

Tabaquismo y Trastornos Mentales en Población General: Una Revisión Sistemática

Adalberto Campo Arias

La prevalencia de tabaquismo es mayor en pacientes con trastornos mentales que en la población general. No obstante, algunos estudios sugieren que existe asociación entre el tabaquismo y trastornos mentales en la población residente en comunidad sin diagnóstico formal de trastorno mental. Objetivo: Definir la asociación entre el tabaquismo y trastornos mentales en personas de la población general sin diagnóstico previo de trastorno mental. Método: Mediante una búsqueda en las bases de datos de *Medline*, *ProQuest* y *Lilacs* se identificaron los estudios usando las palabras “smoking”, “tobacco”, “mental disorder”, “general population”, “community”, “study” y “adult”. Resultados: Quince estudios reunieron criterios de inclusión. La prevalencia de tabaquismo osciló entre 19.5 y 47.0%, con una media de 29.6%. Se encontró una asociación significativa entre el consumo de tabaco y los trastornos de ansiedad, depresivos, bipolares, psicóticos y los relacionados con el consumo de sustancias. Conclusión: Los datos sugieren que la prevalencia de tabaquismo en personas de la población guarda relación significativa con la presencia de los principales trastornos mentales. Es preciso continuar la investigación en esta línea para establecer con claridad los factores que determinan la relación entre algunos trastornos mentales y el fumar. *Salud UIS 2003;35:90-96*

Palabras Claves: Tabaquismo, Trastornos Mentales, Población General

Smoking prevalence is higher among psychiatric patients than general population. Similarly, studies report some association among smoking and mental disorders in people dwelling in community without a formal diagnosis of mental disorders. Aim: The objective of this systematic review was to define the association between smoking and mental disorders in general population. Method: *Medline*, *ProQuest* and *Lilacs* search was done using the words “mental disorders”, “smoking”, “tobacco”, “psychiatric patients”, “prevalence”, “study” and “adult”. Results: Fifteen investigations met inclusion criteria. Smoking prevalence was found from 19.5 to 47%; mean 29.6%. Significant association was established smoking and anxiety, bipolar, depressive, substance use and psychotic disorders. Conclusion: Among people dwelling community, information suggests mental disorders are more common among smoker than non-smoker. Smoking is associated with more common mental disorders. Further investigations are needed to define causal association between smoking and mental disorders. *Salud UIS 2003;35:90-96*

Key Words: Smoking, Mental Disorders, General Population

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco en la población general constituye la principal causa de morbilidad prevenible, generando grandes costos económicos y sociales.^{1,2} La prevalencia de tabaquismo en pacientes con trastornos mentales es superior a la observada en la población general, en particular en personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias y esquizofrenia o trastorno bipolar.³⁻⁵

Por ejemplo, la asociación entre tabaquismo y otros trastornos relacionados con el consumo de sustancias susceptible de abuso o dependencia se ha relacionado con las propiedades dopaminérgicas de la nicotina, capaces de producir activación en diferentes estructuras del sistema central de recompensa.⁶⁻⁸ Por su parte, el tabaquismo en sujetos que presentan síntomas psicóticos se ha asociado con el uso de antipsicóticos, sustancias bloqueantes de receptores de dopamina en el sistema nervioso central.⁹ Estos medicamentos pueden inducir síntomas extrapiramidales y disconfort en muchos pacientes.¹⁰ La nicotina y otras sustancias presentes en el humo del tabaco son capaces de contrarrestar estos efectos adversos tanto por mecanismos farmacocinéticos como farmacodinámicos.¹¹

¹ Profesor Asociado. Línea de Salud Mental. Grupo de Neuropsiquiatría UNAB. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Medicina, Calle 157 No 19-55 Cañaveral Parque, Bucaramanga, Colombia. E-mail: acampoar@unab.edu.co
Recibido Febrero 22 de 2003/Aprobado Marzo 05 de 2003

Recientemente se ha observado una asociación entre el tabaquismo y la presencia de trastornos mentales en la población general.⁶ No obstante, no se ha evaluado en

conjunto la evidencia disponible. El objetivo de esta revisión sistemática fue precisar la relación entre tabaquismo y trastornos mentales en la población general, sin historia de diagnóstico formal de trastorno mental.

