

## **DEPRESIÓN Y FUMAR EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA (14-21 AÑOS)**

Elisardo Becoña Iglesias<sup>1</sup>  
María del Carmen Míguez Varela  
*Universidad de Santiago de Compostela*

### **Resumen**

En población adulta existe un importante número de estudios sobre la relación entre fumar y distintos trastornos psicopatológicos, entre los que destaca la depresión. Sin embargo, en edades más tempranas de la vida, esta relación no ha sido tan estudiada. El objetivo de este estudio es conocer la relación de la conducta de fumar con la depresión en una muestra representativa de estudiantes de enseñanza secundaria de Galicia (N = 2.790). Los resultados indican una clara relación entre fumar y tener una mayor sintomatología depresiva conforme aumenta la implicación en el consumo de tabaco (los que nunca fumaron obtienen una puntuación en el Inventario de Depresión Infantil, CDI, de 11.99, los que fumaron alguna vez de 13.23 y los que fuman en la actualidad diariamente 15.10). El conjunto de resultados muestra una relación de reciprocidad entre depresión e iniciación de la conducta de fumar. Se concluye que la existencia de una mayor probabilidad de padecer depresión entre los adolescentes fumadores, y viceversa, debe ser un dato a tener muy en cuenta tanto en los programas de prevención como en los de tratamiento del tabaquismo que se realicen con ellos.

**PALABRAS CLAVE:** *Fumar, depresión, comorbilidad, adolescentes.*

### **Abstract**

In the adult population, there is a large number of studies on the relation between smoking and various psychopathological disorders, among which depression is emphasized. However, at earlier ages, this relation has not received as much attention. The aim of this study is to determine the relation between smoking and depression in a representative sample of secondary school students from Galicia (N = 2,790). The results indicate a clear relation

---

<sup>1</sup> Correspondencia: Elisardo Becoña. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Campus Universitario Sur. 15782 Santiago de Compostela. E-mail: [pcelisar@usc.es](mailto:pcelisar@usc.es)  
Agradecimientos: Esta investigación ha sido financiada mediante el proyecto XUGA21105B98 de la Secretaría de Investigación y Desarrollo de la Xunta de Galicia.

between smoking and major depressive symptomatology as involvement in tobacco consumption increases (students who had never smoked obtained a score in the Children's Depression Inventory – CDI- of 11.99; those who smoked occasionally scored 13.23; and those who smoked every day scored 15.10). The conjoint results reveal a reciprocal relation between depression and starting to smoke. The higher probability of suffering from depression among adolescents who smoke, and vice versa, should be taken into account both in prevention and in smoking cessation treatment programs in adolescents.

KEY WORDS: *smoking, depression, co-morbidity, adolescents.*

### Introducción

Fumar cigarrillos constituye la primera causa evitable de muerte de los países desarrollados. En las últimas décadas se ha establecido consistentemente la relación entre fumar y distintas enfermedades físicas (ej., cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica, EPOC, etc.) (Becoña, 1998; Pardell *et al.*, 2002; USDHHS, 1990). En los últimos años, también se empieza a encontrar consistentemente una importante relación entre fumar cigarrillos y distintos trastornos relacionados con la salud mental, especialmente depresión, ansiedad, esquizofrenia y alcoholismo, entre los más importantes (Leonard *et al.*, 2001). De los anteriores quien ha recibido más atención ha sido la relación entre fumar y depresión.

En la década de los 90 han aparecido toda una serie de estudios que han mostrado claramente la relación que hay entre fumar y depresión. A nivel poblacional se han realizado varios estudios, tanto en Estados Unidos, como en el Reino Unido, Australia y mismo España (ej., Becoña *et al.*, 1999), entre otros países, donde esta relación es clara. Los dos primeros estudios basados en la población fueron los de Glassman *et al.* (1990) y Breslau *et al.* (1991), encontrando que el porcentaje de depresión era mayor en las personas que fumaban respecto a las que no fumaban [ej., 6.6% para los que fumaban respecto al 2.9% para los que no fumaban, en el estudio de Glassman *et al.* (1990); y, del 19.2% de depresión para la dependencia media, 39% para la dependencia moderada y 10.1% para los no dependientes de la nicotina, considerando la prevalencia de vida, en el estudio de Breslau *et al.* (1991)].

En el estudio de seguimiento de Breslau *et al.* (1993), con una muestra de adultos jóvenes, encontraron que tener una historia previa de depresión era un claro predictor de fumar. Concretamente, en su estudio había una mayor probabilidad de comenzar a fumar en aquellos sujetos que tenían historia previa de depresión mayor.

