

Tabaquismo y depresión

Ana Moreno Coutiño,¹ María Elena Medina-Mora Icaza²

Actualización por temas

SUMMARY

The objective of the present work is to review updated information about smoking and depression, based on a revision of Pub Med Data Base to find articles with the words «treatment», «smoking» and «depression» in the title, the summary, or the key words. The date of the most recent article reviewed was April of the 2008. An analysis of these articles was performed aiming to select the pertinent ones for the subject to treat in this summary. Additional articles were selected from references found in articles identified in the original revision. In addition, we offer a proposition about new research directions for depression and smoking, specially treatments for those patients who have simultaneously these disorders, since it's important to design and evaluate new treatments against tobacco smoking habits. Treatments must have an integral approach, contemplating the psychological as well as the pharmacological intervention in order to achieve for a complete treatment.

Smoking and depression constitute two important worldwide and national public health problems. Tobacco addiction is worldwide one of the main causes of deterioration of the quality of life and increased morbi-mortality. It causes 5000000 deaths per year (one out of ten deaths of adults). The World Health Organization (WHO) estimated that according to present tendencies, in the year 2020, smoking habits will be responsible for ten million deaths, of which, seven out of ten will take place in developing countries. For the year 2030 tobacco smoking will be the main cause of death around the world.

In Mexico, according to the latest National Survey of Addictions, there were 14 million smokers, 9.6 million were former smokers and around 60000 people die every year due to illnesses directly related to smoking habits.

In addition, in the year 2002 the WHO informed that depression was the prevailing disorders in general population with 154012 cases, affecting primarily women (62%) (95023 cases). This disorder is already the main cause of disability in the world, with 121 million people living with the disease. The estimation for the year 2020 is that it will be the second cause of labor loss in developed countries. In Mexico, depression is one of the main causes of mortality and burden of disease nation wide. A study focused on early depression in Mexican population, reported that 2.0% has suffered depression at some point during childhood or adolescence, and will present an average of seven depression episodes throughout their life.

During the last years, studies have shown a strong relation between smoking and depression. Therefore, people with history of depression have a tendency to develop tobacco addiction. Also, this

kind of patients reveal an important reduction in the severity of the depressive symptoms when consuming nicotine. In spite of the evidence of the high comorbidity between these two diseases, their treatment is generally provided from an independent perspective, making it urgent to recognize the importance of their integrate attention.

In a study performed in order to determine the probability of occurrence of substance dependency disorder when affection disorders coexist, it was reported that dependency disorders occur before the abuse or dependency of substances in 47% of men and in 26% of women. In relation specifically to tobacco smoking habits, it has been reported that smokers who consume more than one pack per day have three times more probability of presenting symptoms of depression compared to nonsmokers.

It has been shown that patients with depressive symptomatology smoke as a way of self medication against this disabling disease. Until now there is not enough information to predict if former smokers with depression can attain long term tobacco abstinence, as well as which would be the effects produced by abstinence over depressive symptomatology. Because smokers with history of depression have a great probability of experiencing symptoms of the disease during abstinence, more research regarding treatment with antidepressants after abstinence period has been proved necessary.

Reviews are discussed in terms of their theoretical and clinical implications for smoking cessation research. Treatment of patients with both disorders must contemplate psychological and pharmacological attention. The appropriate medical attention of comorbid diseases will surely increase the rehabilitation's rate of success.

Key words: Smoking, depression, treatment.

RESUMEN

La intención del presente trabajo es la de reseñar información actualizada sobre el tabaquismo y la depresión, a partir de una revisión de la base de datos Pub Med. La fecha del artículo revisado más reciente fue abril del 2008. Se seleccionaron sólo los trabajos pertinentes al tema a tratar en este resumen. Artículos adicionales fueron seleccionados a partir de las referencias de los artículos de la revisión original. Asimismo, se plantea una propuesta sobre hacia dónde se debería dirigir la investigación para el tratamiento de aquellos pacientes que presentan de manera simultánea estos dos trastornos, contemplando tanto el aspecto psicológico como el farmacológico.

¹ Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM.

² Directora de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Correspondencia: Dra. Ana Moreno Coutiño. Av. Universidad 3004, Copilco-Universidad, Coyoacán, 04510, México DF. Tel. 5658 3911 Fax:5658 3744. E-mail: moca99_99@yahoo.com

Recibido: 23 de abril de 2008. Aceptado: 27 de junio de 2008.

La adicción al tabaco es una de las principales causas de morbimortalidad y deterioro de la calidad de vida, y ocasiona cinco millones de muertes al año (una de cada diez defunciones de adultos en el mundo). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que de mantenerse las tendencias actuales, para el año 2020 el tabaquismo será responsable de diez millones de defunciones, de las cuales siete de cada diez ocurrirán en los países en desarrollo.

En México, de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Adicciones, existen 14 millones de fumadores y 9.6 millones de exfumadores (ENA, 2002). Alrededor de 60000 personas mueren al año por padecimientos vinculados con el tabaquismo.

