta^2p = .016$. Sin embargo, sí que hubo un efecto principal sustancial para el tiempo, Wilks' Lambda = .29, $F(3, 55) = 45,82$, $p = .00$, $\eta^2p = .714$, observándose en ambos grupos una reducción en las puntuaciones en el BDI-II desde el pre-tratamiento hasta el seguimiento de los tres meses (ver Tabla 2). El efecto principal que comparó el grupo diagnosticado con TDM con el que tiene sintomatología depresiva no fue significativo, $F(1, 57) = .081$, $p = .776$, lo que sugiere que no hay diferencias en la evolución de la sintomatología depresiva en función de la gravedad del diagnóstico inicial.

Tabla 2

Puntuaciones del BDI en función de la gravedad de diagnóstico inicial (TDM vs sintomatología depresiva) a lo largo de cuatro momentos temporales

| Tiempo | Diagnóstico TDM | | | Sintomatología depresiva | | |
|-------------------|-----------------|-------|-------|--------------------------|-------|-------|
| | n | M | DT | n | M | DT |
| Pre-tratamiento | 39 | 29,49 | 8,93 | 20 | 27,55 | 10,45 |
| Post-tratamiento | 39 | 11,44 | 7,88 | 20 | 10,75 | 5,74 |
| Seguimiento 1 mes | 39 | 11,97 | 10,66 | 20 | 12,95 | 10,45 |
| Seguimiento 3 mes | 39 | 14,67 | 11,38 | 20 | 14,05 | 13,06 |

Status del paciente y evolución de la sintomatología depresiva

Los análisis mostraron que en la sesión post-tratamiento no hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del BDI-II entre los sujetos abstinentes ($M = 10,78$, $DT = 7,50$) y los fumadores ($M = 13,40$, $DT = 8,56$); $t(68) = 1,347$, $p = .209$.

En el seguimiento del mes, hubo diferencias estadísticamente significativas entre los abstinentes ($M = 9,68$, $DT = 7,98$) y los fumadores ($M = 17,92$, $DT = 12,67$); $t(36,53) = 2,894$, $p = .006$. La magnitud de las diferencias en las medias ($M = -8,236$, IC 95%: -14,01 a -2,47) fue media (Cohen $d = 0.36$).

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR



Por último, en el seguimiento del tercer mes, también hubo diferencias significativas entre los abstinentes ($M = 10,39$, $DT = 8,58$) y los fumadores ($M = 17,94$, $DT = 12,98$); $t(61) = 2,714$, $p = .009$. La magnitud de las diferencias en las medias ($M = -7,55$, IC 95%: $-13,11$ a $-1,99$) fue media (Cohen $d = 0.32$).

En la Figura 2 se muestra la evolución de la sintomatología depresiva en función del *status* del paciente desde la sesión pre-tratamiento hasta el seguimiento del tercer mes.

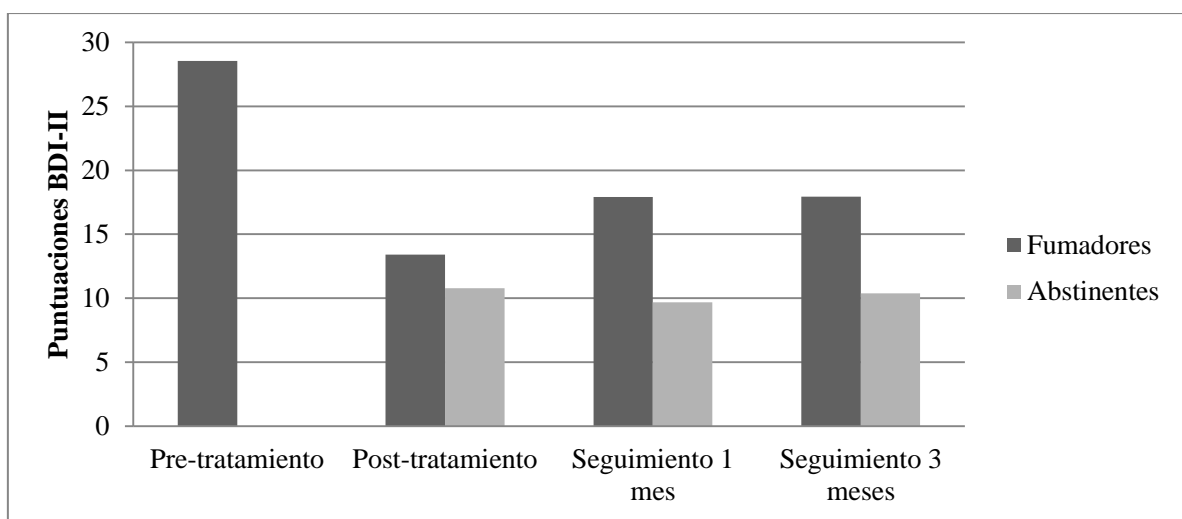


Figura 2: Evolución de las puntuaciones en el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) en función del *status* del paciente (abstinente/fumador).