En el estudio de Farrell *et al.* (1998) han analizado, en tres encuestas realizadas en el Reino Unido, la relación que existe entre el abuso de sustancias, donde se incluye el tabaco, con la comorbilidad psiquiátrica asociada. Las muestras fueron de la población

general, de instituciones psiquiátricas y de personas que no tienen techo, sin hogar, los conocidos en lengua inglesa como *homeless*. En todos los casos son muestras representativas. A los sujetos les aplicaron, por parte de expertos, entrevistas estructuradas que permitían llegar a diagnósticos clínicos. Respecto al trastorno depresivo, los que lo tenían era más probable que fumasen (56%, con respecto al 31% de la población general).

Otra serie de casos muestra como se ha documentado que de las personas que dejan de fumar algunas pueden en su abstinencia posterior cursar con un cuadro depresivo. En uno de nuestros casos presentamos esto (Vázquez y Becoña, 1999). Nótese que la depresión aparece como uno de los síntomas de síndrome de abstinencia de la nicotina y que con frecuencia se ha confundido el síntoma con el trastorno.

A partir del estudio de Glassman *et al.* (1988), donde encontró la sorprendente cifra, en aquel momento, de que un 61% de las personas que acudieron a tratamiento tenían una historia previa de depresión mayor, esta relación en mayor o menor grado se encuentra sistemáticamente en los programas de tratamiento de fumadores. Y, como en el anterior estudio de Glassman *et al.* (1988), donde dejaron de fumar el 57% de los que no tenían historia de depresión respecto al 33% de los que sí la tenían, esto también se encuentra consistentemente en los resultados de muchos tratamientos para dejar de fumar. En nuestros estudios esto aparece claramente, obteniendo la abstinencia aproximadamente la mitad de los que tienen una historia previa de depresión respecto a los que no la tienen. Para que se vea lo que ocurre, por ejemplo, en el estudio de Covey *et al.* (1997), donde evaluó la frecuencia de depresión mayor en personas que cuando dejaron de fumar no tenían depresión, que eran 126, nueve de ellos desarrollaron depresión mayor en el periodo de seguimiento de 3 meses. La mayoría, aunque no tenían depresión al final del tratamiento, sí que tenían historia previa de depresión mayor.

La función antidepresiva de la nicotina hoy es clara. Por ejemplo, Salín-Pascual *et al.* (1996) estudiaron en 12 pacientes con depresión mayor que no fumaban el efecto de los parches de nicotina a lo largo de cuatro días. Obtuvieron datos de la línea base, de los cuatro días con los parches de nicotina y otros cuatro días más sin nada. De los 12 pacientes, dos abandonaron el estudio por los efectos secundarios de la nicotina. De los 10 que completaron el estudio se apreció una clara mejoría en la evaluación subjetiva de su depresión desde el segundo día de usar parches de nicotina, mejoría que también se observaba en la evaluación de la depresión realizada con una versión breve de la escala de la depresión de Hamilton. Pero después de los cuatro días de utilizar los parches de nicotina, cuando se pasó a hacer el seguimiento sin parches, durante otros cuatro días, se observó como los pacientes volvían al mismo estado sintomatológico anterior; esto es, a tener una puntuación en depresión igual que antes de utilizar los parches y, por tanto, volvían a ser personas depresivas. Por ejemplo, en la línea base la puntuación con la escala corta de Hamilton fue de 28.8, descendiendo en el cuarto día con parches de nicotina a 12.5. Esto lleva a los autores a afirmar que los parches de nicotina producen una mejora de la depresión a corto plazo, lo que interpretan por la

liberación de distintos neurotransmisores debido a la nicotina, como se ha encontrado en estudios para la dopamina, acetilcolina, serotonina y norepinefrina. Este estudio, aunque con pocos sujetos, y siendo necesario replicarlo, viene a indicar como los efectos de la nicotina estaría ayudando a estos pacientes depresivos a actuar como un antidepresivo natural. También indican los autores que nunca sería recomendable la utilización de la nicotina como un antidepresivo desde una perspectiva clínica por sus efectos negativos en la salud.

Recientemente Glassman *et al.* (2001) han hecho un estudio con 100 fumadores, todos con historia de depresión mayor, pero que cuando comenzaron el tratamiento ni tenían depresión ni habían tomado antidepresivos por lo menos en los últimos 6 meses. Excluyeron del estudio a los pacientes bipolares. Los fumadores fueron asignados al azar a un grupo que fue tratado con sertralina, un antidepresivo, o con placebo, a lo largo de 9 semanas. En el seguimiento, para llegar al diagnóstico de depresión mayor consideraron a las personas que tenían 5 o más síntomas en al menos las últimas dos semanas. De los 100 fumadores, obtuvieron datos en el seguimiento de 76 de ellos. De éstos, 42 dejaron de fumar y 34 seguían fumando a los 6 meses. De los que seguían fumando 2 (6%) tenían síntomas de depresión mayor; de los que estaban abstinentes tenían síntomas de depresión mayor 13 (31%). La odds ratio para este último grupo fue de 7.17, altamente significativa.