Por otro lado, la depresión es ya la principal causa de invalidez en el mundo, siendo 121 millones de personas las que la padecen, y se estima que para el año 2020 será la segunda causa de baja laboral en los países desarrollados.

En nuestro país la prevalencia de la depresión con inicio temprano es del 2.0%, con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida y se clasifica entre las principales causas de mortalidad y morbilidad a nivel nacional.

En los últimos años se ha reportado una fuerte asociación entre el tabaquismo y la depresión. Se sabe que las personas con historia de depresión son más susceptibles a fumar, y que los síntomas depresivos que se manifiestan durante la abstinencia son reversibles con la reintroducción del cigarrillo.

Con el objetivo de determinar la probabilidad de ocurrencia de un trastorno de dependencia de sustancias cuando coexisten trastornos del afecto, se encontró que dichos trastornos ocurren antes del abuso o dependencia de sustancias en 47% para los hombres y en 26% para las mujeres. En concordancia con lo anterior, se ha reportado que los fumadores actuales que consumen más de una cajetilla por día, tienen tres veces más probabilidad de presentar depresión que los no fumadores.

Como resultado de varios estudios, se ha propuesto la teoría de que las personas con depresión fuman a manera de automedicación contra sus síntomas, pero se desconoce si los pacientes con depresión pueden mantenerse en abstinencia a largo plazo, e igualmente se desconoce cuáles son los efectos de la abstinencia sobre la sintomatología depresiva. Además se ha planteado la necesidad de evaluar si el tratamiento postabstinencia con antidepresivos previene dicha sintomatología.

A partir de la información reseñada es posible concluir que el tratamiento de aquellos pacientes que presentan de manera simultánea estos dos trastornos, debería contemplar tanto el aspecto psicológico como el farmacológico y que la atención simultánea de los trastornos comórbidos elevará la tasa de éxito de los tratamientos.

Palabras clave: Tabaquismo, depresión, tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo y la depresión son dos importantes problemas de salud pública tanto en el mundo como en nuestro país. A pesar de la evidencia que se tiene hasta ahora sobre la alta comorbilidad entre la depresión y el tabaquismo, su tratamiento por lo general se aplica de forma independiente, por lo que se reconoce la urgente necesidad de integrar su atención.

El presente trabajo tiene la intención de reseñar información actualizada sobre estos temas, a partir de la revisión de la base de datos *Pub Med* para encontrar artículos con las palabras «tratamiento», «tabaquismo» y «depresión» en el título, el resumen o las palabras clave. Se analizaron artículos publicados hasta abril del 2008. A partir de las referencias de los artículos identificados durante la revisión original se seleccionaron algunos artículos adicionales. Tras reseñar estos temas, se hace una propuesta para continuar la investigación de nuevos tratamientos para los pacientes que presentan de manera simultánea estos dos trastornos.

TABAQUISMO

La adicción al tabaco es, a nivel mundial, una de las principales causas de morbimortalidad y deterioro de la calidad de vida, y ocasiona cinco millones de muertes al año (una de cada diez defunciones de adultos en el mundo). La mitad de las personas que en la actualidad fuman, es decir unos 650 millones de personas, morirán a causa del taba-

co. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que de mantenerse las tendencias actuales, para el año 2020 el tabaquismo será responsable de 10 millones de defunciones, de las cuales siete de cada diez ocurrirán en los países en desarrollo. Para el año 2030 el tabaquismo será la principal causa de muerte en el mundo. Sin embargo, el consumo de tabaco es la principal causa de mortalidad prevenible a nivel mundial.¹

De igual manera, la OMS advierte que la gran mayoría de la población mundial vive en países en desarrollo, en donde la tendencia en el incremento del consumo de tabaco contrasta con los pocos recursos disponibles para responder a los problemas de salud, sociales y económicos que genera dicho consumo. Al mismo tiempo, las industrias tabacaleras incrementan y diversifican sus estrategias de mercado y promoción para tener un mayor número de consumidores entre los grupos vulnerables —mujeres y adolescentes— en tales países.²

Unos 700 millones de niños, es decir casi la mitad de los niños del mundo, respiran aire contaminado ocasionado por el humo del tabaco, ya que ni la ventilación y/o la filtración del aire pueden reducir la exposición al humo de tabaco en espacios interiores a niveles aceptables.²

En el humo de tabaco hay unos 4000 productos químicos conocidos, de los cuales se sabe que más de 50 causan cáncer en el ser humano. Esta adicción se asocia estrechamente con enfermedades como cáncer de pulmón, boca, faringe, laringe, esófago, estómago, páncreas, cérvico-uterino, riñón y vesícula. Además es causa del 90% de los casos de cáncer de pulmón y está asociado a muchos otros

padecimientos como enfisema, bronquitis, asma, accidentes cerebrovasculares, ataques cardiacos, enfermedades cardiovasculares e infertilidad. Varios de estos problemas de salud no se hacen evidentes en forma inmediata y pasan muchos años antes de que el fumador comience a presentar los signos y síntomas de dichos padecimientos. Algunas de estas enfermedades provocan invalidez, e implican un alto costo social y económico, ya que los consumidores de tabaco son menos productivos debido a su mayor vulnerabilidad a las enfermedades. Además de los elevados costos de salud pública relacionados con el tratamiento de enfermedades causadas por el cigarro, el tabaquismo provoca la muerte de personas en la cúspide de su vida productiva, privando a las familias de sustento y a las naciones de una fuerza de trabajo sana.²

