

¿EL HÁBITO DE FUMAR TIENE RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN?

Fernando Vázquez González y Elisardo Becoña Iglesias

Universidad de Santiago de Compostela

Existen toda una serie de estudios que demuestran con claridad la relación entre fumar y depresión. Este trabajo revisa la evidencia de la fuerte asociación que existe entre la historia de depresión mayor, la depresión mayor, la sintomatología depresiva y fumar cigarrillos. Los fumadores que tienen alguno de estos trastornos experimentan una sintomatología de abstinencia más severa, es menos probable que dejen de fumar y es más probable que recaigan. Igualmente, también exploramos algunas de las posibles explicaciones entre fumar y depresión. Finalmente, se discuten las implicaciones que supone esta relación para los clínicos.

Is the smoking habit related to depression? The link between depression and cigarette smoking is well documented. This article reviews the evidence that lifetime history of major depression, major depression and depressive symptoms are associated with a high rate of cigarette smoking. The smokers who have these disorders experience more withdrawal symptoms on quitting, are less likely to be successful at quitting, and are more likely to relapse, and we also explore several potential links between smoking and depression. Finally, the implications of this relationship for clinicians are discussed.

Aunque han sido bien documentados los beneficios significativos para la salud que se derivan de dejar de fumar (USDHHS, 1990), y a pesar de que en el momento actual hay acuerdo acerca de las técnicas que son efectivas y de las que no funcionan (ej., American Psychiatric Association, 1996), todavía no se consiguen los resultados que a todos los clínicos nos gustaría. Un claro ejemplo de ello son los esfuerzos que se han hecho para promover el abandono del consumo de cigarrillos a través de programas

para dejar de fumar llevados a cabo sobre la población a gran escala, cuyos resultados no han dejado de ser más bien modestos.

La asignación de cada paciente al tratamiento más adecuado, lo cual implica la adaptación del tratamiento basándose en una o más variables de diferencia individual, es una estrategia prometedora para mejorar las tasas de eficacia de los programas formales de tratamiento para dejar de fumar (Abrams, 1993). Sin embargo, antes de que los tratamientos adaptados puedan ser diseñados y probados, se deben dar dos requisitos previos: a) tenemos que identificar las dimensiones psicológicas u otras que nos permitan discriminar con fiabilidad a los fumadores y, b) tenemos que aclarar los procesos cognitivos y motivacionales que

Correspondencia: Elisardo Becoña
Universidad de Santiago de Compostela
Facultad de Psicología. Campus Universitario Sur
15706 Santiago de Compostela (Spain)
E-mail: pcelisar@usc.es

sustentan el hábito de fumar entre los subgrupos de fumadores.

No obstante, aunque tenemos mucha información de las características de los fumadores y no fumadores en general todavía no se han encontrado aquellas dimensiones psicológicas fiables que discriminen tipos de fumadores para asignarles el tratamiento más adecuado. Un grupo de estudios recientes sugieren que la presencia de la depresión, historia de depresión o sintomatología depresiva se podría utilizar para categorizar a los fumadores y adaptar los tratamientos para dejar de fumar a este importante subgrupo de fumadores. De hecho, cada vez son más las investigaciones que aportan datos que apuntan a que hay un grupo importante de fumadores con sintomatología depresiva (ej., Anda et al., 1990), depresión mayor (ej., Hughes, Hatsukami, Mitchell y Dahlgren, 1986) o con historia de depresión mayor (ej., Glassman et al., 1988). Otro grupo de trabajos han demostrado que la presencia de sintomatología depresiva (ej., Anda et al., 1990) o historia de depresión mayor (ej., Glassman et al., 1988) es uno de los principales obstáculos para dejar de fumar. También se ha encontrado que los individuos que han experimentado depresión es 1.6 veces más probable que lleguen a ser fumadores que aquellos que no lo han padecido (Hughes et al., 1986). La depresión también se ha asociado con la recaída (ej., Swan, Ward y Jack, 1996).

Estos hallazgos podrían ser una prueba palpable de las dificultades que tienen las personas con trastornos afectivos para dejar de fumar, así como una mayor vulnerabilidad para iniciarse y mantener el hábito de fumar. No obstante, todavía ni están claras, ni han sido ampliamente investigadas las razones de esta comorbilidad. El objetivo de este trabajo es exponer en qué punto se encuentra la investigación sobre la relación entre fumar y la depresión.

¿Qué sabemos de la relación entre fumar y depresión?