También hay que indicar que hay una clara relación entre consumo de tabaco y trastorno bipolar (ej., González-Pinto *et al.*, 1998) y que va en la línea de lo que se encuentra en los pacientes psiquiátricos, en cuanto a que tienen un mayor nivel de dependencia de la nicotina, el doble, que la que tiene la población general (León, Becoña, Gurpegui *et al.*, 2002).

Un tema más preocupante es la relación entre fumar y depresión en adolescentes, como hemos revisado en otro lugar (Becoña y Vázquez, 1999). La evidencia de una relación bidireccional entre depresión e iniciación de la conducta de fumar (la depresión es un factor de riesgo para comenzar a fumar y fumar es un factor de riesgo para sufrir depresión), sugiere la posibilidad de que pueda haber una vulnerabilidad que es común a ambos trastornos. Fergusson *et al.* (1996) encontraron factores de riesgo comunes, tales como la afiliación con iguales delincuentes y la baja autoestima, que también explicaban la comorbilidad entre la depresión y la dependencia a la nicotina. Estos hallazgos son consistentes con las conclusiones de Breslau *et al.* (1993), Breslau *et al.* (1998) y Kendler *et al.* (1993) acerca de que la asociación entre la dependencia de la nicotina y la depresión es, en su mayor parte, o completamente, no causal y probablemente refleje factores antecedentes que están asociados con ambas condiciones. Sin embargo, Kendler *et al.* (1993) concluyen que los factores que conducían a esta comorbilidad eran probablemente genéticos, mientras que en el estudio de Fergusson *et al.* (1996) se sugiere que son factores sociales y de la infancia los que explican una parte importante de esa asociación. Un dato que necesita ser investigado es que en el estudio de Brown *et al.* (1996) encontraron esa bidireccionalidad entre depresión y fumar, pero paradójicamente en los análisis transversales no encontraron

una relación significativa entre fumar y depresión. Estos autores sugieren como una posible explicación que la relación entre depresión y fumar existe sólo en los fumadores que tienen realmente un problema de dependencia de la nicotina.

En el estudio ya citado de Fergusson et al. (1996), estudiaron la comorbilidad entre trastornos depresivos y dependencia de la nicotina en una cohorte de jóvenes de 16 años de Nueva Zelanda. Los jóvenes que padecían trastornos depresivos presentaban una odds ratio de la dependencia de la nicotina que era más de 4.5 veces mayor que la odds ratio de los que no tenían trastornos depresivos. Otro estudio en el que se analizó si fumar cigarrillos en la adolescencia predice el desarrollo de síntomas depresivos fue el de Choi et al. (1997). Utilizaron una muestra de 6.863 adolescentes (12-18 años) norteamericanos. Llevaron a cabo dos evaluaciones. En la segunda evaluación (un año después de la primera) encontraron que el 11.5% habían desarrollado una sintomatología depresiva importante. Había diferencias significativas entre las chicas (15.3%) y los chicos (8.1%). Escobedo, Reddy y Giovino (1998), para estudiar la relación entre síntomas depresivos y fumar, incluyeron 7.885 jóvenes adolescentes entre 12 y 18 años de edad. Encontraron que los adolescentes con síntomas depresivos era más probable que empezaran a fumar que los adolescentes no deprimidos (Odds ratio = 1.3). Los porcentajes de síntomas depresivos entre no fumadores fueron del 13% y en los fumadores del 20%.

Por tanto, los estudios en adolescentes sugieren que la depresión juega un papel importante en la iniciación del consumo de cigarrillos (ej., Brown *et al.*, 1996; Escobedo *et al.*, 1998; Kandel y Davis, 1986). Como resultado de estos hallazgos, se ha sugerido que las personas con trastornos depresivos pueden ser especialmente vulnerables a la adicción de la nicotina. Sin embargo, ésta es una cuestión sobre la que todavía hay que profundizar. La mayor dificultad aparece en el diagnóstico de depresión en la adolescencia, puesto que la mayor parte de los adolescentes parecen experimentar algún tipo de sintomatología depresiva durante este período (Calafat *et al.*, 1990), que aparece junto a síntomas de ansiedad o inquietud.

A estos efectos, parecería interesante, a esta edad especialmente, distinguir entre depresión clínicamente instaurada y sintomatología depresiva ligada a esa etapa de desarrollo, estableciendo con mayor precisión el peso que tiene la depresión y la depresividad, en términos de Calafat y Amengual (1991), en el inicio y consolidación del consumo de cigarrillos.