MÉTODOS

Una búsqueda en las bases de datos de *Medline*, *ProQuest* y *Lilacs* fue realizada usando inicialmente las palabras “mental disorder” y “smoking” o “tobacco”. Esta fue depurada con las palabras “general population”, “community”, “study” y “adult”. Dichas palabras se combinaron de diferentes formas incluyendo siempre la palabra “smoking” o “tobacco”. Este proceso fue complementado con una revisión directa de las referencias de los trabajos encontrados en las bases de datos para identificar artículos que pudieran haber escapado en la búsqueda inicial.

Se seleccionaron los artículos publicados desde 1990 hasta marzo del 2003 en los cuales se evaluaba la prevalencia de tabaquismo y de trastornos mentales en personas mayores de 18 años sin historia de diagnóstico formal de eje I, es decir, síntomas conductuales y psicológicos que pueden ser motivo de consulta y el principal objeto de la atención en psiquiatría, según el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana.¹²

RESULTADOS

De un total de 31 artículos identificados, únicamente 17 reunieron los criterios de inclusión. Sin embargo, sólo se analizaron 15 trabajos porque en un par de casos dos artículos correspondían a diferentes informes de la misma investigación. Fueron excluidos 8 informes debido a que estudiaban población de personas con trastornos mentales y otro grupo de seis porque evaluaban la asociación del fumar con enfermedad médicas u otras variables psicosociales.

En 1990, Anda et al. estudiaron la asociación del tabaquismo y trastorno depresivo mayor en un grupo de 2963 personas de un estudio dirigido por el Centro Nacional para Estadísticas de la Salud desde 1971 a 1975. Se definieron como fumadores aquellos individuos que al momento de la evaluación habían fumado al menos 100 cigarrillos. Los síntomas depresivos se evaluaron con la escala para depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scales, CES-D*). Informaron que el 39.4% eran fumadores. Observaron que tanto en mujeres como en varones el porcentaje de fumadores se incrementaba en relación con el puntaje en CES-D ($p < 0.001$). Además,

durante el seguimiento notaron que los fumadores deprimidos tenían un 40% menos de probabilidad de abandonar el tabaquismo.¹³

Por su parte, Glassman et al., evaluaron la relación entre fumar y trastornos depresivos estudiando los datos de una muestra no aleatoria de 3213 sujetos tomada entre 1980 y 1983 de un estudio del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, NIMH. Se consideraron fumadores quienes habían fumado diariamente un mes o más, alguna vez en la vida. Para identificar la historia de trastorno depresivo mayor utilizaron el *Esquema de la Entrevista Diagnóstica (Diagnostic Interview Schedule, DIS)*, considerando los criterios diagnósticos de DSM-III. Encontraron que el 43.4% de la población había fumado alguna vez en la vida y una prevalencia de trastorno depresivo mayor de 5.1%. Encontraron que una historia de fumar en forma habitual guardaba una asociación significativa con trastorno depresivo mayor (6.6% frente a 2.9%. OR=2.38; IC 95%, 1.65-3.44; $p < 0.001$).

De la misma forma, informaron una asociación significativa entre haber sido alguna vez fumador y alcoholismo, aún después de excluir los sujetos con trastorno depresivo mayor (OR=5.23; IC 95%; 4.05-6.76). No obstante, no encontraron relación entre tabaquismo y algunos trastornos de ansiedad¹⁴

Igualmente, en 1990, Pérez-Stable et al. evaluaron síntomas depresivos con la escala CES-D en 547 latinos residentes en San Francisco, Estados Unidos. Calificaron como alguna vez fumadores a quienes hubieran fumado por lo menos cien cigarrillos a lo largo de la vida. Informaron que el 19% eran fumadores. Mediante regresión logística, después de ajustar para género, aculturación, educación, edad y empleo, encontraron que los actualmente fumadores informaban un mayor número de síntomas depresivos, puntajes mayores de 16 en la CES-D (OR=1.7; IC 95%, 1.3-2.2).¹⁵