Waal-Manning y de Hamel (1978) informaron hace algunos años que el «afecto negativo», un concepto amplio que hace referencia a estados tales como depresión, ansiedad y tensión, era mayor entre los fumadores que en los no fumadores. Desde entonces se ha desarrollado un cuerpo sustancial de investigación que ha identificado una relación entre fumar cigarrillos y depresión, historia de depresión o sintomatología depresiva (ver Tabla 1). En un estudio realizado a principios de la década de los 80, el 61% de los pacientes con diagnóstico clínico de depresión eran fumadores comparado con el 27% del grupo control de los no deprimidos (Mathew, Weinman y Mirabi, 1981). En otro trabajo, el 49% de los pacientes con un trastorno de depresión mayor eran fumadores comparado con el 30% del grupo control basado en la población general (Hughes et al., 1986). En una investigación con pacientes que padecían enfermedad coronaria se halló que el 89% de los que padecían un trastorno de depresión mayor eran fumadores comparado con el 54% sin depresión (Carney, Rich, TeVelde, Saini, Clark y Jaffe, 1987). En un informe de adultos del condado de Los Ángeles (California) en el que se utilizó la escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) se encontró que las mujeres que puntuaron 16 o más era probable que fumaran (Frederick, Frerichs y Clark, 1988), mientras en un estudio similar no se encontraron diferencias significativas en la relación entre depresión y fumar (Frerichs, Aneshensel, Clark y Yokopenic, 1981). Glassman et al. (1988) durante un ensayo clínico con clonidina detectaron una prevalencia inesperadamente alta del 61% de fumadores con historia de depresión. Covey, Glassman y Stetner (1990) observaron que el 56% de los sujetos fumadores que

participaron en su estudio habían experimentado un trastorno de depresión mayor.

Glassman et al. (1990) confirmaron a nivel poblacional los hallazgos clínicos previos, encontrando que la prevalencia de depresión mayor entre los que han fumado alguna vez era del 6.6%. Hall, Muñoz y Reus (1991) informaron que el 46% de la muestra de 65 sujetos fumadores tenían una historia de depresión mayor. Zimmerman, Coryell y Black (1991) también encontraron una asociación entre depresión mayor y fumar cigarrillos entre 1.057 sujetos. Glassman et al. (1993) observaron en una muestra de fumadores que el 30% de los hombres y el 45% de las mujeres presentaban una historia de depresión mayor. Kendler et al. (1993), examinando 1.566 gemelas, observaron una asociación significativa entre fumar y depresión mayor, documentando por primera vez una fuerte asociación entre fumar y futuros episodios de depresión mayor. Más recientemente, Dalack, Glassman, Rivelli, Covey y Stetner (1995) informaron que el 33.7% de la muestra que utilizaron para su estudio tenía una historia de depresión mayor. Sin embargo, esta relación entre depresión mayor y fumar ha sido matizada por Breslau y sus colegas. Breslau, Kilbey y Andreski (1994) demostraron que la asociación entre depresión y fumar era específica para los fumadores dependientes de la nicotina y que los fumadores no dependientes no diferían de los no fumadores. Ya, previamente, Breslau, Kilbey y Andreski (1991; 1993) habían encontrado una relación lineal y bidireccional entre la severidad de la adicción a la nicotina y la depresión. Esto es, la fuerza de la asociación fumar-depresión varía en función del nivel de severidad de la dependencia de la nicotina.

Los hallazgos de los análisis de Anda et al. (1990) confirmaron definitivamente que la dinámica de fumar también estaba relacionada con síntomas depresivos entre las personas que pueden no reunir el criterio para un diagnóstico clínico de depresión.

Estos autores analizaron los datos del primer Informe de la Revisión Nacional sobre la Salud y la Nutrición (*National Health and Nutrition Examination Survey*) y el Informe del Estudio de Seguimiento de la Revisión Nacional sobre la Salud y la Nutrición (*National Health and Nutrition Examination Survey Follow-up Study*). En este trabajo se utilizó la escala CES-D para evaluar la sintomatología depresiva. Se observó que los individuos que presentaban una mayor sintomatología depresiva era más probable que fumaran cigarrillos. Perez-Stable, Marín, Marín y Katz (1990) confirmaron esta relación en la población hispana.

No obstante, la relación mencionada se puede analizar desde otra perspectiva, examinando la posible influencia de la depresión en el proceso de dejar de fumar (ver Tabla 2). En un ensayo aleatorio entre 71 fumadores duros para estudiar el efecto de la clonidina como terapia farmacológica para dejar de fumar, los sujetos con una historia de depresión mayor fue menos probable que dejaran de fumar en la condición de tratamiento (Glassman et al., 1988). A nivel poblacional, Glassman et al (1990) encontraron que los sujetos deprimidos era menos probable que hubiesen dejado de fumar (14%) en comparación con los no deprimidos (31%). Esto mismo se observó con la sintomatología depresiva en el estudio de Anda et al. (1990). En el análisis de los datos de seguimiento, que recogieron estos mismos autores a los 9 años, encontraron que los fumadores deprimidos, que habían obtenido una puntuación inicial de 16 o más en la escala CES-D, era un 40% menos probable que se encontraran sin fumar 9 años más tarde comparándolos inicialmente con los fumadores que inicialmente no habían presentado depresión. Es más, en algunos de estos trabajos (ej., Covey et al., 1990) se ha observado la aparición de síntomas depresivos durante el proceso de dejar de fumar en los fumadores con una historia de depresión mayor.