A pesar de todo lo anterior, lo cierto es que hoy no sabemos claramente porque se produce la relación entre fumar y depresión. Un grupo de claro riesgo son las mujeres, que tienen el doble de prevalencia que los varones de trastornos del estado de ánimo. El estudio de Breslau *et al.* (1993) indica que la historia de depresión es un factor de riesgo para fumar. Otros sugieren que los individuos deprimidos buscan la nicotina (Pomerleau, 1997). Y, otros, como Hughes (1988), indican que puede haber un elemento común que predispone a ciertos individuos tanto para la depresión como para fumar, entre los que apunta la baja autoestima,

baja habilidad asertiva, o alguna causa genética. En nuestra consideración, y por lo que conocemos sobre los factores de riesgo y protección (Becoña, 2002b), probablemente estamos hablando del “*síndrome de desviación general*”.

Dos estudios nos pueden aportar luz a lo revisado hasta aquí. En una investigación prospectiva (Kandel y Davis, 1986) se estudió una cohorte de 1.004 jóvenes adultos con un promedio de edad de 24.7 años, que participaron en un estudio que se había realizado nueve años antes. El estudio inicial, que se realizó de 1971 a 1972, se basó en una muestra aleatoria de adolescentes, representativa de la población perteneciente al sistema público de institutos del estado de Nueva York. De 1980 a 1981, nueve años después de ese primer contacto, se realizó una entrevista de seguimiento a una submuestra de aquellos adolescentes que habían participado en el estudio inicial cuando estaban cursando el equivalente a segundo y tercero de nuestro bachillerato. Una de las diferencias más importantes que se observaron en el estudio entre los jóvenes adultos que estaban deprimidos en la adolescencia y los que no lo estaban fue en el consumo de cigarrillos. La proporción de fumadores diarios en el último año fue del 57% entre los varones que habían sido clasificados como depresivos cuando estaban cursando sus estudios de bachillerato, mientras que en los que no estaban deprimidos fue del 30%. La proporción de mujeres fumadoras fue del 50% en aquellas que tenían síntomas depresivos en su adolescencia, respecto al 34% de las que no habían experimentado dicha sintomatología. El estado de ánimo depresivo en la adolescencia predijo consistentemente ser fumador de cigarrillos entre los 24 y los 25 años de edad, tanto para los hombres como para las mujeres.

En otro estudio, Escobedo, Kirch y Anda (1996) evaluaron la relación entre la depresión mayor y el estado de ánimo deprimido y el inicio de la conducta de fumar entre una población de 5.090 jóvenes de ascendencia mejicana, puertorriqueña y cubana (66.8% varones y el 38.6% mujeres). Utilizaron los datos del Informe de Investigación de Nutrición y Salud Hispana (*Hispanic Health and Nutrition Examination Survey*) que se recogieron entre 1982 y 1984 en cinco estados del suroeste de Estados Unidos (California, Arizona, Nuevo México, Colorado y Texas). Encontraron que tener un estado de ánimo depresivo, una historia de depresión mayor, o ambas condiciones, estaba asociado con el riesgo de iniciarse en la conducta de fumar durante la infancia, la adolescencia y en los adultos jóvenes. A su vez, los sujetos con una historia de depresión mayor tenían más probabilidad de haber fumado alguna vez que los que experimentaron estados de ánimo depresivos.

El objetivo del presente estudio es analizar la relación que existe entre fumar y depresión en una muestra representativa de adolescentes de 14 a 21 años de edad, hipotetizándose que las personas que fuman tendrán una sintomatología depresiva significativamente superior a los que no fuman.

## **Método**

### *Muestra*

Se ha utilizado una muestra compuesta de 2.790 estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria de Galicia que estaban cursando el 2º ciclo de la ESO, junto a los estudiantes de Bachillerato y Formación Profesional, en Institutos (con o sin formación profesional) y en Colegios privados (con o sin formación profesional). Esta muestra fue seleccionada de los centros educativos de Galicia (públicos y privados), mediante un muestreo al azar, estratificada por provincia y tamaño del municipio (más de 50.001 habitantes, de 20.001 a 50.000 habitantes, de 10.001 a 20.000 habitantes, de 5.001 a 10.000 habitantes, y menos de 5.000 habitantes). La muestra fue obtenida en 26 centros de Galicia (10 en la provincia de A Coruña, 4 en la de Lugo, 4 en la de Ourense y 8 en la de Pontevedra). La selección de las clases en cada centro se hizo de modo aleatorio cuando había más de un aula por curso. La muestra incluye a las personas con edades comprendidas entre 14 y 21 años. Los que tenían más de 21 años (n=70) fueron excluidos del estudio por la gran variabilidad de edades. El 45.6% eran varones y el 54.5% mujeres.