En 1993, Kendler et al. investigaron la relación causal entre trastorno depresivo mayor y tabaquismo en una muestra de población general de mujeres gemelas. Los casos de depresión mayor durante el año previo fueron identificados una versión adaptada de la *Entrevista Clínica Estructura para DSM-III-R (SCI-DSM-III-R)*. Para la mayoría de los análisis se establecieron tres categorías, fumadoras actuales, alguna vez fumadora y no fumadoras. Informaron que el 41.1% eran fumadoras y una relación significativa entre el fumar alguna vez y la prevalencia a lo largo de la vida de trastorno depresivo mayor. Además, esta prevalencia guardaba asociación con el número de cigarrillos fumados por día.¹⁶

Romans et al. en 1993, evaluaron 272 mujeres mediante un cuestionario enviado por correo en dos ocasiones, tres años entre cada evaluación. Los síntomas psiquiátricos fueron cuantificados con la versión corta del Examen del Estado Presente (*Present State Examination, PSE*) que evalúa ansiedad y depresión. Indagaron si fumaban y cuántos cigarrillos por día, sin considerar la duración del consumo. Observaron que 26.1% fumaba al momento del estudio y una asociación positiva entre el fumar y morbilidad psiquiátrica, es decir, las mujeres con ansiedad o depresión en la primera evaluación fueron con mayor probabilidad fumadoras en el seguimiento (63.2% frente a 22.8%; $X^2=32.3$, $OR=5.81$; IC 95, 2.97-11.41, $p<0.0001$). Inesperadamente encontraron que el tabaquismo estuvo relacionado con mayor remisión de la depresión y de la ansiedad (50% frente al 20%, $X^2=4.22$; $OR=4.0$, IC 95, 1.05-15.97, $p<0.05$).¹⁷

A su vez, Breslau et al., en dos informes publicados en 1998 y 1999 presentaron los resultados en un estudio norteamericano. Evaluaron la asociación entre ataques de pánico, trastorno depresivo mayor y el fumar en 1007 de adultos entre 21 y 30 años. Los síntomas mentales fueron evaluados con la versión del *Instituto Nacional de Salud Mental DIS-R (NIMH-DIS-R)*. Se clasificaron como fumadores quines habían fumado diariamente durante el último mes. Hallaron que el 42.8% fumaba diariamente, el 12% había presentado ataques de pánico y el 13.4% reunía criterios para trastorno depresivo mayor. Encontraron que el fumar incrementaba el riesgo de presentar trastorno depresivo mayor ($OR=1.91$, IC 95%, 1.10-3.36) y de un ataque de pánico ($OR=3.96$; IC 95%, 2.28-6.89).^{18,19}

En 1999, Black et al. estudiaron 697 mayores de 18 años, familiares de personas con trastorno mental y 360 sujetos sin antecedentes personales o familiares de enfermedad mental. El *Esquema de Entrevista Diagnóstica (Diagnostic Interview Schedule, DIS)* fue utilizado para determinar la morbilidad psiquiátrica. Fueron considerados fumadores los sujetos que habían fumado diariamente durante al menos un mes alguna vez en la vida. La prevalencia vital de tabaquismo fue del 47%. Además, precisaron una asociación significativa independiente, después de controlar otras variables, entre dependencia de alcohol u otra sustancia y el fumar.²⁰

En un estudio australiano de 1999, Jorm en 10641 individuos mayores de 18 años investigó la morbilidad psiquiátrica con la *Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview, CIDI)*. Calificó como fumadores a los sujetos que consumían al menos un cigarrillo todos los días.

Encontró que el fumar se relacionaba en forma positiva con trastornos depresivos, bipolares, de ansiedad y relacionados con el consumo de sustancias. Sin embargo, la asociación fue más significativa en los más jóvenes.²¹

Para el año 2000, Ismail et al. publicaron un estudio longitudinal con 12057 individuos británicos entre 16 y 75 años de edad. Evaluaron la morbilidad mental mediante el *Cuestionario General de Salud de 12 ítems (General Health Questionnaire, GHQ-12)* que identifica con buena sensibilidad y especificidad síntomas ansiosos y depresivos. Encontraron que el 31.7% había fumado en forma habitual o aumentado el consumo en cinco cigarrillos por día desde la evaluación basal. Informaron una asociación significativa entre el fumar y los trastornos mentales evaluados. La asociación mostró una tendencia a ser más significativa en jóvenes (16-21 años) y adultos mayores (51-75 años) que en los adultos de edad mediana, $OR=1.50$, 1.57 y 1.12, respectivamente. De la misma forma, se observó una correlación importante que el número de cigarrillo fumados por día y el puntaje en el GHQ-12, $r=0.29$, $p<0.0001$.²²