¿EL HÁBITO DE FUMAR TIENE RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN?

Tabla 1
Depresión y fumar

Autores	Muestra	Tipo de estudio (clínico o poblacional)	Trastorno estudiado
Waal-Maaning & de Hamel (1978)	1.209	Poblacional	Sintomatología depresiva
Frerichs et al. (1981)	1.003	Poblacional	Sintomatología depresiva
Mathew et al. (1981)	GT: 51 GC: 51	Clínico	Depresión mayor Sintomatología depresiva
Hughes et al. (1986)	GT: 277 GC: 1.440	Clínico	Diagnóstico de depresión mayor
Carney et al. (1987)	50	Clínico	Diagnóstico de depresión mayor
Frederick et al. (1988)	752	Poblacional	Sintomatología depresiva
Glassman et al. (1988)	GT: 33 GC: 38	Clínico	Historia de depresión mayor
Covey et al. (1990)	36	Clínico	Depresión mayor
Glassman et al. (1990)	3.213	Poblacional (transversal)	Historia de depresión mayor
Anda et al. (1990)	2.963 (estudio 1) 820 (estudio 2)	Poblacional Estudio 1: transversal Estudio 2: longitudinal	Sintomatología depresiva Sintomatología depresiva
Perez-Stable et al. (1990)	547	Poblacional (transversal) (adultos)(hispanos)	Síntomatología depresiva
Zimmerman et al. (1991)	1.057	Poblacional	Historia de depresión mayor
Hall et al. (1991)	65	Clínico	Historia de depresión mayor
Breslau et al. (1991)	1.007	Poblacional (transversal)	Historia de depresión mayor
Breslau et al. (1993)	995	Poblacional (longitudinal)	Historia de depresión mayor Depresión mayor
Kendler et al. (1993)	1.566	Poblacional (transversal)	Historia de depresión mayor
Glassman et al. (1993)	300	Clínico	Historia de depresión mayor
Covey et al. (1994)	2.980	Poblacional (transversal)	Historia de depresión mayor (episodio único o recurrente) Distimia
Breslau et al. (1994)	1.007	Poblacional (transversal)	Historia de depresión mayor
Dalack et al. (1995)	492	Clínico	Fumadores con historia de depresión mayor

<i>Tabla 2</i> Depresión y abandono del tabaco			
Autores	Muestra	Tipo de estudio (clínico o poblacional)	Trastorno estudiado
Glassman et al. (1988)	GT: 33 GC: 38	Clínico	Historia de depresión mayor
Covey et al. (1990)	36	Clínico	Depresión mayor
Anda et al. (1990)	2.963 820	Poblacional Estudio 1: transversal Estudio 2: longitudinal	Sintomatología depresiva Sintomatología depresiva
Glassman et al. (1990)	3.213	Poblacional (transversal)	Historia de depresión mayor
<i>Nota:</i> GT = Grupo de tratamiento GC = Grupo de control			

<i>Tabla 3</i> Depresión y recaída			
Autores	Muestra	Tipo de estudio (clínico o poblacional)	Trastorno estudiado
Pomerleau et al. (1978)	1.209	Poblacional	Sintomatología depresiva
Shiffman (1982)	45	Clínico	Afecto negativo
Becoña et al. (1989)	29	Clínico	Afecto negativo
Becoña y Míguez (1995)	56	Clínico	Afecto negativo
Swan et al. (1996)	64	Clínico	Estado de ánimo disfórico o deprimido
Killen et al. (1996)	420	Clínico	Estado de ánimo deprimido

<i>Tabla 4</i> Depresión e inicio a fumar			
Autores	Muestra	Tipo de estudio (clínico o poblacional)	Trastorno estudiado
Kandel y Davies (1986)	1.004	Poblacional	Sintomatología depresiva
Covey y Tam (1990)	205	Poblacional	Sintomatología depresiva
Patton et al. (1996)	2.525	Poblacional (transversal)	Sintomatología depresiva
Escobedo et al. (1996)	5.090	Poblacional (transversal)	Estado de ánimo deprimido Historia de depresión mayor
Fergusson et al. (1996)	947	Poblacional (longitudinal)	Diagnóstico clínico de distimia Diagnóstico clínico de depresión

También, clínicos prestigiosos han observado como se desarrollaba una depresión severa después de dejar de fumar y como desaparecía a las pocas horas de volver a consumir cigarrillos (ej., Bock, Goldstein y Marcus, 1996; Flanagan y Maany, 1982; Stage, Glassman y Covey, 1996), aunque han sido pocos los estudios prospectivos que han probado este hecho (ej., Covey, Glassman y Stetner, 1997).