### *Instrumentos*

La depresión se ha evaluado mediante el Children Depression Inventory (CDI) de Kovacs (1992), en la versión castellana de del Barrio (1996). El CDI consta de 27 ítems que cubren aspectos cognitivos, afectivos, fisiológicos y motivacionales de la depresión. Consta de cinco subescalas: humor negativo, problemas interpersonales, ineficacia, anhedonia y autoestima negativa. Cada ítem tiene tres alternativas de respuesta de las cuales el sujeto debe elegir una. La puntuación de cada ítem oscila de 0 a 2. El rango de puntuación oscila de 0 a 54.

El punto de corte para la población normal se ha estimado en 19 (Chartier y Larsen, 1994; del Barrio y Moreno, 1996; Olmedo, del Barrio y Santed, 2000), que es el que utilizaremos en este estudio, aunque algunos autores han sugerido puntos de corte inferiores (ej., Kovacs, 1992; Polaino y García Villamizar, 1993).

## **Resultados**

Del total de la muestra, un 36.05% nunca fumó un cigarrillo, un 38.67 % fumó alguna vez en su vida algún cigarrillo, y un 25.26 % fuma actualmente uno o más cigarrillos diarios.

Para la consideración de sospecha de depresión se utiliza el punto de corte de 19 o más puntos en el CDI. De este modo, un 14.2% de los que nunca fumaron tienen una puntuación superior a 19 en el CDI, los que fumaron alguna vez, un 18.4% y los que fuman actualmente un 26.1% (tabla 1).

La prueba de chi-cuadrado indica que hay diferencias significativas entre estos grupos en el porcentaje de personas sospechosas de depresión (Chi-cuadrado (2) = 38.57,  $p < .001$ ). Por grupos hay diferencias a su vez entre todos ellos, indicando que los que fuman actualmente son los que tienen el mayor porcentaje de sospechosos de depresión, que es casi el doble que los que nunca fumaron (ver tabla 1). Esta misma relación se confirma si utilizamos las puntuaciones directas del CDI. En este caso los que nunca fumaron tienen una media de 11.99, los que fumaron alguna vez de 13.23 y los que fuman actualmente de 15.10.

**Tabla 1.** Sospecha de depresión y consumo de tabaco (N = 2.790, 14-21 años).

	Sin depresión		Sospecha de depresión	
	CDI, 0-18		CDI, 19-54	
	n	%	n	%
Nunca fumó	863	85,8	143	14,2
Fumó alguna vez	881	81,6	198	18,4
Fuma actualmente	521	73,9	184	26,1
<b>TOTAL</b>	<b>2.265</b>	<b>81,2</b>	<b>525</b>	<b>18,8</b>

Chi-cuadrado (2)=38,57\*\*\*

Grupo 1-2, Chi-cuadrado (1)=6,50,  $p < .05$

Grupo 1-3, Chi-cuadrado (1)=37,87,  $p < .001$

Grupo 2-3, Chi-cuadrado (1)=15,21,  $p < .001$

La comparación por sexos en las categorías consideradas de nunca fumó, fumó alguna vez y fuma actualmente, en relación con tener o no sospecha de depresión, indica que sólo hay diferencias significativas por sexo en la categoría de fumó alguna vez, donde las mujeres tienen un porcentaje significativamente superior (Chi-cuadrado (1) = 11.67,  $p < .001$ ; 13.7 vs. 21.9%) (ver tabla 2). En fuma actualmente, hay un mayor porcentaje de sospecha de depresión en las mujeres (28.7% en mujeres, 22.2% en varones) pero la diferencia no llega a ser significativa (ver tabla 2). La comparación de las puntuaciones medias obtenidas por cada grupo de consumo considerado en el CDI, en función del sexo, no indica ninguna diferencia significativa (ver tabla 3), aunque el nivel de consumo está muy cerca del nivel de significación ( $p = .051$ ). La diferencia en el CDI en función de ser hombre o mujer es significativa (F (1, 2788) = 23.54,  $p < .001$ ), donde las mujeres puntúan significativamente más que los varones en el mismo (12.58 los varones, 13.83 las mujeres).

**Tabla 2.** Sospecha de depresión y consumo de tabaco en función del sexo (N = 2.790, 14-21 años).

	Sin depresión CDI, 0-18		Sospecha de depresión CDI, 19-54		Chi-cuadrado
	n	%	n	%	
Nunca fumó					
- Hombre	449	86,0	73	14,0	0,04 n.s
- Mujer	414	85,5	70	14,5	
Fumó alguna vez					
- Hombre	402	86,3	64	13,7	11,67, p< .001
- Mujer	479	78,1	134	21,9	
Fuma actualmente					
- Hombre	221	77,8	63	22,2	3,78, p= .052
- Mujer	300	71,3	121	28,7	

El análisis de varianza entre los grupos muestra diferencias significativas ( $F(2, 2787) = 44.80, p < .001$ ), diferencias que también son significativas entre todos los grupos entre sí (tabla 3), indicando que conforme pasan de no fumar a fumar se les incrementa significativamente su puntuación en sintomatología depresiva.

