

Tabaquismo y Salud Mental

Smoking and Mental Health

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENTs) constituyen la epidemia del siglo XXI; entre las principales están cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares, mentales y respiratorias. El consumo de tabaco es factor de riesgo común a todas ellas. El tabaquismo es, además, una adicción compleja con componentes físicos (químicos), psicológicos y sociales.

Chile tiene una historia de alta prevalencia de consumo de tabaco en escolares y adolescentes¹, población general²⁻⁴ y mujeres embarazadas^{5,6}, con importantes costos económicos derivados del tratamiento de enfermedades relacionadas con el tabaquismo⁷. Entre las consecuencias adversas del consumo de tabaco, la dependencia a la nicotina es de gran importancia ya que es la principal barrera para que los fumadores puedan dejar de fumar cuando comienzan a experimentar los efectos indeseables de su consumo.

El desarrollo de intervenciones para el tratamiento del tabaquismo es necesario, tal como se evidencia en el Convenio Marco para el Control del Tabaco⁸, primer tratado mundial de salud que fue ratificado por Chile en 2015⁹. El tratamiento del Tabaquismo debe estar basado en recomendaciones, tal como especifican las Primeras Guías de Práctica Clínica para el Tratamiento del Tabaquismo, Chile 2017¹⁰, (https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S003498872017001101471&script=sci_abstract&tlng=en) y considerar amplia cobertura e inexistencia de barreras de acceso, dado que las poblaciones de menor nivel socioeconómico y de instrucción son las que más consumen tabaco.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) cataloga el tabaquismo como una adicción (trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos), y se refiere a esta patología como trastornos relacionados con el tabaco¹¹. La nicotina es una de las drogas más adictivas que existe, junto con la cocaína y la heroína¹²;

además, en adolescentes los primeros síntomas de adicción pueden aparecer tan pronto como días o semanas desde el inicio del consumo¹³. La nicotina demora 10 segundos en llegar al cerebro cuando se fuma y es importante, al momento de indicar tratamiento, recordar que los fármacos demoran mucho más tiempo en actuar.

Las personas con diagnóstico de enfermedad mental fallecen entre 10 a 20 años antes que aquellos sin patología psiquiátrica¹⁴; la principal causa que explica esta diferencia es el tabaquismo¹⁵. Los fumadores con problemas de salud mental tienen ciertas características especiales: en general, tienen mayor prevalencia de tabaquismo, son más adictos a la nicotina y tienen menores probabilidades de abandonar el tabaco en relación a población general^{16,17}. Smith, Mazure y cols.¹⁸ en un estudio representativo de la población de USA encontraron que aquellos con cualquier diagnóstico psiquiátrico actual tienen 3,23 veces más riesgo de ser fumadores comparados con los sin diagnóstico psiquiátrico. Adicionalmente, una mayor proporción de fumadores “pesados” fueron encontrados en el grupo de personas con enfermedad mental, y ellos tenían 25% menos de posibilidad de suspender el tabaco en el seguimiento.

La evidencia disponible sugiere que la relación entre tabaquismo y salud mental es bidireccional: por un lado los individuos con síntomas mentales presentan un riesgo elevado de iniciar el uso de tabaco; por ejemplo, Karp, O’Loughlin y cols.¹⁹ en un estudio prospectivo de 1.293 estudiantes encontraron que los síntomas depresivos son un factor de riesgo para desarrollar dependencia al tabaco. Por otra parte, las personas que fuman tienen mayor riesgo de desarrollar una enfermedad mental; un metaanálisis de caso control mostró que los fumadores tenían 3,22 veces mayor riesgo de desarrollar una psicosis en relación a los no fumadores²⁰.

Los fumadores con enfermedad mental tienen

ciertas características particulares: generalmente fuman más cigarrillos e inhalan más profundamente el humo del tabaco²¹. Además, fumar puede complicar la evolución de la patología: la dependencia de tabaco en pacientes esquizofrénicos ha sido asociada con mayor intensidad de síntomas positivos, aumento de consumo de drogas, hospitalizaciones más frecuentes y mayor riesgo suicida^{22,23}.

Las personas con enfermedad mental refieren que quieren dejar de fumar en porcentaje similar a otros fumadores; sin embargo, enfrentan más barreras para ingresar a tratamientos²⁴. Los profesionales de la salud mental por mucho tiempo han sido reticentes a ofrecer terapia de cesación tabáquica en pacientes con enfermedad mental²⁵. Por otra parte, los estudios publicados sugieren que las mismas intervenciones que son efectivas en la población general también lo son en clientes pacientes con enfermedad mental grave²⁶. Una revisión Cochrane demostró que, en una población con esquizofrenia, bupropión era más efectivo que placebo a 6 meses [RR 2,78; 95% CI 1,02 a 7,58] sin reportarse eventos adversos mayores. Asimismo, vareniclina también es una ayuda efectiva que aumenta las posibilidades de abstinencia al final del tratamiento [RR 4,74; 95% CI 1,34 a 16,71]. No se encontró evidencia concluyente de la eficacia de NTR sobre placebo²⁷. Los estudios sugieren que en

pacientes psiquiátricos estables las intervenciones para dejar de fumar no incrementan la sintomatología. Es más, en pacientes con trastornos ansiosos y depresivos podría observarse una mejoría considerable de estos síntomas, tan importante como la que se presenta al usar tratamiento farmacológico²⁸; un metaanálisis reciente, multicéntrico, que en parte también se realizó en Chile, demostró que dejar de fumar mejora significativamente síntomas ansiosos, depresivos y de estrés en personas con diagnóstico de enfermedad mental compensada por tres meses, o sin este tipo de patología²⁹; en pacientes psicóticos no habría empeoramiento de la patología de base²⁹.