Conclusiones

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la evolución de los síntomas depresivos en una muestra de pacientes a tratamiento para dejar de fumar con diagnóstico de TDM y/o sintomatología depresiva. Además se incluyeron como objetivos secundarios, el análisis de estos cambios en la sintomatología depresiva en función de la gravedad del diagnóstico inicial de depresión y del *status* del paciente (abstinente vs fumador) al final del tratamiento, en el seguimiento al mes y en el seguimiento a los tres meses. Los hallazgos encontrados fueron los siguientes: (a) la sintomatología depresiva disminuye de manera significativa tras el paso por el programa para dejar de fumar; (b) la evolución de los síntomas depresivos no difiere significativamente en función de la gravedad del diagnóstico inicial de depresión; y (c)

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR



el *status* de abstinencia influye de manera positiva a la evolución de la sintomatología depresiva, en contraposición al *status* de fumador.

Tras haber recibido un tratamiento para dejar de fumar de corte cognitivo-conductual, se observó una reducción significativa de la sintomatología depresiva en todos los periodos de seguimiento, con independencia del logro o no del estado de abstinencia. La inclusión en el programa de tratamiento de un componente psicosocial para el manejo del estado de ánimo, podría estar contribuyendo a estos resultados, tal y como sucede en investigaciones anteriores (López et al., 2015), donde principios básicos de la activación conductual, como la programación de actividades altamente reforzantes, han dado lugar a una mejoría de los síntomas depresivos en personas con algún tipo de adicción. No obstante, aunque la reducción en las puntuaciones del BDI-II desde la línea base hasta el seguimiento a los tres meses es clínicamente relevante, se observa en éste punto un aumento de las dichas puntuaciones con respecto a la sesión post-tratamiento, surgiendo así la necesidad de seguir observando la evolución de estos sujetos a largo plazo.

Cuando analizamos la evolución de los síntomas depresivos en función de la gravedad del diagnóstico inicial de depresión no encontramos diferencias significativas entre los grupos, de tal manera que tanto los sujetos con TDM como aquellos con sintomatología depresiva siguen patrones de evolución similares al final del tratamiento y en los seguimientos posteriores. Estos resultados contradicen la creencia de que las personas con depresión grave no deberían someterse a tratamientos para dejar de fumar por un posible empeoramiento de los síntomas, siendo excluidas de numerosos estudios por esta razón (Gierisch et al., 2012; Weinberger et al., 2013). Nuestros análisis muestran que además de no existir diferencias entre las personas con mayor o menor gravedad de depresión, la sintomatología depresiva mejora en ambos grupos, tanto al finalizar el tratamiento como en los seguimientos al mes y tres meses con respecto a la línea base.

Por último, los resultados mostraron diferencias significativas en la evolución de la sintomatología depresiva en función del *status* del paciente (abstinente vs fumador). Si bien es cierto que en la sesión post-tratamiento las puntuaciones en el BDI-II se

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR



redujeron notablemente en ambos grupos, y las diferencias entre ellos fueron mínimas, en seguimientos posteriores se produjo un aumento significativo de los síntomas depresivos entre los fumadores con respecto a los que lograron la abstinencia, manteniéndose invariantes en estos últimos. Este hallazgo sigue la misma línea de investigaciones previas, en las que se observa una mejoría clínica en pacientes depresivos tras el abandono del hábito tabáquico (Kahler, 2011; Lopez, 2015; McClave et al., 2009; Morozova, 2015; Secades-Villa et al., 2015), lo cual podría deberse a diferentes factores. Por una parte, es sabido que el consumo de nicotina influye en varios sistemas neuroquímicos, como el de acetilcolina y catecolaminas, pudiendo aumentar la vulnerabilidad a la depresión (Pomerleau y Pomerleau, 1985). Además, tras el abandono del tabaco, los sujetos pueden haber experimentado un mayor sentido de la auto-eficacia y motivación, mejorando así su estado de ánimo (Clancy, Zwar y Richmond, 2013).