**Tabla 3.** Puntuaciones en el CDI en función del consumo o no consumo de tabaco (N = 2.790, 14-21 años).

Consumo de tabaco	Todos		Varones		Mujeres	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Nunca fumó	11,99	6,46	11,76	7,02	12,25	5,79
Fumó alguna vez	13,23	6,30	12,27	5,66	13,96	6,66
Fuma actualmente	15,10	7,51	14,60	8,18	15,44	7,01
	13,26	6,79	12,58	6,93	13,83	6,61

$F(2,2787) = 44,80, p < .001$

Sheffee: 1-2 ( $p < .001$ ), 1-3 ( $p < .001$ ), 2-3 ( $p < .001$ ).

En el análisis de varianza de consumo de tabaco por sexo no hay diferencias significativas por consumo ( $F=18,75, p = .051$ ), ni por sexo ni en la interacción.

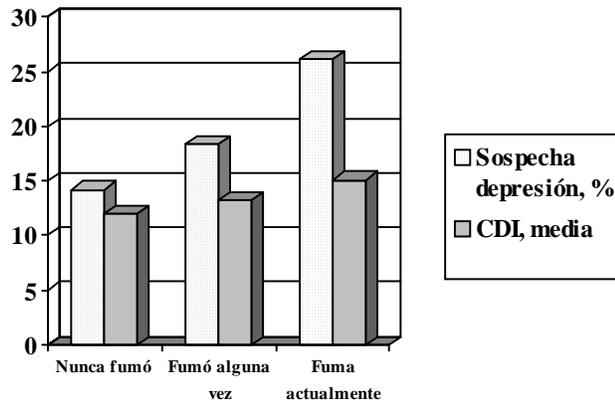
Dado que los resultados indican un incremento de la sintomatología depresiva según hay una mayor implicación en el consumo de tabaco, comparamos a los sujetos diferenciándolos en los grupos de no consumo de cigarrillos, consumo de 1 a 10 cigarrillos/día y consumo de más de 10 cigarrillos/día. No se consideró un consumo mayor de 20 cigarrillos/día dado que sólo había 12 sujetos que los consumían. Los resultados indican que hay diferencias significativas entre los grupos ( $F(2, 2787) = 39.65, p < .001$ ), mostrando la prueba de Scheffé que también hay diferencias entre todos los grupos entre sí (ver tabla 4), mostrando que conforme se pasa de no consumir a consumir 1-10 cigarrillos/día y más de 10 cigarrillos/día va incrementándose significativamente su puntuación en el CDI.

**Tabla 4.** Sintomatología depresiva en función del consumo de cigarrillos.

Cigarrillos	n	Media	D.T
Ninguno	1956	12,55	6,34
1-10	664	14,59	7,21
> 10	170	16,14	8,31

$F(2, 27,87) = 39,65, p < .001$

Scheffee: 1-2 ( $p < .001$ ), 1-3 ( $p < .001$ ), 2-3 ( $p < .05$ ).



**Figura 1.** Sospecha de depresión (%) y puntuación media con el CDI.

## Discusión

Los resultados de este estudio, realizado en una muestra representativa de chicos y chicas escolarizados de enseñanza secundaria de Galicia, comprendidos en las edades de 14 a 21 años, muestran que hay una clara relación entre fumar y tener una mayor sintomatología depresiva y sospecha de depresión, en relación con los que nunca han fumado, evaluado en este estudio con el CDI. Los que han probado alguna vez cigarrillos también tienen una mayor sospecha de depresión que los que nunca fumaron, aunque no llega al nivel de significación de los que actualmente fuman. Los que fuman actualmente tienen casi el doble de sospecha de depresión que los que nunca fumaron (26.1% vs. 14.2%). De igual modo, las puntuaciones medias en el CDI confirman estos resultados, incrementándose las mismas conforme se incrementa su mayor implicación con el tabaco.

Hasta ahora sabíamos las claras consecuencias que fumar produce en la salud física. Estudios como éste, y otros, nos obligan a añadir otro riesgo adicional: el relacionado con la salud mental, en nuestro caso con la depresión, y a unas edades tan tempranas como las estudiadas. La nicotina es una droga casi ideal para el que la consume. Tiene tanto propiedades estimulantes como tranquilizantes (Becoña, 2002a). De ahí su utilidad funcional y el que ayude a las personas con trastornos a afrontar mejor su vida cotidiana. En la adolescencia, como periodo de comienzo o consolidación del consumo, esto es de una gran relevancia, porque es a partir de ella cuando las personas van a quedar o no dependientes de la nicotina para una gran parte, o el resto de su vida.