Por su parte, en el 2000, Lasser et al. investigaron la prevalencia de tabaquismo en 4411 personas entre 15 y 54 años. Clasificaron como fumadores a quienes habían fumado diariamente por lo menos durante un mes. Los trastornos mentales fueron evaluados con la *CIDI*. Se informó que el 28.5% fumaba en forma regular. De la misma forma, encontraron que el 41% de los fumadores reunía criterios para un trastorno mental. El riesgo para la presencia de síntomas mentales fue más elevado para los fumadores que para los no fumadores ($OR=2.70$; IC 95%, 2.30-3.10). Además, observaron mayor comorbilidad a mayor número de cigarrillos fumados durante el día.²³

Farrell et al. indagaron tabaquismo y trastornos mentales en 10108 sujetos con edades entre 16 y 64 años. Los síntomas psiquiátricos fueron evaluados con la versión revisada del *Esquema de Entrevista Clínica (Clinical Interview Schedule-Revised, CIS-R)* que investiga síntomas de ansiedad y depresión, en particular. El 32% fumaba en forma habitual y el 22.4% presentaba un trastorno mental. Hubo una importante asociación global entre morbilidad psicológica y tabaquismo ($OR=1.60$). Esta relación fue más importante para depresión ($OR=3.70$).²⁴

Hämäläinen et al., en el 2001, investigaron la asociación entre el fumar y la ingesta de alcohol y la presencia de un episodio depresivo mayor en 5993 finlandeses entre los 15 y 75 años de edad. Determinaron depresión con la versión corta de la Universidad de Michigan del *CIDI*.

Tabla 1. Prevalencia de trastornos mentales en personas que fuman de la población general

Estudio	Tipo de Estudio	Edad	Muestra	Instrumento	Prevalencia de fumadores (%)	Comorbilidad
Anda et al. ¹³	Transversal	24-74 años	2963	CES-D	39.4	Depresión
Glassman et al. ¹⁴	Transversal	18 o más años	3213	DIS	43.4*	TDM Alcoholismo
Pérez-Stable et al. ¹⁵	Transversal	18-65 años	547	CES-D	19.0	Depresión
Kendler et al. ¹⁶	Longitudinal	18 o más años	1566	SCI-DSM-III-R	41.1	TDM
Romans et al. ¹⁷	Longitudinal	18 o más años	272	PSE	26.1	Ansiedad Depresión
Breslau et al. ^{18, 19}	Longitudinal	21-30 años	1007	NIMH-DIS-R	42.8	Ataques de pánico TDM
Black et al. ²⁰	Transversal	18 o más años	1057	DIS	47.0*	TRS
Jorm ²¹	Transversal	18 o más años	10641	CIDI	24.3	Trastornos afectivos Trastornos de ansiedad TRS
Ismail et al. ²²	Longitudinal	16-75 años	12057	GHQ-12	31.7	Ansiedad Depresión
Lasser et al. ²³	Transversal	15-54 años	4411	CIDI	28.5	Trastornos de ansiedad Trastorno bipolar Trastornos depresivos Trastornos psicóticos TRS
Farrell et al. ²⁴	Transversal	16-64 años	10108	CIS-R	32.0	Ansiedad Depresión
Hämäläinen et al. ²⁵	Transversal	15-75 años	5993	CIDI-UM	19.5	Depresión
Mino et al. ²⁶	Longitudinal	18 o más años	724	GHQ-30	30.4	Ansiedad Depresión
Degenhardt et al. ^{27, 28}	Transversal	18 o más años	10641	CIDI DSM-IV otros	25.0	TRS Ansiedad Depresión Psicosis
Dierker et al. ²⁹	Longitudinal	18 o más años	273	ETA-E-DSM-III-R	37.7**	Trastornos afectivos Trastornos de ansiedad TRS