Berlin et al., (2010) observaron un aumento de la depresión, ansiedad e ideación suicida en los sujetos con antecedentes depresivos que fracasaron en el intento de dejar de fumar. Sin embargo, en nuestro estudio se observa una mejoría de la sintomatología depresiva en la sesión post-tratamiento, entre aquellos individuos que acudieron al programa y no lograron la abstinencia. Además, las puntuaciones en el BDI-II en los seguimientos posteriores no superaron a las obtenidas en la línea base. Estos resultados son similares a los encontrados por Kahler et al., (2002) en una muestra de fumadores con antecedentes de TDM, por ello se subraya la importancia de la inclusión de esta población en los tratamientos para dejar de fumar.

Este estudio tiene algunas fortalezas con respecto a trabajos previos, tales como la inclusión en el programa de personas con diagnóstico de TDM actual, la utilización de instrumentos diagnósticos como la SCID-I o la adición de técnicas de manejo del estado de ánimo al tratamiento para dejar de fumar. Sin embargo, también presenta algunas limitaciones que conviene mencionar y que señalan futuras líneas de investigación. En primer lugar, el escaso tamaño de muestra no permite generalizar los resultados y llegar a conclusiones definitivas. En segundo lugar, sería necesario realizar seguimientos a los seis meses y al año de finalizar el tratamiento, con el fin de observar

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR



la evolución de la sintomatología depresiva a largo plazo, y comprobar si el aumento de las puntuaciones en el BDI-II a los tres meses se pronuncia en mayor medida o por el contrario se estabiliza. Por último, el hecho de que la mayor parte de los participantes en el estudio hayan sido mujeres puede afectar de alguna manera a la evolución de las variables estudiadas (Gierisch et al., 2012; Korhonen et al., 2007; Morrel et al., 2010).

Aun con estas limitaciones, los resultados del presente estudio muestran que los pacientes con depresión que acuden a un programa para dejar de fumar reducen la sintomatología depresiva. Además, esta reducción es independiente de la gravedad del diagnóstico inicial de depresión y se da en mayor medida entre los que consiguen la abstinencia. Nuestros resultados señalan la conveniencia de que los profesionales de la salud ofrezcan tratamientos eficaces para dejar de fumar que incluyan técnicas de manejo del estado de ánimo a personas con diagnóstico de TDM o con síntomas depresivos.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (2009). *Depression and how psychotherapy and other treatments can help people recover*.
<http://www.apa.org/topics/depress/recover.aspx#> retrieved 1/7/10.
- Aubin, H. J., Rollema, H., Svensson, T. H., & Winterer, G. (2012). Smoking, quitting, and psychiatric disease: a review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(1), 271-284.<http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.06.007>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory II manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Becoña, E., del Río, E. F., López-Durán, A., & Pradedá, Ú. M. (2014). The psychological treatment of tobacco dependence efficacy, barriers and challenges. *Papeles del Psicólogo*, 35(3), 161-168.

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO
PARA DEJAR DE FUMAR



- Berlin, I., Chen, H., & Covey, L. S. (2010). Depressive mood, suicide ideation and anxiety in smokers who do and smokers who do not manage to stop smoking after a target quit day. *Addiction, 105*(12), 2209-2216. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03109.x>
- Borrelli, B., Niaura, R., Keuthen, N. J., Goldstein, M.G., DePue, J.D., Murphy, C., ... & Abrams, D.B. (1996). Development of Major Depressive Disorder During Smoking-Cessation Treatment. *The journal of clinical psychiatry, 57*(11), 534-538.
- Breslau, N., Peterson, E. L., Schultz, L. R., Chilcoat, H. D., & Andreski, P. (1998). Major depression and stages of smoking. A longitudinal investigation. *Archives of General Psychiatry, 55*, 161–166. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.55.2.161>
- Brown, R. A., Niaura, R., Lloyd-Richardson, E. E., Strong, D. R., Kahler, C. W., Abrantes, A. M., ... & Miller, I. W. (2007). Bupropion and cognitive-behavioral treatment for depression in smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research, 9*(7), 721-730. <https://doi.org/10.1080/14622200701416955>
- Carmody, T.P. (1989). Affect regulation, nicotine addiction and smoking cessation. *Journal of Psychoactive Drugs, 21*, 331-342. <http://dx.doi.org/10.1080/02791072.1992.10471632>
- Cinciripini, P. M., Wetter, D. W., Fouladi, R. T., Blalock, J. A., Carter, B. L., Cinciripini, L. G., & Baile, W. F. (2003). The effects of depressed mood on smoking cessation: Mediation by postcessation self-efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 292-301. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.292>
- Clancy, N., Zwar, N., & Richmond, R. (2013). Depression, smoking and smoking cessation: a qualitative study. *Family practice, 30*(5), 587-592. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.04.017>
- Cohen, J.W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edn). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO
PARA DEJAR DE FUMAR