Distintos estudios apuntan la idea de que fumar puede incrementar la aparición de distintos trastornos, como son los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo (ej., Johnson *et al.*, 2000), modularlos o existir una interacción entre ambos que hace que se mantenga el consumo de cigarrillos, que se utilice la nicotina como automedicación, o que surja el trastorno si la persona deja de fumar (Becoña y Vázquez, 1999; Vázquez y Becoña, 1999). Estos resultados indican que los que fuman diariamente tienen una mayor puntuación en el CDI y un mayor porcentaje de sospecha de depresión. Nos queda sin contestar si el consumo de nicotina incrementa la sintomatología depresiva o si aquellos con mayor sintomatología depresiva utilizan la nicotina por sus efectos conductuales y fisiológicos.

De todos modos, son bien representativas las palabras de Piasecki (2000) después de su revisión sobre el tema. Concluye que los jóvenes depresivos están en mayor riesgo de convertirse en fumadores si no fuman; las mujeres tienen mayor riesgo de fumar, por tener una mayor prevalencia de trastornos de estado de ánimo que los varones, de ahí que se haya incrementado la prevalencia del consumo en las mujeres en los últimos años, al potenciar las compañías tabaqueras la captación de mujeres como nuevas adictas al tabaco; que disponemos de tratamientos, tanto mediante medicación antidepresiva como terapia cognitiva-conductual, aunque precisan mejorarse; y, que una de las principales causas de la recaída es el estado de ánimo negativo (una mezcla de depresión, ansiedad e ira). Los resultados encontrados en este estudio van en esta línea, tanto referidos a un mayor

porcentaje de personas con sospecha de depresión cuando fuman, como un mayor porcentaje de sospecha de depresión en mujeres, aunque no aparece en todos los casos como significativa dicha relación.

Estos resultados indican la necesidad de que los jóvenes no comiencen a fumar tanto para evitar problemas de salud física como para evitar problemas de salud mental. Si fuman se incrementa el riesgo de que esta conducta se convierta realmente en un “*marcador psicopatológico*” (Pomerleau *et al.*, 1993) para distintos trastornos mentales, como es el analizado en este caso referido a la depresión.

Tampoco debemos olvidarnos de que la asociación que cada vez se encuentra más consistentemente entre fumar y distintos trastornos psicopatológicos abre una nueva área de trabajo y de dificultades para el tratamiento. A estas personas les resulta más difícil dejar de fumar (el-Guebaly *et al.*, 2002) y se obtienen niveles de abstinencia más bajos que en los fumadores que no tienen psicopatología asociada.

Pero las implicaciones de estos resultados no son sólo importantes para el tratamiento. Lo son aún más para la prevención (Becoña, 2002b). Por ello es cada vez más importante conseguir que los niños y jóvenes no comiencen a fumar y, si comienzan, que no sigan fumando y lo dejen lo antes posible. Con ello conseguirán evitar problemas de enfermedad y muerte causadas por las enfermedades que produce el tabaco y reducir otros problemas de salud mental en su vida joven y adulta que les puede producir el tabaco.

## Referencias

- Becoña, E. (1998). *Libro blanco sobre el tabaquismo en España*. Barcelona: Glosa Ediciones/Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo.
- Becoña, E. (2002a). Adquisición y mantenimiento de la conducta de fumar. En J. Bobes, M. Casas y M. Gutiérrez (Eds.), *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias* (pp. 382-411). Barcelona: Ars Medica.
- Becoña, E. (2002b). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1999). La relación entre fumar y depresión en la adolescencia: implicaciones clínicas y preventivas. *Adicciones*, 11, 127-135.
- Becoña, E., Vázquez, F.L., Fuentes, M.J. y Lorenzo, M.C. (1999). Anxiety, affect, depression and cigarette consumption. *Personality and Individual Differences*, 26, 113-119.
- Breslau, N., Kilbery, M.M. y Andreski, P. (1991). Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1069-1074.
- Breslau, N., Kilbery, M.M. y Andreski, P. (1993). Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults: New evidence from a prospective investigation. *Archives of General Psychiatry*, 50, 31-35.