CES-D: Escala para depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; CIS-R: Esquema de entrevista clínica; CIDI: Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta; DIS: Esquema de Entrevista Diagnóstica; DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico, IV versión; ETA-E: Entrevista semiestructurada para trastornos afectivos y esquizofrenia; GHQ: Cuestionario General de Salud; PSE: Estado Mental Presente; SCI-DSM-III-R: Entrevista Clínica Estructura para DSM-III-R; TDM: Trastorno depresivo mayor; TRS: Trastornos relacionados con el consumo de sustancia, abuso o dependencia

* Prevalencia durante la vida; ** Prevalencia de fumadores pesado.

La prevalencia global de fumadores fue 19.5%. Informaron que los actualmente fumadores presentan un riesgo mayor para un episodio depresivo mayor (OR=2.24; IC, 1.74-2.90). El riesgo se incrementa en forma importante con el número de cigarrillos fumados por día, es decir, la incidencia era mayor en aquellos fumadores de más de 10 cigarrillos al día.²⁵

De otro lado, durante el 2001, Mino et al. evaluaron síntomas mentales y el fumar en 724 trabajadores japoneses en forma transversal y longitudinal durante un seguimiento de dos años. Los síntomas psiquiátricos fueron cuantificados con la versión de treinta ítem del GHQ que evalúa síntomas ansiosos y depresivos.

La prevalencia de tabaquismo fue 30.4%. La presencia de ansiedad o depresión fue dependiente de fumar en mujeres;

mas, no guardó asociación entre varones, tanto en la evaluación transversal como en la longitudinal.²⁶

En un trabajo presentado en dos informes en el 2001, Degenhardt et al. Investigaron en 10641 sujetos mayores de 18 años la comorbilidad de uso de sustancias, incluyendo el tabaco, y salud mental. Los fumadores fueron clasificadores: fumadores actuales, antiguos fumadores y nunca fumadores. Con CIDI valoraron la salud mental, los criterios diagnósticos para uso de sustancias del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) y otras escalas para medir síntomas psicóticos, estrés y discapacidad psicológica durante el último año. Informaron que el 25% fumaba al momento del estudio. Los fumadores mostraron una significativa comorbilidad con abuso-dependencia de alcohol,

cannabis, otras sustancias susceptibles de abuso-dependencia, trastornos de ansiedad (OR=2.42; IC, 2.07-2.83), trastornos del estado de ánimo (OR=2.20; IC, 1.90-2.54) y psicosis (OR=4.65; IC, 3.19-6.75). Además, los fumadores informaron mayor estrés y discapacidad psicológica que los no fumadores.^{27,28}

En la publicación más reciente, Dierker et al. estudiaron 133 pacientes con trastornos depresivos y en 273 familiares de primer grado. Los diagnósticos fueron realizados utilizando una entrevista semiestructurada para trastornos afectivos y esquizofrenia, versión modificada para el DSM-III-R (ETA-E-DSM-III-R). Los fumadores se dividieron en: fumadores pesados, consumidores de 20 o más cigarrillos durante el día y no fumadores pesados, incluyendo los no fumadores. Para este análisis son relevantes los hallazgos en el segundo grupo.

Encontraron que el 37.1% de los familiares eran fumadores pesados. Los fumadores pesados mostraron mayor riesgo de presentar trastorno depresivo mayor (OR=1.70; IC 95% 1.01-3.20; $p<0.05$), trastorno distímico (OR=2.60; IC 95% 1.19-5.76; $p<0.05$), agorafobia (OR=2.00; IC 95% 1.05-3.67; $p<0.05$) y abuso o dependencia de alcohol (OR=1.80; IC 95% 1.22-2.77; $p<0.006$).²⁹

En resumen, la prevalencia de tabaquismo en las poblaciones estudiadas osciló entre 19.5 y 47%. La prevalencia promedio fue de 29.6%. Se observó una mayor prevalencia de tabaquismo en aquellas personas que presentan trastornos de ansiedad, bipolar, depresivos, psicóticos y relacionados con el consumo de sustancias, incluyendo el alcohol. Todos los estudios revisados aportan un nivel de evidencia III, es decir, son estudios tipo cross-sectional, de casos y controles o cohorte.