Por otro lado, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes, una iniciativa conjunta de la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), la prevalencia del consumo de tabaco diferente a los de los cigarrillos, tales como el rapé y las pipas de agua (11.2%) es mayor entre los adolescentes que la del consumo de cigarrillos (8.9%), por lo que las anteriores estimaciones del número de muertes relacionadas con el tabaquismo podrían ser conservadoras.³

En México, de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Adicciones, existen 14 millones de fumadores y 9.6 millones de ex fumadores.⁴ Se ha reportado que de éstos, 70% desea dejar de fumar o lo ha intentado, pero sólo 15% lo logra de manera permanente, antes de los 60 años. Alrededor de 60000 personas mueren al año por padecimientos vinculados con el tabaquismo,⁵ entre los que destacan: enfermedad isquémica del corazón (22778 defunciones); enfisema, bronquitis crónica y EPOC (17390 muertes); enfermedad cerebrovascular (13751 defunciones), y cáncer de pulmón, bronquios y traquea (6168 muertes).⁶ Según los resultados de la ENA 2002 se advierten edades de inicio en el tabaquismo cada vez más tempranas, en comparación con los resultados de 1988, y al mismo tiempo se detectó un incremento de esta adicción en las mujeres. Casi un millón de adolescentes de 12 a 17 años, en área urbana, son fumadores (10.1%), con mayor prevalencia en los hombres (15.4%) respecto de las mujeres (4.8%). En el área rural la prevalencia de fumadores es de 6.1 (11.3% hombres y 1% mujeres). En cuanto a los fumadores adultos de 18 a 65 años de edad, la prevalencia es de 30.2% (12.9 millones) en el área urbana. La prevalencia por sexo es de 45.3% en hombres y 18.4% en mujeres. En el área rural existen 16.6% (2.2 millones) de fumadores, siendo 32.3% hombres y 4.2% mujeres. Casi todos los fumadores actuales del área urbana son jóvenes de 18 a 29 años (40.8%). En el área rural, los fumadores se concentran en grupos extremos de la vida, 28.8% en el grupo de 18 a 29 años y 27.1% en los de 50 a 65 años.⁴ De acuerdo con la tercera encuesta sobre consumo

de drogas en población de enseñanza media y media superior de la Ciudad de México, el consumo de tabaco «alguna vez» ha afectado a más del 50% de los estudiantes de manera similar para hombres y mujeres (51.1% y 50.1%, respectivamente). En relación con el consumo actual, el porcentaje de usuarios se reduce a menos de la mitad, y es ligeramente mayor el consumo en los hombres (23.4%). Al analizar el consumo de tabaco por nivel educativo, se reportó que el porcentaje de usuarios de nivel secundaria es bajo (38.4%), en comparación con los de bachillerato (68.4%) y los de escuelas técnicas (67.9%). Al considerar la edad de los adolescentes, se observó que un porcentaje importante de adolescentes de 17 años (39.6%) ha fumado en el último mes. El cambio más drástico se presenta de los 14 a los 15 años, ya que ahí se observa cómo casi se triplica la proporción de consumidores actuales.⁷

En nuestro país el tabaquismo se encuentra entre las principales causas de mortalidad y morbilidad, según el factor de riesgo.⁸ Las muertes asociadas con el consumo de tabaco generan la pérdida de 20 a 25 años de vida productiva.⁵

Desde el punto de vista socioeconómico, el tabaquismo también tiene implicaciones importantes. En términos de ingresos y de capacidad de empleo, el cultivo del tabaco es la tercera actividad agrícola en México.⁹ La gran capacidad de manufactura de la planta del tabaco se observa en el hecho de que las ventas nacionales de cigarrillos han superado los 60,000 millones de dólares.¹⁰ Sin embargo, en términos de egresos el tabaquismo constituye una grave amenaza para la economía familiar: según la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) realizada en el 2002, el gasto en tabaco en un hogar de escasos recursos equivale a 5%. Por otro lado, según la marca de la cajetilla de cigarrillos adquirida diariamente se incrementará el porcentaje de gasto trimestral, y el consumo regular de una marca de precio alto puede llegar a significar el 21% del ingreso trimestral familiar.¹¹

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el año 2004 los costos totales anuales derivados de la atención médica para las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco, tales como el infarto agudo del miocardio, la enfermedad vascular cerebral, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer pulmonar, correspondieron a 4.3% del gasto de operación de la institución.¹²

Por tratarse de un problema de salud pública grave, las campañas destinadas a prevenir este problema, así como diversos tratamientos destinados a lograr el abandono del consumo de tabaco han cobrado importancia. Entre los factores relacionados con el tabaquismo, recientemente se ha analizado que como ocurre en el caso de otras adicciones, la comorbilidad psiquiátrica es un factor relevante.