Por otra parte, la depresión también parece estar relacionada con un incremento en la probabilidad de recaída en los ex-fumadores (ver Tabla 3). De hecho, dos de los modelos más utilizados para explicar la recaída, el de Marlatt y el de Shiffman, incluyen al afecto negativo como una de las causas más importantes de las recaídas en los fumadores. Por ejemplo, Pomerleau, Adkins y Pertschuk (1979) encontraron que, a un año de seguimiento, el afecto negativo era una variable clave para volver a fumar. Solamente el 26% de los fumadores en los que se había detectado una relación entre fumar y afecto negativo antes del tratamiento, permanecían abstinentes al año de seguimiento, comparándolos con el 56% que no presentaban dicha característica. En otro estudio (Shiffman, 1982) aquellas personas que llamaron a un teléfono de ayuda para fumadores, que habían recaído o los que lo temían, indicaron que el 71% de las crisis relacionadas con fumar eran precedidas por episodios de afecto negativo, incluyendo ansiedad (42%), cólera (26%) y depresión (22%). Más recientemente, Killen et al. (1996) encontraron una asociación entre síntomas depresivos y recaída. Es más, Swan et al. (1996) demostraron que esta relación es extensiva a la recaída tardía. En nuestro país, Becoña, Lista y Froján (1989) informaron que el 29.4% de los sujetos que participaron en un tratamiento formal para dejar de fumar recayeron a causa de estados emocionales negativos. En otro estudio también realizado en nuestro país (Becoña y Míguez, 1995) se encontró que la causa más

frecuente de recaída se debía al efecto negativo o al estado emocional negativo, explicando el 38% de todas las recaídas.

La posible relación entre depresión y comienzo de la conducta de fumar merece una consideración (ver Tabla 4). Los adolescentes son animados a utilizar tabaco a través de anuncios bien diseñados que les prometen felicidad y mejora de su bienestar. Estos anuncios pueden ser particularmente atractivos para los adolescentes que están deprimidos. De hecho, los datos de algunos estudios indican que la depresión puede asociarse con el inicio de la conducta de fumar. Kandel y Davies (1986) encontraron en una muestra de jóvenes de 15 a 16 años de edad pertenecientes al sistema de escuelas públicas de Nueva York, que el estado de ánimo depresivo predijo consistentemente ser «fumador duro» de cigarrillos de los 24 a los 25 años de edad. En otra investigación, Covey y Tam (1990) encontraron puntuaciones más altas en la CES-D entre los estudiantes fumadores, que cursaban estudios equivalentes a los de 3° de BUP.

Ya más recientemente, se sigue encontrado apoyo a dicha relación. Así, Patton et al. (1996) realizaron un estudio cuyo objetivo fue examinar la asociación de fumar con la depresión y la ansiedad en una muestra representativa de 2.525 adolescentes fumadores de Victoria (Australia). La depresión fue la segunda asociación más significativa en la escala CIS (Inventario de Entrevista Clínica; *Clinical Interview Schedule*). Escobedo, Kirch y Anda (1996) encontraron que el estado depresivo, una historia de depresión mayor o ambas condiciones, se asociaban con los riesgos de inicio de la conducta de fumar entre una población de 5.090 jóvenes norteamericanos de ascendencia mejicana, puertorriqueña y cubana. Fergusson, Lynskey y Horwood (1996) detectaron una comorbilidad de moderada a fuerte entre la depresión y la dependencia a la nicotina a los 16 años.

¿Tenemos alguna explicación para la relación entre fumar y depresión?

Sólo expondremos brevemente algunas de las teorías que se han propuesto para explicar la relación depresión-fumar, las cuales han sido revisadas con más detalle por otros autores (ej., Carmody, 1989). Tres hipótesis plausibles pueden explicar la asociación entre fumar y la depresión mayor. *Primero*, la depresión podría ser la causa de la conducta de fumar. La plausibilidad de un papel causal de la depresión en la adicción a la nicotina puede ser apoyada por algunas teorías. Como una explicación para la relación entre fumar y depresión, se ha hipotetizado que fumar sirve de múltiples funciones, tales como la regulación del afecto negativo (Carmody, 1989) o para una relajación satisfactoria (Gilbert, 1979). También puede ser que los deprimidos padezcan de un mayor distrés general (ej., estrés, síntomas psicológicos y físicos de malestar) y dispongan de escasos mecanismos de afrontamiento para manejarlo. Fumar es percibido con frecuencia como un beneficio en las áreas comúnmente afectadas por el trastorno psiquiátrico, incluyendo control de la ansiedad situacional, mejora en la concentración y facilitación de la comunicación social (Glass, 1990). La mejora percibida en el bienestar y el funcionamiento psicológico es un factor de motivación poderoso potencialmente para el fumador joven. En este caso, podría ser que utilizaran los cigarrillos como una estrategia para afrontar el estrés. Por tanto, el hecho de dejar de consumir cigarrillos priva al individuo de una estrategia de afrontamiento que utiliza con frecuencia y con la que está familiarizado y, además, posiblemente se vea sometido a una fuente de nuevos estresores que provienen de la constelación de los síntomas físicos y psicológicos del síndrome de abstinencia de la nicotina.