En relación con los instrumentos para evaluación del diagnóstico, se observó algunos estudios utilizaron entrevistas estructuradas como el CES-D, CIDI, CIS-R, DIS, SCI-DSM-III-R y ETA-E-DSM-III-R consideradas en la actualidad como los métodos para llenar a un diagnóstico más confiable.^{13-21,23-25,27-29} Y en dos estudios se utilizaron versiones del GHQ que evalúan síntomas depresivos y ansiosos, pero no confirman un diagnóstico psiquiátrico.^{22,26}

Por su lado, la categoría de fumador fue definida de varias formas: en unos estudios se incluyó en este grupo a los sujetos que informaron haber fumado al menos 100 cigarrillos durante la vida,^{13,15} en otras investigaciones a quienes informaron haber fumado durante el último mes alguna vez durante la vida, prevalencia vital,^{14,20} en otros

estudios categorizar los sujetos que refirieron consumo diario de cigarrillo durante el último mes^{6,18,19,21-23,25,29} y en otro grupo encontramos aquellos informes en los cuales se omite o es imprecisa esta información.^{17,24,26-28}

DISCUSIÓN

Los estudios revisados muestran una asociación significativa entre el fumar y trastornos mentales en personas de la población general.

Es difícil una comparación global debido a la diversidad como fue establecida la categoría de fumador y evaluados los trastornos mentales. En algunos estudios se manejaron categorías diagnósticas amplias que incluyen trastornos mentales específicos.

Varios estudios sugieren que la prevalencia de tabaquismo varía de un trastorno a otro dentro de una categoría diagnóstica. De la misma forma, unos informes omiten la razón de disparidad de la asociación, los intervalos de confianza y la probabilidad que los resultados sean productos del azar. No obstante, en la mayoría se puede apreciar una asociación consistente entre el fumar y los trastornos de ansiedad, trastornos de estado de ánimo, trastornos relacionados con el consumo de sustancias y trastornos psicóticos.

Al igual que otros problemas de salud mental, el tabaquismo guarda relación tanto con factores genéticos y biológicos como medioambientales y socioculturales.^{6,10} Existen distintas posibilidades para explicar la asociación del tabaquismo con otros trastornos mentales:

- El tabaquismo incrementa el riesgo de presentar trastorno mental.
- La presencia de un trastorno mental aumenta la posibilidad de fumar.
- Existen factores predisponentes comunes, genéticos y ambientales.

Algunos estudios muestran que el fumar aumenta el riesgo de presentar un trastorno mental.³⁰ La nicotina es una sustancia con potentes acciones en el sistema nervioso central produciendo modificaciones neurobiológicas.^{8,31} Es posible que estos cambios se constituyan en un factor de riesgo adicional para la presentación clínica de un trastorno mental en personas susceptibles.³² Es preciso considerar, que un número importante de estudios han mostrado que los factores genéticos juegan un papel importante en la predisposición al tabaquismo.^{33,34}

Respaldan la segunda hipótesis estudios que señalan la asociación entre tabaquismo y esquizofrenia. La nicotina es una sustancia con acciones dopaminérgicas importantes, inhibe a la enzima monoaminooxidasa implicada en el metabolismo de la dopamina y además, produce cambios importantes en la farmacocinética de los medicamentos utilizados para el manejo de síntomas psicóticos.^{9,11,35}

Adicionalmente, la nicotina mejora procesos cognoscitivos, como la atención y la memoria, que se encuentran deteriorados en personas con esquizofrenia.^{6,10} De igual manera, se conoce los efectos producidos por el uso continuo de nicotina en locus ceruleus, similares a los observados con el uso de antidepressivos.³⁶ Corroborando los efectos antidepressivos de la nicotina, varios estudios informan la recurrencia de trastornos depresivos cuando se abandona el consumo de tabaco, lo cual puede condicionar la persistencia en el consumo.³⁷