Varios estudios han revelado una asociación positiva entre el hábito de fumar y algunos trastornos psiquiátricos y neurológicos como depresión, esquizofrenia, Alzheimer, Parkinson y Síndrome de Gilles de la Tourette.¹³⁻²² Ade-

más, en fumadores adolescentes, de 13 a 15 años, se ha encontrado una relación entre los problemas psicosociales y el establecimiento del hábito de fumar.²³

Una hipótesis que explica dicha relación, es que los trastornos del estado de ánimo podrían ser primarios y revelarse con la abstinencia.²⁴ Así, estos pacientes desarrollan una fuerte dependencia al tabaco y pueden requerir de varios intentos y de tratamientos a largo plazo para lograr la abstinencia.²⁵

DEPRESIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó en el año 2002 que la prevalencia de los trastornos depresivos en la población general es de 154012 casos, de los cuales el 62% son mujeres (95023 casos). Los trastornos depresivos son responsables de un total de 13349 defunciones al año, concentrándose en el periodo de vida adulta de los 45 a 59 años de edad.

La depresión es una enfermedad crónica recurrente que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social.² Se estima que entre 60 y 80% de las personas con depresión pueden ser tratadas mediante terapia breve y el uso de antidepressivos. Sin embargo, sólo entre 25% y 10% de las personas que la padecen reciben tratamiento. Este trastorno es ya la principal causa de invalidez en el mundo, siendo 121 millones de personas las que padecen esta enfermedad, y se estima que para el año 2020 será la segunda causa de baja laboral en los países desarrollados.¹

Los pacientes con depresión presentan niveles de discapacidad por arriba del promedio registrado en pacientes con otras enfermedades crónicas, tales como hipertensión, diabetes, artritis y dolor de espalda. La depresión y los sentimientos de desesperanza se han asociado con enfermedades como el cáncer, incluso después de ajustes estadísticos para el hábito de fumar.²⁶ De igual manera, se ha reportado una importante asociación entre la depresión y las enfermedades cardíacas.²⁷

En México, la depresión unipolar severa se clasifica entre las principales causas de mortalidad y carga de enfermedad a nivel nacional.⁸ Se estima una prevalencia de 12 a 20% entre la población adulta de 18 a 65 años.²⁸

En un estudio realizado con el objetivo de evaluar la prevalencia de la depresión con inicio temprano en la población mexicana, se comparó su curso natural en relación con la del inicio en la adultez, su comorbilidad, así como la latencia para buscar tratamiento, y se encontró que 2.0% de la población ha padecido depresión, en la infancia o adolescencia, en un promedio de siete episodios a lo largo de la vida. Las personas que desarrollan depresión en edades tempranas tienen 18 veces mayor probabilidad de desarrollar dependencia a las drogas. Estos resultados se atribuyen a la falta de detección y tratamiento oportuno en

jóvenes.²⁹ Se sabe que el episodio depresivo mayor presenta un primer incremento alrededor de los 17 años, un segundo pico aproximadamente a los 32 años y por último un tercer pico a los 65 años.³⁰

En la Ciudad de México la prevalencia de los trastornos depresivos durante la vida de la población adulta de 18 a 65 años, es de 12%, con un alto riesgo de recurrencia, ya que 59% de las personas que padecieron episodios depresivos, reportaron más de uno. La edad promedio en la que se inicia este tipo de trastornos se ubicó en la segunda mitad de la tercera década de la vida. En relación con las diferencias por género, se encontró que este tipo de trastornos lo padecen dos mujeres por cada hombre. La frecuencia de las discapacidades relacionadas con los trastornos es semejante en ambos géneros, sin embargo, son las mujeres las que con más frecuencia buscan ayuda.³¹

En los últimos años se ha reportado una fuerte relación entre el tabaquismo y la depresión. Se sabe que las personas con historia de depresión son más susceptibles a fumar.¹⁴ Y que los síntomas depresivos que se manifiestan durante la abstinencia son reversibles con la reintroducción del cigarro.³²

COMORBILIDAD TABAQUISMO-DEPRESIÓN

Los pacientes depresivos son más susceptibles a fumar que la población en general y revelan una importante reducción en la severidad de sus síntomas al consumir nicotina.³³ Este tipo de pacientes tienen mayores probabilidades de mantenerse en abstinencia al recibir tratamiento para su estado de ánimo.³⁴

Recientemente se reportó que el nivel de la sintomatología depresiva predice la aparición del tabaquismo en no fumadores.³⁵ De igual manera, la sintomatología depresiva alta en las evaluaciones basales de los pacientes que inician tratamiento contra el tabaquismo, predice una baja tasa de abstinencia al final de dicho tratamiento. El incremento de la sintomatología depresiva en la sexta semana y el sexto mes después del tratamiento, se asocian con el fracaso de la abstinencia.³⁶

De acuerdo con lo anterior se reporta una correlación positiva entre el tiempo de reacción y la sintomatología depresiva. Aquellos que mostraron en su evaluación basal tiempos de reacción más lentos tuvieron mayor riesgo de recaer en el hábito de fumar. Probablemente, el tiempo de reacción evidencia aspectos de la depresión que no son evaluados en los cuestionarios de autorreporte.³⁷