- Fergusson, D. M., Goodwin, R. D., & Horwood, L. J. (2003). Major depression and cigarette smoking: Results of a 21-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 33, 1357–1367. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291703008596>
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1995). Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders. *New York: New York State Psychiatric Institute.*
- Flensborg-Madsen, T., von Scholten, M. B., Flachs, E. M., Mortensen, E. L., Prescott, E., & Tolstrup, J. S. (2011). Tobacco smoking as a risk factor for depression. A 26-year population-based follow-up study. *Journal of psychiatric research*, 45(2), 143-149. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.06.006>
- Foxx, R. M. & Axelroth, E. (1983). Nicotine fading, self-monitoring and cigarette fading to produce cigarette abstinence or controlled smoking. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 17-27.
- Foxx, R.M. & Brown, R.A. (1979). Nicotine fading and self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 111-125.
- Gierisch, J. M., Bastian, L. A., Calhoun, P. S., McDuffie, J. R., & Williams, J. W., Jr. (2012). Smoking cessation interventions for patients with depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 27, 351–360. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-011-1915-2>
- Glassman, A. H., Covey, L. S., Stetner, F., & Rivelli, S. (2001). Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *The Lancet*, 357, 1929-1932. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)05064-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)05064-9)
- Hall, S. M., Humfleet, G. L., Muñoz, R. F., Reus, V. I., Robbins, J. A. & Prochaska, J. J. (2009). Extended treatment of older cigarette smokers. *Addiction*, 104(6), 1043-1052. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02548.x>
- Hall, S. M., Tsoh, J. Y., Prochaska, J. J., Eisendrath, S., Rossi, J. S., Redding, C. A., ... & Gorecki, J. A. (2006). Treatment for cigarette smoking among depressed

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO
PARA DEJAR DE FUMAR



- mental health outpatients: A randomized clinical trial. *American Journal of Public Health*, 96, 1808–1814. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2005.080382>
- Hernández-García, I., Sáenz-González, M. C., y González-Celador, R. (2010). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en el año 2006. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1), 23-33.
- Hitsman, B., Moss, T. G., Montoya, I. D., & George, T. P. (2009). Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(6), 368-378. <https://doi.org/10.1177/070674370905400604>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119–1127. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Kahler, C. W., Brown, R. A., Ramsey, S. E., Niaura, R., Abrams, D. B., Goldstein, M. G., ... & Miller, I. W. (2002). Negative mood, depressive symptoms, and major depression after smoking cessation treatment in smokers with a history of major depressive disorder. *Journal of abnormal psychology*, 111(4), 670. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.111.4.670>
- Kahler, C. W., Spillane, N. S., Busch, A. M., & Leventhal, A. M. (2011). Time-varying smoking abstinence predicts lower depressive symptoms following smoking cessation treatment. *Nicotine & Tobacco Research*, 13, 146–150. <http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntq213>
- Kang, E., & Lee, J. (2010). A longitudinal study on the causal association between smoking and depression. *Journal of Preventive Medicine and Public*, 43(3), 193–204. <http://dx.doi.org/10.3961/jpmp.2010.43.3.193>
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 608–620. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.001>