Otros datos apoyan la tercera hipótesis de un factor predisponente común. Se podría considerar el tabaquismo como un síntoma más del espectro de los trastornos mentales. Algunos autores sugieren que las alteraciones neurobiológicas observadas en trastornos mentales como la esquizofrenia y el trastorno depresivo mayor se constituyen en factores de riesgo común para los trastornos mentales anotados y para el consumo regular de nicotina.^{6,30}

Es muy importante tener presente que la prevalencia de trastornos mentales es alta en población general; no obstante, el mayor porcentaje corresponde a cuadros clínicos leves que pocas veces consultan a los servicios de salud. Es posible que la nicotina sea una forma de automedicación muy efectiva para cuadros sintomáticos leves.³⁵ De la misma forma, algunos estudios muestran que el tabaquismo y la dependencia de nicotina es directamente proporcional a la severidad de los síntomas mentales.³⁸ En otras palabras, el riesgo de trastorno mental está correlacionado con el número de cigarrillo consumidos durante el día.^{21,23,25} Además, es importante considerar a los fumadores como una población heterogénea, sean de la consulta de psiquiatría o de la población sin un diagnóstico mental formal. En consecuencia el riesgo para tabaquismo es diferente en cada sub-grupo.^{3-5,39} Es incuestionable que los distintos factores de riesgo para tabaquismo, genéticos y medio-ambientales, y la interacción de los mismos necesitan ser estudiados con mayor precisión.

Finalmente, tabaquismo en población general tiene varias connotaciones: Primero, se puede considerar un síntoma que puede ser objeto de atención, el consumo de nicotina podría sugerir la presencia de un trastorno mental, desde un trastorno con altas repercusiones psicosociales como un trastorno psicótico hasta un diagnóstico más simple

como la dependencia de nicotina, pero con grandes repercusiones sobre la salud física.³⁸ Segundo, la comorbilidad tabaquismo con otros trastornos mentales modifica en forma significativa la presentación clínica de estos trastornos.³⁵ Tercero, es otro factor a considerar en el momento de elegir el manejo farmacológico para el trastorno mental.³⁵ Y cuarto, aumenta la incidencia de enfermedades cardíacas, pulmonares y otras patologías físicas.⁴⁰

Se concluye que existe una asociación importante entre el tabaquismo y trastornos mentales en personas de la población general. La comorbilidad es significativa con los trastornos mentales más frecuentes, como los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, psicóticos y relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Se necesita precisar los trastornos específicos dentro de categoría diagnóstica asociados con el consumo de tabaco y el tipo de la relación existente.

REFERENCIAS

1. Barendregt JJ, Bonneux L, van der Maas PJ. The health care costs of smoking. *N Engl J Med* 1997;337:1052-7
2. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic cost-United States, 1995-1999. *MMWR* 2002;51:300-3
3. Campo A. Prevalencia de tabaquismo en pacientes psiquiátricos: una revisión sistemática. *Medunab* 2002;13:28-33
4. Poirier MF, Canceil O, Baylé F, Millet B, Bourdel MC, Moati C, et al. Prevalence of smoking in psychiatric patients. *Progress Neuro-Pharmacol Biol Psychiatry* 2002;26:529-37
5. Ghisays RH, Gómez CA, Campo A, Suárez M, Bermúdez A. Prevalencia de tabaquismo en pacientes de la consulta psiquiátrica. *Biomédica* 1996;16:52-7
6. Leonard S, Adler LE, Benhammou K, Berger R, Breese CR, Drebing C, et al. Smoking and mental illness. *Pharmacol Biochem Behav* 2001;70:561-70
7. Ulloque RA. Sistema cerebral del placer y de la dependencia. *Biomédica* 1999;19:321-30
8. Stein EA, Pankiewicz J, Harsch HH, Cho J-K, Fuller SA, Hoffmann, et al. Nicotine-induced limbic cortical activation in the human brain: a functional MRI study. *Am J Psychiatry* 1998;155:1009-15
9. Desai HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CSN Drug* 2001;15:469-94
10. Fowler JS, Volkow ND, Wang G-J, Pappas N, Logan J, MacGregor R, et al. Inhibition of monoamine oxidase B in the brains of smokers. *Nature* 1996;379:733-6