En relación con las diferencias por género, en un estudio realizado en adolescentes que padecían sintomatología depresiva se encontró una relación significativa entre el tabaquismo y dicha sintomatología, siendo las mujeres las más vulnerables³⁵. En este mismo sentido, en un estudio con mujeres fumadoras se encontró una correlación positi-

va entre el grado de dependencia a la nicotina y el desarrollo de síntomas depresivos durante la abstinencia, siendo las mujeres con mayor nivel de depresión las más propensas a recaer en el tabaquismo.³⁴

Los resultados de un estudio que analiza la probabilidad de ocurrencia de un trastorno adictivo de sustancias cuando coexisten trastornos del afecto, indican que dichos trastornos ocurren antes del abuso o dependencia de sustancias en 47% para los hombres y en 26% para las mujeres.³⁸ Además los resultados de otro estudio muestran una predicción de la dependencia de tabaco cuando anteceden problemas emocionales, y revelan que las mujeres tienen mayores probabilidades de desarrollar dicha adicción que los hombres (OR 13.03 y 2.82, respectivamente).³⁹

En relación con las diferencias según el sexo de los fumadores mexicanos, se sabe que las mujeres fumadoras tienen el doble de probabilidades de padecer depresión que las no fumadoras, así como cinco veces más probabilidad de padecer depresión que los hombres, mientras que los hombres que fuman más de una cajetilla diaria tienen cinco veces más probabilidad de padecer depresión que los no fumadores. Los fumadores actuales y los exfumadores tienen 80% más de probabilidad de presentar depresión, en comparación con los no fumadores. Además, los fumadores actuales (hombres y mujeres) que consumen más de una cajetilla al día, tienen tres veces más probabilidad de presentar depresión que los no fumadores.⁴⁰

Por otro lado, como resultado de varios estudios se ha encontrado que la nicotina reduce tanto la incidencia como la severidad de los síntomas depresivos.^{15,33,41,42} Además, se ha probado que para contrarrestar los síntomas de la abstinencia a la nicotina algunos antidepresivos como el bupropión, la fluoxetina, la moclobemida y la nortriptilina tienen efectos benéficos.⁴³

Recientemente se propuso la tesis de que las personas con depresión fuman a manera de automedicación contra los síntomas de este padecimiento.^{15,18,41} De acuerdo con esta tesis, encontramos los resultados de dos estudios. En uno de ellos se reporta que los fumadores con alta dependencia a la nicotina tienen mayor riesgo de padecer síntomas de abstinencia al dejar de fumar, que aquellos con menor nivel de dependencia.⁴⁴ En el otro estudio se encontró que los fumadores crónicos, al ser evaluados en abstinencia, durante un periodo largo de tiempo incrementan su sintomatología depresiva y manifiestan alteraciones del sueño muy parecidas a las de los pacientes con depresión. Esto sugiere que los síntomas depresivos de los fumadores se mantienen bajo control con la nicotina.⁴⁵ El conocimiento de la fuerte relación que existe entre la nicotina y la sintomatología depresiva, demuestra que es necesario examinar nuevas propuestas que puedan sumarse a los tratamientos actuales para el tratamiento de esta adicción, ya que los pacientes con diagnóstico de depresión tienen menos éxito en sus intentos para dejar de fumar.^{14,46}

Hasta el momento no hay información suficiente para saber si los pacientes con depresión pueden mantenerse en abstinencia a largo plazo e igualmente se desconoce cuales podrían ser los efectos de la abstinencia sobre la sintomatología depresiva.⁴⁷

La importancia de ahondar en la relación que existe entre el tabaquismo y la depresión, radica en la influencia que esta relación pueda tener en el tratamiento exitoso del tabaquismo.

UN TRATAMIENTO PARA DOS TRASTORNOS

A pesar de la alta comorbilidad entre los trastornos del afecto y los trastornos por el uso de sustancias, su tratamiento por lo general se administra de manera independiente, por lo que se reconoce la urgente necesidad de integrar la atención de los trastornos comórbidos.

Los pacientes que presentan comorbilidad entre trastornos mentales y el uso de sustancias representan un gran reto para los especialistas debido a que la adicción a sustancias limita el uso de fármacos para el tratamiento del trastorno psiquiátrico, y aumenta el riesgo de recaídas en pacientes con dependencia a sustancias.³⁷ Sin embargo, en el caso de la comorbilidad entre la depresión y el tabaquismo esta limitante no se presenta, ya que el tratamiento farmacológico puede favorecer la mejoría para ambos trastornos.