Los individuos deprimidos pueden automedicarse con los cigarrillos (Hughes, 1988). Esta hipótesis, de corte biológico, afirma que dado que la nicotina puede aliviar el estado de ánimo disfórico a través de un efecto sobre el sistema de neurotransmisión, los fumadores pueden usar la nicotina para modificar su estado de ánimo y además medicar su depresión. Las personas deprimidas usan la nicotina del tabaco para incrementar su arousal y/o minimizar el afecto negativo (Pomerleau y Pomerleau, 1984). La liberación de dopamina y norepinefrina se asociarían con la estimulación relacionada a fumar, mientras que la beta-endorfina se asociaría con la reducción del afecto negativo.

Segundo, fumar puede causar depresión. El uso de la nicotina o la abstinencia de la misma pueden incrementar la vulnerabilidad a la depresión mayor. La nicotina puede influir en algunos sistemas neuroquímicos que pueden jugar un papel etiológico en la depresión mayor (Carmody, 1989; Pomerleau y Pomerleau, 1984). Dado que el consumo de cigarrillos ocurre fundamentalmente en la adolescencia, es plausible que la exposición crónica e intensa del sistema nervioso central a distintos elementos farmacológicos del tabaco jueguen un importante papel en la promoción, sino iniciación, de morbilidad psiquiátrica (Covey, Hughes, Glassman, Blazer y George, 1994).

Tercero, no habría una relación causal entre fumar y depresión, ambas condiciones compartirían una diátesis común. La conducta de fumar y la depresión tendrían un origen común. Algún factor ambiental o genético común podría relacionar a ambos. Breslau et al. (1993) cuando estudiaron a 955 adultos jóvenes que fueron vistos por vez primera en 1989 y otra vez en 1990 concluyeron que: a) los fumadores con una historia de depresión mayor en el tiempo 1 incrementaron su riesgo de progresión a la dependencia de la nicotina o su severidad en el

tiempo 2 y, b) los fumadores con una historia de dependencia de la nicotina en el tiempo 1 incrementaron su riesgo para la incidencia por primera vez de depresión mayor. Además, cualquiera de las condiciones, dependencia de la nicotina o la depresión mayor, predijeron la otra, una situación que sugiere una vulnerabilidad compartida. Mientras los hallazgos de Breslau y colaboradores no clarificaron si el factor compartido era ambiental o genético, los análisis de datos realizados con 1.566 mujeres gemelas por Kendler et al. (1993) mostraron que genes compartidos, más que un ambiente común, era una explicación más convincente para explicar la relación entre depresión mayor y fumar cigarrillos.

Posteriormente, Breslau et al. (1994) encontraron que el neuroticismo y la depresión mayor se asociaban específicamente con los fumadores dependientes de la nicotina y que los fumadores no dependientes no diferían significativamente de los no fumadores en neuroticismo o depresión mayor. Además, encontraron que la asociación entre dependencia de la nicotina y depresión mayor fue en parte justificada por el neuroticismo.

Como otra posible explicación, a una diátesis común de fumar y depresión de corte más cognitivo, factores comunes tales como la baja autoestima, la indefensión aprendida, un repertorio pobre de estrategias sociales, etc., puede predisponer a una persona a comenzar a fumar y a llegar a estar deprimido (Hughes, 1988). Por tanto, estos constructos serían los que producirían ambos trastornos, la depresión y fumar.

Repercusiones clínicas

Hace aún pocos años, cuando fumar cigarrillos formaba parte de la vida y era algo íntimamente unido a la imagen, posiblemente la prevalencia de otros trastornos distintos de la dependencia de la nicotina en

los fumadores era probablemente mucho más baja. Sin embargo, la incuestionable relación entre fumar y distintas enfermedades, así como el incremento en la presión social ha propiciado un cambio importante en esta cuestión. De hecho, existe un consenso en el campo que fumar y los trastornos depresivos presentan cada vez más una mayor correlación (Hall, Muñoz, Reus y Sees, 1993; Glassman, 1993).

Ya son numerosos los estudios sobre programas de tratamiento para dejar de fumar que han informado de una tasa elevada de fumadores con una historia de un trastorno de depresión mayor. Las conductas de fumar cigarrillos y dejar de fumar son muy relevantes para los clínicos en el cuidado de sus pacientes, ya que ambas son una fuente de revelaciones de psicopatología (Glassman, 1993). Por tanto, la conducta de fumar puede ser útil como un marcador de la depresión u otros trastornos (Hughes, Franco y Inatuska, 1992). De ahí que la identificación de este tipo de pacientes puede ser de gran utilidad, pues nos permitiría implementar estrategias preventivas o de choque para este tipo de problemática.