11. Geraciotti TD, West SA, Bakker DG, Hill KK, Ekhaton NN, Wortman MD, et al. Low CSF concentration of dopamine metabolite in tobacco smokers. *Am J Psychiatry* 1999;156:130-2
12. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington DC. American Psychiatric Association 1994
13. Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG, Mast EE, Giovino GA, Remington PL. Depression and the dynamics of smoking. A national perspective. *JAMA* 1990;264:1541-5
14. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, et al. Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA* 1990;264:1546-9
15. Pérez-Stable EJ, Marín G, Marín B, Katz MH. Depressive symptoms and cigarette smoking among Latinos in San Francisco. *Am J Public Health* 1990;80:1500-2
16. Kendler KS, Neale MC, MacLean CL, Heath AC, Eaves LJ, Kessler RC. Smoking and major depression. A causal analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:36-43
17. Romans ES, McNoe BM, Herbison GP, Walton VA, Mullen PE. Cigarette smoking and psychiatric morbidity in women. *Aust N Z J Psychiatry* 1993;27:399-404
18. Breslau N, Petersen EL, Schultz LR, Chilcoat HD, Andreski P. Major depression and stages of smoking. A longitudinal investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:161-6
19. Breslau N, Klein DF. Smoking and panic attack. An epidemiologic investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1141-7
20. Black DW, Zimmerman M, Coryell WH. Cigarette smoking and psychiatric disorders in a community sample. *Ann Clin Psychiatry* 1999;11:129-36
21. Jorm AF. Association between smoking and mental disorders: results from an Australian National Prevalence Survey. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;23:245-8
22. Ismail K, Sloggett A, De Stavola B. Do common mental disorders increase cigarette smoking? Results from five waves of a population-based panel cohort study. *Am J Epidemiol* 2000;152:651-7
23. Lasser K, Boyd JW, Woolhander S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness. A population-based prevalence study. *JAMA* 2000;284:2606-10
24. Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G, et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. *Br J Psychiatry* 2001;179:432-7
25. Hämäläinen J, Kaprio J, Isometsä E, Heikkinen M, Poikolainen K, Lindeman S, et al. Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample. *J Epidemiol Com Health* 2001;55:573-6
26. Mino Y, Shigemi J, Otsu T, Ohta A, Tsuda T, Yasuda N, et al. Smoking and mental health: cross-sectional and cohort studies in an occupational setting in Japan. *Prev Med* 2001;32:371-5
27. Degenhardt L, Hall W. The relationship between tobacco use, substance-use disorders and mental health: results from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Nicotine Tob Res* 2001;3:225-34
28. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: comparison of their associations other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders, and psychosis. *Addiction* 2001;96:1603-14
29. Dierker LC, Avenevoli S, Stolar, Merikangas KR. Smoking and depression: an examination of mechanism of comorbidity. *Am J Psychiatry* 2002;159:947-53
30. 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
31. Salokangas RKR, Vilkmann H, Ilonen T, Taiminen T, Bergman J, Haaparanta M, et al. High levels of dopamine activity in the basal ganglia of cigarette smokers. *Am J Psychiatry* 2000;157:632-4
32. Kelly C, McCreadle RG. Smoking habits, current symptoms, and premorbid characteristics of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland. *Am J Psychiatry* 1999;156:1751-7
33. Carmelli D, Swan GE, Robinette D, Fabsitz R. Genetic influence on smoking: a study of male twins. *N Engl J Med* 1992;327:829-33
34. Kendler KS, Thornton LM, Pedersen NL. Tobacco consumption in Swedish twins reared apart and reared together. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:886-92
35. Glassman AH. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993;150:546-53
36. Klimek V, Zhu M-Y, Dilley G, Konick L, Overholser JC, Meltzer HY, et al. Effects of long-term cigarette smoking on the human locus ceruleus. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:821-7
37. Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Major depression following smoking cessation. *Am J Psychiatry* 1997;154:263-5
38. Hughes JR, Gust SW, Pechacek TF. Prevalence of tobacco dependence and withdrawal. *Am J Psychiatry* 1987;114:205-8
39. Chong SA, Choo HL. Smoking among Chinese patients with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 1996;30:350-3
40. Fielding JE, Phenow KJ. Health effects of involuntary smoking. *N Engl J Med* 1988;319:1452-60