Además, al conocerse la alta incidencia del tabaquismo en poblaciones vulnerables, es necesario evaluar la eficacia de los distintos tratamientos farmacológicos contra el tabaquismo en los jóvenes y las personas con trastornos mentales.⁴⁸

Recientemente se ha evaluado el tratamiento contra el tabaquismo para pacientes diagnosticados simultáneamente con algún trastorno psiquiátrico.⁴⁹ En cuanto a la aceptación de dicho tratamiento entre los pacientes con depresión, se sabe que aquellos que se encuentran bajo medicación son los que mejor aceptan el tratamiento, y que ni la severidad de los síntomas depresivos ni la historia previa de depresión ni el historial de recurrencia del padecimiento se relacionan con la aceptación del tratamiento.⁵⁰

Es necesario investigar si el tratamiento postabstinencia con antidepresivos previene dicha sintomatología, debido a que los fumadores con historia de depresión tienen mayores probabilidades de experimentar sintomatología depresiva durante la abstinencia.⁵¹

Los tratamientos contra el tabaquismo más utilizados en la actualidad, son el psicológico y el farmacológico. El tratamiento psicológico está basado en la terapia cognitivo-conductual. Cuando sólo se utiliza este tipo de apoyo el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo es muy bajo, por lo que, de hecho, se recomienda ofrecer tratamiento farmacológico a todas las personas que desean dejar de fumar a menos que existan contraindicaciones médicas.⁵²

Entre los fármacos contra el tabaquismo más empleados se encuentran: la terapia de reemplazo de nicotina (TRN) en sus distintas modalidades (parches, inhaladores y chicles), y un medicamento con propiedades antidepressivas, el bupropión, el cual ha probado ser uno de los tratamientos no nicotínicos más eficaces contra el tabaquismo.^{53,55} Tanto los parches de nicotina transdérmicos como el bupropión poseen el mejor índice de costo y efectividad en el tratamiento del tabaquismo.⁵⁶⁻⁵⁸ Asimismo, la utilización simultánea de TRN y de bupropión para el manejo de la abstinencia al tabaquismo de pacientes sanos, ha probado elevar las probabilidades de abstinencia a largo plazo.⁵⁹

En un meta-análisis realizado a partir de la base de datos Cochrane, se encontró que la TRN incrementa las tasas de abstinencia en un 50 a 70% y su efectividad es independiente de la intensidad del apoyo adicional brindado a los pacientes.⁶⁰

En cuanto al tratamiento de la depresión, se sabe que el tratamiento farmacológico en combinación con el tratamiento psicológico, es la mejor opción.⁶¹ De acuerdo con los resultados de otro meta-análisis, el bupropión como tratamiento para la depresión es tan efectivo como los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS), los cuales son actualmente los antidepressivos más utilizados mundialmente. Además se sabe que, a diferencia de los ISRS, este fármaco no provoca alteraciones sexuales.⁶² El tratamiento contra el tabaquismo con bupropión ha sido extensamente probado y ha mostrado mantener la abstinencia a largo plazo en distintos grupos de pacientes, incluyendo fumadores sanos, fumadores con problemas cardiovasculares, pacientes con obstrucción pulmonar crónica, depresión y esquizofrenia.^{63,64}

Los fumadores con una dependencia fuerte a la nicotina que reciben tratamiento con bupropión advierten un decremento de su sintomatología depresiva durante la fase de tratamiento, misma que puede resurgir al discontinuarse éste.⁶⁵ Debido a esto, el tiempo óptimo de la duración del tratamiento con bupropión —en este tipo de pacientes—, todavía debe de analizarse, al igual que el uso de la TRN para prevenir las recaídas tras lograr la abstinencia.⁶⁶

Por otro lado, la TRN ha probado tener excelentes resultados en el tratamiento de la sintomatología depresiva, ya que reduce la incidencia y la severidad de los síntomas, al mismo tiempo que regulariza el sueño de los pacientes.^{15,33,41,42,67}

La información aquí reseñada muestra la necesidad de examinar nuevos tratamientos contra el tabaquismo para los pacientes con sintomatología depresiva. Dichos tratamientos deberán ser integrales, es decir, contemplar tanto el aspecto psicológico como el farmacológico, partiendo de una evaluación detallada del paciente, para así brindar atención a sus necesidades particulares. La atención de los trastornos comórbidos de manera simultánea, seguramente elevará el éxito del tratamiento.

El desafío para los profesionales de la salud mental es el de asegurar disponibilidad de tratamiento con psicoterapia y fármacos según las necesidades del paciente. Los padecimientos deben ser tratados con base en la evidencia científica, en la que se incluya la perspectiva de los enfermos en particular y de la sociedad en general (Medina-Mora, 2005).³⁸