Ya, algunos investigadores (Hall et al., 1993), como medida de prevención señalan que en los próximos años se debería intentar identificar a aquellos sujetos en alto riesgo de iniciarse a fumar y desarrollar tratamientos que se ajusten a las características de esas poblaciones. Por tanto, una línea a seguir, será desarrollar intervenciones dirigidas a los fumadores que presentan esta tipología de trastornos. Esto es diferente a lo que se ha hecho hasta estos momentos, donde están en boga los programas comunitarios por la excelente optimización de su relación coste-eficacia. A corto plazo este replanteamiento de las intervenciones para dejar de fumar presentarán unos costes importantes, sin embargo, a medio y a largo plazo, y dado que un elevado porcentaje de fumadores presentan este tipo de trastornos,

se conseguirá aún una relación coste-eficacia más adecuada que la que existe en estos momentos. La demostración de Hall, Muñoz y Reus (1994) de que la introducción de un protocolo para manejar la regulación del afecto incrementaría las tasas de abstinencia entre los fumadores con una historia de depresión mayor, apoya esta proposición. Algunas terapias farmacológicas (ej., fluoxetina) también presentan resultados prometedores.

La alta prevalencia de fumar entre los pacientes psiquiátricos es también de significación para los clínicos por algunas razones. Fumar o la abstinencia de fumar puede confundir el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, fumar puede disminuir los síntomas de ansiedad, mejorar la cognición y causar temblor. La abstinencia de fumar puede causar ansiedad, insomnio, aumento del apetito, dificultad en la concentración, inquietud, dolor de cabeza y disminuir el temblor (Hughes y Hatsukami, 1986). Estudios empíricos indican que estos efectos pueden influir la precisión del diagnóstico de los trastornos principales tales como la abstinencia de drogas y la enfermedad de Parkinson. Fumar puede también influir en la eficacia del tratamiento. Por ejemplo, fumar disminuye los niveles en sangre de muchas drogas psicoactivas (Lipman, 1985). Independiente de este efecto fumar contrarresta los efectos sedativos de las benzodiazepinas y los neurolépticos. Fumar también agrava los efectos secundarios de los neurolépticos.

La alta prevalencia de fumar tiene también significación para los investigadores de la Psicología y la Psiquiatría. Fumar modifica los sistemas de neurotransmisión que influyen en la ansiedad, el estado de ánimo y la cognición. Por ejemplo, fumar incrementa el funcionamiento colinérgico y noradrenérgico (Pomerleau y Pomerleau, 1984) y la abstinencia del tabaco lo disminuye. Por tanto, el que los sujetos

que están siendo estudiados fumen o dejen de fumar puede obscurecer la relación de estos sistemas para los trastornos psiquiátricos.

Conclusiones

Las conclusiones más importantes que se pueden extraer de todo lo expuesto hasta aquí son: 1) existen estudios significativos que demuestran con claridad la relación entre fumar y depresión; 2) dejar el tabaco es mucho más difícil para el paciente deprimido que para el resto de la población; 3) los fumadores a menudo intentan dejar de fumar y quizás sean incapaces por un problema de depresión; 4) los fumadores con depresión mayor o con sintomatología depresiva tienen más probabilidades de fracasar en sus intentos de dejar de fumar; 5) los que siempre han fumado tienen mayor probabilidad de estar deprimidos en comparación con quienes no han fumado nunca; 6) otras investigaciones muestran que fumar cigarrillos puede asociarse a síntomas de depresión más que a la depresión misma; 7) el grado de dependencia del tabaco se relaciona con la probabilidad de depresión; 8) los fumadores que previamente han presentado episodios de depresión tienen mayor probabilidad de convertirse en adictos a la nicotina; 9) quienes han fumado durante un largo período es probable que también se depriman; 10) los síntomas comunes de abstinencia del tabaco, incluyendo irritabilidad, nerviosismo y disforia, son más graves en quienes presentan una historia de depresión que el resto de la población que deja de fumar; y, 11) un historial de fumar y depresión acabará probablemente en seguir fumando. La evidencia anterior confirma que los sujetos con depresión es más probable que se inicien en el hábito de fumar y, posteriormente, tienen más dificultad para dejar de fumar y una mayor probabilidad de recaída.