- Breslau, N., Peterson, E.L., Schultz, L.R., Chilcoat, H.D. y Andreski, P. (1998). Major depression and stages of smoking. A longitudinal investigation. *Archives of General Psychiatry*, 55, 161-166.
- Brown, R.A., Lewinsohn, P., Seeley, J.R. y Wagner, E.F. (1996). Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1602-1610.
- Calafat, A. y Amengual, M. (1991). Depresión, depresividad y toxicomanía. *Adicciones*, 2, 75-100.
- Calafat, A., Amengual, M., Mejías, G., Borrás, M. y Escosura, M.J. (1990). *Los jóvenes de hoy*. Palma de Mallorca: Consell Insular de Mallorca.
- Covey, L.S., Glassman, A.H. y Stetner, F. (1997). Major depression following smoking cessation. *American Journal of Psychiatry*, 154, 263-265.
- Chartier, G.M. y Larsen, M.K. (1994). Adolescent depression: CDI norms, suicidal ideation and (weak) gender effects. *Adolescence*, 29, 859-864.
- Choi, W.S., Patten, C.A., Gillin, J.C., Kaplan, R.M. y Pierce, J.P. (1997). Cigarette smoking predicts development of depressive symptoms among U.S. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 42-50.
- del Barrio, V. (1996). *Inventario de depresión infantil, CDI, versión experimental*. Manuscrito no publicado. Madrid: UNED.
- del Barrio, V. y Moreno, C. (1996). Evaluación de la ansiedad y depresión infantil. *Ansiedad y Estrés*, 2, 131-158.
- el-Guebaly, N., Cathcart, J., Currie, S., Brown, D. y Gloster, S. (2002). Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders. *Psychiatric Services*, 53, 1166-1170.
- Escobedo, L., Kirch, D.G. y Anda, R.F. (1996). Depression and smoking initiation among US Latinos. *Addiction*, 91, 113-119.
- Escobedo, L., Reddy, M. y Giovino, G. (1998). The relationship between depressive symptoms and cigarette smoking in US adolescents. *Addiction*, 93, 433-440.
- Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington, P., Jarvis, M., Brugha, T., Gill, B. y Meltzer, H. (1998). Substance misuse and psychiatric comorbidity: An overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *Addictive Behaviors*, 23, 909-918.
- 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.
- Glassman, A.H., Covey, L.S., Stetner, F. y Rivelli, S. (2001). Smoking cessation and the course of major depression: A follow-up study. *The Lancet*, 357, 1929-1932.
- 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. *JAMA*, 264, 1546-1549.
- Glassman, A.H., Stetner, F., Walsh, B.T., Raizman, P.S., Fleiss, J.L., Cooper, T.B. y Covey, L. (1988). Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine: Results of a double-blind, randomized trial. *JAMA*, 259, 2863-2866.
- González-Pinto, A., Gutierrez, M., Ezcurra, J., Aizpuru, F., Mosquera, F., Lopez, P. y de Leon, J. (1998). Tobacco smoking and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 225-228.
- Hughes, J.R. (1988). Clonidine, depression and smoking cessation. *JAMA*, 254, 2901-2902.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Pine, D.S., Klein, D.F., Kasen, S. y Brook, J.S. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA*, 284, 2348-2351.

- 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., Eaves, L.J. y Kessler, R.C. (1993). Smoking and major depression. A causal analysis. *Archives of General Psychiatry*, 50, 36-43.
- Kovacs, M. (1992). *Children depression inventory, CDI*. Toronto, Canadá: Multihealth Systems, Inc.
- Leon, J. de, Becoña, E., Gurpegui, M., González-Pinto, A. y Diaz, F.J. (2002). The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 812-816.
- Leonard, S., Adler, L.E., Benhammou, K., Berger, R., Breese, C.R., Drebing, C., Gault, J., Lee, M.J., Logel, J., Olincy, A., Ross, R.G., Stevens, K., Sullivan, B., Vianzon, R., Virnich, D.E., Waldo, M., Walton, K. y Freedman, R. (2001). Smoking and mental illness. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 70, 561-570.
- Olmedo, M., del Barrio, V. y Santed, M.A. (2000). Sexo y emoción previa como predictores del cambio en depresión y ansiedad en adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 6, 47-60.
- Pardell, H., Jané, M., Sánchez, I., Villalbí, J.R., Saltó, E., Becoña, E. et al. (2002). *Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español*. Barcelona: Medicina STM Editores.
- Piasecki, M. (2000). Smoking, nicotine, and mood. En M. Piasecki y P.A. Newhouse (Eds.). *Nicotine in psychiatry* (pp. 131-147). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Polaino, A. y García, A. (1993). *La depresión infantil en Madrid*. Madrid: Editorial AC.
- Pomerleau, C.S. (1997). Co-factors for smoking and evolutionary psychobiology. *Addiction*, 92, 397-408.
- Pomerleau, O.F., Collins, A.C., Shiffman, S. y Pomerleau, C.S. (1993). Why some people smoke and others do not: New perspectives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 723-731.
- Salín-Pascual, R.J., Rosas, M., Jiménez-Genchi, A., Rivera-Meza, B.L. y Delgado-Parra, V. (1996). Antidepressant effect of transdermal nicotine patches in nonsmoking patients with major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 387-389.
- U.S.D.H.H.S. (1990). *The health benefits of of smoking cessation. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Vázquez, F.L. y Becoña, E. (1999). Treatment of major depression associated with smoking cessation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 507-508.