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO
PARA DEJAR DE FUMAR



- Korhonen, T., Broms, U., Varjonen, J., Romanov, K., Koskenvuo, M., Kinnunen, T., & Kaprio, J. (2007). Smoking behaviour as a predictor of depression among Finnish men and women: a prospective cohort study of adult twins. *Psychological medicine*, 37(05), 705-715. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009639>
- Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D., & Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 284(20), 2606–2610. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.284.20.2606>
- Liverant, G. I., Sloan, D. M., Pizzagalli, D. A., Harte, C. B., Kamholz, B. W., Rosebrock, L. E., ... & Kaplan, G. B. (2014). Associations among smoking, anhedonia, and reward learning in depression. *Behavior therapy*, 45(5), 651-663. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2014.02.004>
- Lopez, A. A., Skelly, J. M., & Higgins, S. T. (2015). Financial incentives for smoking cessation among depression-prone pregnant and newly postpartum women: Effects on smoking abstinence and depression ratings. *Nicotine & Tobacco Research*, 17, 455–462. <http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntu193>
- Luger, T. M., Suls, J., & Vander Weg, M. W. (2014). How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models. *Addictive Behaviors*, 39, 1418–1429. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.05.011>
- MacPherson, L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. K., Rodman, S., Strong, D. R., Kahler, C. W., ... & Lejuez, C. W. (2010). Randomized controlled trial of behavioral activation smoking cessation treatment for smokers with elevated depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 55–61. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017939>
- McClave, A. K., Dube, S. R., Strine, T. W., Kroenke, K., Caraballo, R. S., & Mokdad, A. H. (2009). Associations between smoking cessation and anxiety and depression among U.S. adults. *Addictive Behaviors*, 34, 491–497. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.01.005>

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO
PARA DEJAR DE FUMAR



- Morozova, M., Rabin, R. A., & George, T. P. (2015). Co-morbid tobacco use disorder and depression: A re-evaluation of smoking cessation therapy in depressed smokers. *The American Journal on Addictions*, 24(8), 687-694. <http://dx.doi.org/10.1111/ajad.12277>
- Morrell, H. E., Cohen, L. M., & McChargue, D. E. (2010). Depression vulnerability predicts cigarette smoking among college students: Gender and negative reinforcement expectancies as contributing factors. *Addictive behaviors*, 35(6), 607-611. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.02.011>
- Munafò, M. R., Heron, J., & Araya, R. (2008). Smoking patterns during pregnancy and postnatal period and depressive symptoms. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(11), 1609-1602. <https://doi.org/10.1080/14622200802412895>
- Pomerleau, O. F., & Pomerleau, C. S. (1985). Neuroregulators and the reinforcement of smoking: towards a biobehavioral explanation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 8(4), 503-513. [http://doi.org/10.1016/0149-7634\(84\)90007-1](http://doi.org/10.1016/0149-7634(84)90007-1)
- Secades-Villa, R., Díez-Álvarez, A.B. y Fernández-Hermida, J.R. (1999). Eficacia de un programa multi-componente para dejar de fumar con y sin chicle de nicotina. *Psicología conductual*, 7(1), 107-118.
- Secades-Villa, R., Vallejo-Seco, G., García-Rodríguez, O., López-Núñez, C., Weidberg, S., & González-Roz, A. (2015). Contingency management for cigarette smokers with depressive symptoms. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 23(5), 351-360. <http://dx.doi.org/10.1037/pha0000044>
- Stage, K. B., Glassman, A. H., & Covey, L. S. (1996). Depression after smoking cessation: case reports. *The Journal of clinical psychiatry*, 57(10), 467-469.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (1990). *The health benefits of smoking cessation*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2004). *The health consequences of smoking: A report of the surgeon general*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN SUJETOS A TRATAMIENTO
PARA DEJAR DE FUMAR



Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health
Promotion, Office on Smoking and Health.

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2014). *The health consequences of smoking-50 years of progress. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Office of Surgeon General.

van der Meer, R. M., Willemsen, M. C., Smit, F., & Cuijpers, P. (2013). Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8). <http://doi/10.1002/14651858.CD006102>

Vázquez, F., y Becoña, E. (1998). ¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión?. *Psicothema*, 10(2), 229-239.

Vázquez, F., Becoña, E., y Míguez, M. C. (2002). Fumar y depresión: situación actual en España. *Salud y drogas*, 2(1), 17-28.

World Health Organization. (2012). *WHO Global Report. Mortality Attributable to Tobacco*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Weinberger, A. H., Mazure, C. M., Morlett, A., & McKee, S. A. (2013). Two decades of smoking cessation treatment research on smokers with depression: 1990–2010. *Nicotine & tobacco research*, 15(6), 1014-1031. <https://doi.org/10.1093/ntr/nts213>

Zvolensky, M. J., Farris, S. G., Leventhal, A. M., Ditte, J. W., & Schmidt, N. B. (2015). Emotional disorders and smoking: Relations to quit attempts and cessation strategies among treatment-seeking smokers. *Addictive behaviors*, 40, 126-131. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.08.012>