Referencias

- Abrams, D.B. (1993). Treatment issues: Towards a stepped-care model. *Tobacco control*, 2, S17-S37.
- American Psychiatric Association (1996). Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1-31.
- Anda, R.F., Williamson, D.F., Escobedo, L.G., Mast, E.E., Giovino, G.A. y Remington, P.L. (1990). Depression and the dynamics of smoking: A national perspective. *Journal of the American Medical Association*, 264, 1541-1545.
- Becoña, E., Lista, M.J. y Froján, M.J. (1989). ¿Por qué los sujetos recaen en los tratamientos para dejar de fumar? Un estudio exploratorio. *Revista Española de Drogodependencias*, 14, 29-36
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (1995). El cuestionario de evaluación de la recaída/abstinencia de los cigarrillos: primeros resultados. *Revista Española de Drogodependencias*, 20, 25-40.
- Bock, B.C., Goldstein, M.C. y Marcus, B.H. (1996). Depression following smoking cessation in women. *Journal of Substance Abuse*, 8, 137-144.
- Breslau, N., Kilbey, M. y Andreski, P. (1991). Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1069-1074.
- Breslau, N., Kilbey, M.M. y Andreski, P. (1993). Nicotine dependence and major depression: New evidence from a prospective investigation. *Archives of General Psychiatry*, 50, 31-35.
- Breslau, N., Kilbey, M. y Andreski, P. (1994). DSM-III-R nicotine dependence in young adults: Prevalence, correlates and associated psychiatric disorders. *Addiction*, 89, 743-754.
- Carmody, T.P. (1989). Affect regulation, nicotine addiction and smoking cessation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 331-342.
- Carney, R.M., Rich, M.W., TeVelde, A., Saini, J., Clark, K. y Jaffe, A.S. (1987). Major depressive disorder in coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 60, 1273-1275.
- Covey, L.S., Glassman, A.H. y Stetner, F. (1990). Depression and depressive symptoms in smoking cessation. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 350-354.
- Covey, L.S., Glassman, A.H. y Stetner, F. (1997). Major depression following smoking cessation. *American Journal of Psychiatry*, 154, 263-265.
- Covey, L.S., Hughes, D., Glassman, A.H., Blazer, D.G. y George, L.K. (1994). Ever-smoking, quitting, and psychiatric disorders: Evidence from the Durham, North Carolina, Epidemiologic Catchment Area. *Tobacco Control*, 3, 222-227.
- Covey, L.S. y Tam, D. (1990). Depressive mood, the single-parent home, and adolescent cigarette smoking. *American Journal of Public Health*, 80, 1330-1333.
- Dalack, G.W., Glassman, A.H., Rivelli, S., Covey, L. y Stetner, M.S. (1995). Mood, major depression, and fluoxetine response in cigarette smokers (1995). *American Journal of Psychiatry*, 152, 398-403.
- Flanagan, J. y Maany, I. (1982). Smoking and depression [Letter to the editor]. *American Journal of Psychiatry*, 139, 541.
- Escobedo, L.G., Kirch, D.G. y Anda, R.F. (1996). Depression and smoking initiation among US Latinos. *Addiction*, 91, 113-119.
- Fergusson, D., Lynskey, M. y Horwood, J. (1996). Comorbidity between depressive disorders and nicotine dependence in a cohort of 16-year-olds. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1043-1047.
- Frederick, T., Frerichs, R.R. y Clark, V.A. (1988). Personal health habits and symptoms of depression at the community level. *Preventive Medicine*, 17, 173-182.
- Frerichs, R.R., Aneshensel, C.S., Clark, V.A. y Yokopenic, P. (1981). Smoking and depression: A community survey. *American Journal of Public Health*, 71, 637-640.
- Gilbert, D.G. (1979). Paradoxical tranquilizing and emotion-reducing effects of nicotine. *Psychological Bulletin*, 86, 643-661.
- Glass, R.M. (1990). Blue mood, blackened lungs. Depression and smoking. *Journal of the American Medical Association*, 264, 1583-1584.
- Glassman, A.H. (1993). Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 546-553.
- Glassman, A.H., Covey, L.S. Dalack, G.W., Stetner, F., Rivelli, S.K., Fleiss, J. y Cooper, T.B.