Al respecto los médicos tenemos la responsabilidad de abordar el problema derivando a los fumadores a tratamiento del tabaquismo que puede ser telefónico (6003607777, Salud responde MINSAL; este número aparece en las cajetillas de cigarrillos), una app como quit o quitnow, si es que no se dispone de otros recursos de cesación, o al Programa de Tratamiento del Tabaquismo correspondiente a la institución donde nos encontremos.

*Dr. Juan Trebilcock, Dra. María Paz Corvalán
Departamento Psiquiatría, Facultad de Medicina,
Coordinadora Comisión de Tabaco.
Pontificia Universidad Católica de Chile.
Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias.*

Referencias bibliográficas

1. Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar, Principales Resultados Nacionales. Observatorio Chileno de Drogas Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Julio, 2014.
2. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Chile. I Encuesta Nacional de Salud, Chile. Informe final. Consultado el 9 de diciembre de 2016. http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/InformeFinalENS2003.vent_.pdf
3. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Chile. II Encuesta Nacional de Salud, Chile 2009-10. Informe final. Consultado el 9 de diciembre de 2016. <http://epi.minsal.cl/informes-encuesta-ens/>
4. SENDA Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas En Población General Resultados Principales Observatorio Chileno de Drogas. Julio, 2015.
5. Telgie M. Prevalencia del fumar en las gestantes controladas en los consultorios municipalizados de la comuna de Quinta Normal (Región Metropolitana, Chile) Cuad Méd Soc (Chile) 2007; 47 (4): 253-7.

6. Mallol VJ, Brandenburg JD, Madrid HR, Semper-tegui GF, Ramírez AL, Jorquera AD. Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo en mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias* 2007; 23 (1): 17-22.
7. Pichón Riviere A, Bardach A, Caporale J, Alcaraz A, Augustovski F, Caccavo F, et al. Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en Chile. Documento Técnico IECS N° 8. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Abril de 2014.
8. Convenio Marco de OMS para el control del tabaco (CMCT/FCTC), historia y directrices. http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/ consultado el 09/12/2016. Texto: http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/ consultado el 09/12/2016
9. Decreto N° 143 (2005). Aprueba Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco.
10. Guías de Práctica Clínica de Tratamiento del Tabaquismo, Corvalán B, María Paz et al. *Clinical Practice Guidelines for Smoking Cessation*. *Rev Med Chile* [online]. 2017; 145 (11): 1471-9. ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017001101471>.
11. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
12. American Addiction Centers. Most Addictive Drugs. <http://americanaddictioncenters.org/adult-addiction-treatmentprograms/most-addictive/>
13. DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD, Ockene JK, Savageau JA, St Cyr D, et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents, *Tobacco*. *Tob Control* 2000; 9: 313-9. doi:10.1136/tc.9.3.31. <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/9/3/313.full>
14. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 2014; 13 (2): 153-60.
15. Royal College of Physicians Royal College of Psychiatrists. *Smoking and mental health*. London: 2013.
16. Mendelsohn CP, Kirby DP, Castle DJ. Smoking and mental illness. An update for psychiatrists. *Australas* 2015; 23 (1): 37-43.
17. Williams JM, Steinberg ML, Griffiths KG, Cooperman N. Smokers with behavioral health comorbidity should be designated a tobacco use disparity group. *American journal of public health*. 2013; 103 (9): 1549-55.
18. Smith PH, Mazure CM, McKee SA. Smoking and mental illness in the U.S. population. *Tobacco Control* 2014; 23 (e2): e147-53.
19. Karp I, O'Loughlin J, Hanley J, Tyndale RF, Paradis G. Risk factors for tobacco dependence in adolescent smokers. *Tobacco Control* 2006; 15 (3): 199-204.
20. Gurillo P, Jauhar S, Murray RM, MacCabe JH. Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 2015.
21. Tidey JW, Rohsenow DJ, Kaplan GB, Swift RM. Subjective and physiological responses to smoking cues in smokers with schizophrenia. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco* 2005; 7 (3): 421-9.
22. Aguilar MC, Gurpegui M, Díaz FJ, de Leon J. Nicotine dependence and symptoms in schizophrenia: naturalistic study of complex interactions. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 2005; 186: 215-21.
23. Ziedonis DM, Amass L, Steinberg M, Woody G, Krejci J, Annon JJ, et al. Predictors of outcome for short-term medically supervised opioid withdrawal during a randomized, multicenter trial of buprenorphine-naloxone and clonidine in the NIDA clinical trials network drug and alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 2009; 99 (1-3): 28-36.
24. Health AoSa. *The Stolen Years 2016*. Available from: http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_1018.pdf.
25. Lawn SJ. Systemic barriers to quitting smoking among institutionalised public mental health service populations: a comparison of two Australian sites. *The International journal of social psychiatry* 2004; 50 (3): 204-15.

26. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction* 2010; 105 (7): 1176-89.
27. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews* 2013; 2: CD007253.
28. The Stolen Years The mental Health and Smoking Action Report <http://ash.org.uk/information-and-resources/reports-submissions/reports/the-stolen-years/>
29. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2016; 387 (10037): 2507-20.