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/english/ad/sde/ra/tobdefault.htm>; 2007.
2. Pan American Health Organization. Disponible en: <http://www.paho.org/english/ad/sde/ra/tobdefault.htm>; 2008.
3. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/healthinfo/statics/gbdwhoregionprevalence2002.xls>; 2008.
4. Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) Secretaría de Salud y Consejo Nacional Contra las Adicciones. Disponible en: www.salud.gob.mx; 2002.
5. SSA. Programa Nacional de Salud 2001 – 2006. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/pns20012006.pdf>; 2001.
6. Kuri P, González J, Hoy M, Cortés M. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública Mex* 2006;48:S91-S98.
7. Villatoro J, Hernández I, Hernández H, Fleiz C, Blanco J et al. Encuesta de Consumo de Drogas de Estudiantes III 1991-2003 SEP- INPRFM. México: Disco compacto; ISB-968-7652-42-8; 2004.
8. González-Pier E et al. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. *Lancet* 2006;368:1608-1618.
9. Meneses F. Cultivo y producción de tabaco en México. En: Valdés R, Lazcano E, Hernández M (ed.). Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el convenio marco para el control del tabaco; 2005; p.289-296. Disponible en: <http://www.insp.mx/tabaco/informe/parteXI.pdf>.
10. Sesma S, Pérez R, Puentes E, Valdés R. 2005 El precio como determinante del consumo de tabaco en México, 1994-2002. En: Valdés R, Lazcano E, Hernández M (ed.). Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el convenio marco para el control del tabaco; 2005. Disponible en: <http://www.insp.mx/tabaco/informe/parteIV.pdf>.
11. Valdés R, Hernández M. La política fiscal aplicada al tabaco en México: 1980-2005. En: Valdés R, Lazcano E, Hernández M (ed.). Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el convenio marco para el control del tabaco; 2005; p. 109-113. Disponible en: <http://www.insp.mx/tabaco/informe/parteIV.pdf>.
12. Reynales-Shigematsu LM, Rodríguez-Bolaños RA, Jiménez JA, Juárez-Marquez SA, Castro-Ríos A et al. Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública Méx* 2006;48(1):48-64.
13. Barclay L, Kheifets S. Tobacco use in Alzheimer's disease. *Prog Clin Biol Res* 1989;317:189-194.
14. Glassman A, Helzer JE, Covey LS. Smoking, smoking cessation and major depression. *JAMA* 1990;264:1546-1594.
15. Salín-Pascual R, de la Fuente JR, Galicia-Polo L, Drucker-Colín R. Effects of transdermal nicotine on mood and sleep in nonsmoking major depressed patients. *Psychopharmacology* 1995;121:476-479.
16. Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Pomerleau CS. Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *J Subst Abuse* 1995;7:373.
17. Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Major depression following smoking cessation. *Am J Psychiatry* 1997; 154:263-265.
18. Mihailescu S, Drucker-Colín R. Nicotine, brain nicotinic receptors, and neuropsychiatric disorders. *Arch Med Res* 2000;31:131-144.
19. Fakhfakh R, Lagrue G. Depression, tobacco dependence and nicotine. *Arch Inst Pasteur Tunis* 2002;79:65-72.
20. Hiroaki A, Suemaru K, Gomita Y. Neuronal nicotinic receptors and psychiatric disorders: functional and behavioral effects of nicotine. *Jpn J Pharmacol* 2002; 88:133-138.

21. Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biol Psychiatry* 2004;55:69-76.
22. Chang G, Sherritt L, Knight JR. Adolescent cigarette smoking and mental health symptoms. *J Adolesc Health* 2005;36(6):517-22.
23. Crone MR, Reijneveld SA. The association of behavioural and emotional problems with tobacco use in adolescence. *Addict Behav* 2007;32(8):1692-8.
24. Glass RM. Blue mood, blackened lungs- depression and smoking. *JAMA* 1990;264:1583-1584.
25. Nides M. Update on pharmacologic options for smoking cessation treatment. *Am J Med* 2008;121(4 supl 1): S20/s31.
26. Greer S. Cancer and the mind. *Br J Psychiatry* 1983; 143:535-543.
27. Carney RM, Freedland KE, Miller GE, Jaffe AS. Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms. *J Psychosom Res* 2002;53:897-902.
28. SERSAME. Servicios de Salud Mental. Disponible en: <http://sersame.salud.gob.mx/depresion.htm#intro>; 2002.
29. Benjet C, Borges GG, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Mex* 2004a;46(5):17-24.
30. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. *Salud Mental* 2003;26(4): 1-16.
31. Caraveo J, Colmenares E, Saldivar G. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental* 1999;22:7-17.
32. Stage KB, Glassman AH, Covey LS. Depression after smoking cessation: case reports. *J Clin Psychiatry* 1996;57:467-469.
33. Lai I, Hon Ch, Tsai S. Association study of nicotinic-receptor variants and major depressive disorder. *J Affect Disord* 2001;66(1):79-82.
34. Hall SM, Muñoz R, Reus VI. Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *J Consult Clin Psychol* 1994;62(1):141-146.
35. Munafò MR, Hitsman B, Rende R, Metcalfe C, Niaura R. Effects of progression to cigarette smoking on depressed mood in adolescents: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Addiction* 2008;103(1):162-171.
36. Catley D, Harris KJ, Okuyemi K, Mayo MS, Pankey E et al. The influence of depressive symptoms on smoking cessation among African Americans in a randomized trial of bupropion. *Nicotine Tob Res* 2005;7(6): 859-870.
37. Kassel JD, Yates M, Brown RA. Baseline reaction time predicts 12-month smoking cessation outcome in formerly depressed smokers. *Psychol Addict Behav* 2007; 21(3):415-419.
38. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J et al. Prevalence, service use, and demographic correlatos of 12- month DSM-IV psychiatric disorders in México: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 2005;35:1773-1783.
39. Medina-Mora ME, Rojas-Guio E, Borges-Guimaraes G, Vázquez-Perez L, Fleiz-Bautista C et al. Chapter 4-comorbidity: Depression and substance abuse. En: Aguilar-Gaxiola AS, Guillot TP (eds). *Depression in Latinos*. Springer Science Business Media LLC; 2008; p.73-90 (en prensa).
40. Benjet C, Wagner FA, Borges GG, Medina-Mora ME. The relationship of tobacco smoking with depressive symptomatology in the Third Mexican National Addictions Survey. *TP* 2004b;34(5):881-888.
41. Pomerleau CS. Co-factors for smoking and evolutionary psychobiology. *Addiction* 1997;92(4):397-408.
42. Salin-Pascual R, Drucker-Colín R. A novel effect of nicotine on mood and sleep in major depression. *Neuroreport* 1998;9:57-60.
43. Hitsman B, Pingitore R, Spring B, Mahabeshwarkar A, Mizes JS et al. Antidepressant pharmacotherapy helps some cigarette smokers more than others. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:547-554.
44. Pomerleau CS, Marks JL, Pomerleau OF. Who gets what symptom? Effect of psychiatric cofactor and nicotine dependence on patterns of smoking withdrawal symptomatology. *Nicotine Tob Res* 2000;2(3):275-280.
45. Moreno-Coutiño A, Calderón-Ezquerro C, Drucker-Colín R. Long term changes in sleep and depressive symptoms of smokers in abstinence. *Nicotine Tob Res* 2007;9(3): 389-396.
46. Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Cigarette smoking and major depression. *J Addict Dis* 1998;17:35-46.
47. Repko M, van den Brink W, Huyser J. Can depressed patients stop smoking? A review. *Tijdschr Psychiatr* 2007;49(10):753-62.
48. Foulds J, Steinberg MB, Williams JM, Ziedonis DM. Developments in pharmacotherapy for tobacco dependence past, present and future. *Drug Alcohol Rev* 2006; 25(1):59-71.
49. Saxon AJ, Baer JS, Davis TM, Sloan KL, Malte CA et al. Smoking cessation treatment among dually diagnosed individuals: Preliminary evaluation of different pharmacotherapies. *Nicotine Tob Res* 2003;5(4):589-596.
50. Haug NA, Hall SM, Prochaska JJ, Rosen AB, Tsoh JY, et al. Acceptance of nicotine dependence treatment among currently depressed smokers. *Nicotine Tob Res* 2005; 7(2):217-24.
51. Hughes JR. Depression during tobacco abstinence. *Nicotine Tob Res* 2007;9(4):443-6.
52. Okuyemi KS, Ahluwalia JS, Harris KJ. Pharmacotherapy os Smoking Cessation. *Arch Fam Med* 2000;9:270-281.
53. Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, Offord KP, Johnston JA et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997;23(17):1195-202.
54. Glover ED, Glover PN. Pharmacologic treatments for the nicotine dependent smoker. *Am J Health Behav* 2001; 25(3):179-82.
55. Durcan MJ, White J, Jorenby DE, Fiore MC, Rennard SI et al. Impact of prior nicotine replacement therapy on smoking cessation efficacy. *Am J Health Behav* 2002; 26(3):213-20.
56. Fiore MC, Thompson SA, Lawrence DL, Welsch S, Andrews K et al. Helping Wisconsin women quit smoking: a successful collaboration. *WMJ* 2000;99(2):68-72.
57. Cornuz J, Pinget C, Gilbert A, Paccaud F. Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. *Eur J Clin Pharmacol* 2003; 59(3):201-6.
58. Etter JF, Stapleton JA. Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: a meta-analysis. *Tob Control* 2006;15(4):280-5.
59. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;4(9):685-691.
60. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;23(1):CD000146.
61. Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF 3rd, Pilkonis PA et al. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(11):1009-15.
62. Thase ME, Haight BR, Richard N, Rockett CB, Mitton M et al. Remission rates following antidepressant therapy with bupropion or selective serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of original data from 7 randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(8):974-81.
63. Wilkes S. Bupropion. *Drugs Today (Barc)* 2006; 42(10):671-81.
64. Brown RA, Niaura R, Lloyd-Richardson EE, Strong DR, Kahler CW et al. Bupropion and cognitive-behavioral treatment for depression in smoking cessation. *Nicotine Tob Res* 2007;9(7):721-30.
65. Lerman C, Niaura R, Collins BN, Wileyto P, Audrain-McGovern J et al. Effect of bupropion on depression symptoms in a smoking cessation clinical trial. *Psychol Addict Behav* 2004;18(4):362-6.
66. Covey LS, Glassman AH, Jiang H, Fried J, Masmela J et al. A randomized trial of bupropion and/or nicotine gum as maintenance treatment for preventing smoking relapse. *Addiction* 2007;102(8):1292-1302.
67. Haro R, Drucker-Colín R. A two year study on the effects of nicotine and its withdrawal on mood and sleep. *Pharmacopsychiatry* 2004;37:1-7.