- (1993). Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smoker. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 54, 670-679.
- Glassman, A.H., Helzer, J.E., Covey, L.S., Cottler, L.B., Stetner, F., Tipp, J.E. y Johnson, J. (1990). Smoking, smoking cessation, and major depression. *Journal of the American Medical Association*, 264, 1546-1549.
- Glassman, A.H., Stetner, F., Walsh, B.T., Raizman, P.S., Fleiss, J.L. y Cooper, T.B. (1988). Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine: Results of a double-blind, randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 259, 2863-2866.
- Hall, S.M., Muñoz, R. y Reus, V. (1991). Smoking cessation, depression and dysphoria. *NIDA Research Monograph*, 105, 312-313.
- Hall, S.M., Muñoz, R.F. y Reus, V.I. (1994). Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 141-146.
- Hall, S.M., Muñoz, R.F., Reus, V.I. y Sees, K.L. (1993). Nicotine, negative affect, and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 761-767.
- Hughes, J.R. (1988). Clonidine, depression, and smoking cessation. *Journal of the American Medical Association*, 259, 2901-2902.
- Hughes, J.R., Franco, K.S.N. y Inatuska, L.T. (1992). *Using smoking as a screening tool to detect alcoholism*. Paper presented at the Sixth Annual National Conference on Nicotine Dependence, Seattle, WA.
- Hughes, J.R. y Hatsukami, D. (1986). Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Archives of General Psychiatry*, 43, 289-294.
- Hughes, J.R., Hatsukami, D.K., Mitchell, J.E. y Dahlgren, L.A. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143, 993-997.
- Kandel, D.B. y Davies, M. (1986). Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 43, 255-262.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., MacLean, C.J., Heath, A.C., Eaves, L.J. y Kessler, R.C. (1993). Smoking and major depression: A causal analysis. *Archives of General Psychiatry*, 50, 36-43.
- Killen, J.D., Fortmann, S.P., Kraemer, H.C., Vardy, A.N., Davis, L. y Newman, B. (1996). Interactive effects of depression symptoms, nicotine dependence, and weight change on late smoking relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1060-1067.
- Lipman, A.G. (1985). How smoking interferes with drug therapy. *Modern Medicine*, 8, 141-142.
- Mathew, R.J., Weinman, M.L. y Mirabi, M. (1981). Physical symptoms of depression. *British Journal of Psychiatry*, 139, 293-296.
- Patton, G.C., Hibbert, M., Rosier, M.J., Carlin, J.B., Caust, J. y Bowes, G. (1996). Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? *American Journal of Public Health*, 86, 225-230.
- Perez-Stable, E.J., Marín, G., Marín, B.V. y Katz, M.H. (1990). Depressive symptoms and cigarette smoking among Latinos in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 80, 1500-1502.
- Pomerleau, O.F., Adkins, D. y Pertshuck, M. (1978). Predictors of outcome and recidivism in smoking-cessation treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 65-70.
- Pomerleau, O.F. y Pomerleau, C.S. (1984). Neuroregulators and the reinforcement of smoking: Towards a biobehavioral explanation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 8, 503-513.
- Shiffman, S. (1982). Relapse following smoking cessation: A situational analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 71-86.
- Stage, K.B., Glassman, A.H. y Covey, L.S. (1996). Depression after smoking cessation: Case reports. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 467-469.
- Swan, G., Ward, M. y Jack, L. (1996). Abstinence effects as predictors of 28-day relapse in smokers. *Addictive Behaviors*, 21, 481-490.
- USDHHS (1990). *The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Waal-Manning, H.K. y de Hamel, F.A. (1978). Smoking habit and psychometric scores: A community study. *New Zealand Medicine Journal*, 88, 188-191.
- Zimmerman, M., Coryell, W.H. y Black, D.W. (1991). Cigarette smoking and psychiatric illness. En: *CME Syllabus and Scientific Proceedings in Summary Form, (144th Annual Meeting of the American Psychiatric Association)*, Washington, DC: American Psychiatric Association.

FOURTH
INTERNATIONAL
CONGRESS ON
BEHAVIORISM AND THE
SCIENCES OF BEHAVIOR

November 18-21 1998
*Hotel Meli Los Lebreros *****
Seville (Spain)

The International Congresses provide a forum for discussion of conceptual and empirical issues related to behaviorism and its place in sciences of behavior.

Contributions from all scholarly perspectives are invited whether or not favorable to behaviorism, so as to facilitate well-informed exchange of views.

The First Congress was in Guadalajara, Mexico, the Second in Palermo, Italy, and the Third in Yokohama, Japan.



INFORMATION

Professor Peter Harzem
Department of Psychology
Auburn University
AL 36849-5214, USA
Phone: (334) 821-0259
Fax: (334) 821-0780

E-mail: harzede@mail.auburn.edu

DEADLINE SUBMISSION IS JULY 15

CUARTO CONGRESO
INTERNACIONAL SOBRE
CONDUCTISMO Y
CIENCIAS
DE LA CONDUCTA

18-21 de Noviembre de 1998
*Hotel Meli Los Lebreros *****
Sevilla (España)

El Congreso constituye un foro internacional para la presentación y discusión de cuestiones conceptuales y empíricas relacionadas con el conductismo y su papel en las ciencias de la conducta.

El Congreso está abierto a las diferentes disciplinas y perspectivas teóricas, sean o no favorables al conductismo, promoviendo el intercambio de puntos de vista sobre el tema.

Ediciones anteriores: Guadalajara (Mexico), Palermo (Italia) y Yokohama (Japón).



INFORMACION

Prof. Rafael Moreno
Dpto. de Psicología Experimental
Universidad de Sevilla
Avda. San Francisco Javier, s/n
41005 Sevilla (España)
Teléfono: 34-5-4557670
Fax: 34-5-4551784
E-mail: rmoreno@psicoexp.us.es
<http://www.cica.es/aliens/fcbsb>

FECHA LIMITE PARA PROPUESTAS:
15 DE JULIO