



## Boletín N°21 Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

**"TABAQUISMO Y  
DEPRESIÓN"**

**-Una problemática  
asociada-**

**Hablemos de eso...**

COORDINACIÓN DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES

### INTRODUCCIÓN

El tabaquismo y la depresión son dos importantes problemas de salud pública tanto en el mundo como en nuestro país; son las dos causas principales de discapacidad, mortalidad y morbilidad en todo el mundo. A pesar de la evidencia que se tiene hasta ahora sobre su alta comorbilidad entre ellas, su tratamiento por lo general se aplica de forma independiente, por lo que se reconoce la urgente necesidad de integrar su atención. (1)

Utilizando los datos epidemiológicos para estudiar la asociación entre la depresión y tabaquismo, es importante hablar de tabaquismo en la población general para entender el alcance del problema del consumo de tabaco entre las personas con depresión. (2)

Se estima que la mitad de los cigarrillos vendidos en los EE.UU. Son consumidos por pacientes con enfermedades mentales. La incidencia del trastorno depresivo es dos veces mayor en los fumadores que en los no fumadores. (4)

En Argentina, los trastornos psiquiátricos, son más comunes en los fumadores que en la población general (30 al 60% de los pacientes que solicitan tratamiento para la dependencia de tabaco puede tener un antecedente de depresión). La tasa de mortalidad en los pacientes con enfermedades psiquiátricas es más elevada que en el resto de la población.

(4) En este sentido, a todos los fumadores con trastornos psiquiátricos, incluidos los trastornos por consumo de sustancias, se les debería ofrecer tratamiento para el tabaquismo, y los profesionales sanitarios avanzar en superar su reticencia a tratar a esta población. (3)

En este boletín realizamos un breve resumen de varios estudios actualizados sobre la temática para poder dar una mejor atención a esta población y obtener óptimos resultados mejorando la calidad de vida de los mismos.

Recordemos que **"el consumo de tabaco es factor de riesgo para seis de ocho principales causas de muerte a través del cáncer, la enfermedad cardiovascular y las enfermedades respiratorias crónicas"**. (5)



## TABAQUISMO

El tabaquismo es un grave problema de salud pública a nivel internacional, y tiene devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, económicas y ambientales. Se estima que es responsable de 5,4 millones de muertes anuales en el mundo (1 de cada 10 defunciones de adultos), de las cuales 1 millón ocurren en América. (4). La mitad de las personas que en la actualidad fuman morirán a causa del tabaco (1)

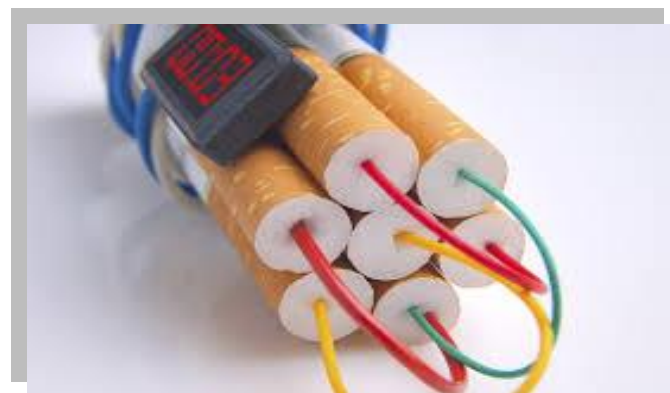
En la actualidad, el tabaquismo está considerado dentro de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) Y cobras más vidas que la Tuberculosis, el VIH/SIDA y el paludismo juntos, representando la primer causa de muerte prematura a nivel mundial.

Se estima que en el 2030 matará a más de 8 millones de personas al año; un 80% en países en desarrollo, aquellos donde todavía son más débiles las políticas del control del Tabaco. En el siglo 20, el tabaco mató aproximadamente a 100 millones de personas y se estima que podría matar a mil millones durante el siglo 21 a menos que actuemos con premura tomando medidas urgentes y severas que puedan poner un freno a esta epidemia que va en aumento. (6)

Argentina ha progresado en la legislación de ambientes libres de humo de tabaco, evidenciándose una menor exposición al humo de tabaco ambiental. Según la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada en el 2013, el 23,5% de la población está expuesta al humo de tabaco ajeno en bares y restaurantes cuando en el 2009 era el 47,2%. No obstante, se producen unas 6.000 muertes anuales en personas no fumadoras que fallecen a causa de la exposición al humo de tabaco ajeno.

Además, de estos datos, desde el punto de vista de la salud, en la Argentina el tabaco produce cuantiosas pérdidas económicas. (6).

Se estima que el 15% del gasto en atención médica se destina a tratar las enfermedades producidas por el tabaquismo. Es una cifra que supera con creces lo que se recauda por impuestos al tabaco. (6)



El Convenio Marco de Control de Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud, vigente desde febrero de 2005, es el primer Tratado Internacional de Salud Pública. Recomienda a los gobiernos firmantes medidas eficaces para contrarrestar los efectos nocivos del consumo de tabaco. Argentina suscribió el CMCT en 2003 pero nunca lo ratificó.

Las medidas del CMCT buscan promover la adopción de estrategias legislativas destinadas a reducir la oferta, la demanda y el daño de los productos de tabaco. Se trata de un instrumento jurídico necesario para garantizar el derecho humano a la salud, puesto que establece estándares internacionales normativos basados en evidencias científicas.

Siguiendo las estrategias establecidas por el CMCT, la provincia de Entre Ríos cuenta con 8 Municipios Adheridos a Ley Nacional 26.687, de los cuales dos han sido certificados como Municipios Libres de Humo y más de 175 Instituciones Certificadas como Libres de Humo.

## DEPRESIÓN Y TABAQUISMO

La depresión es una enfermedad crónica recurrente que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social. Se estima que entre 60 y 80% de las personas que la padecen pueden ser tratadas mediante terapia breve y el uso de antidepresivos. Sin embargo, solo el 25% y el 10% de las personas que la padecen reciben tratamiento. (1)

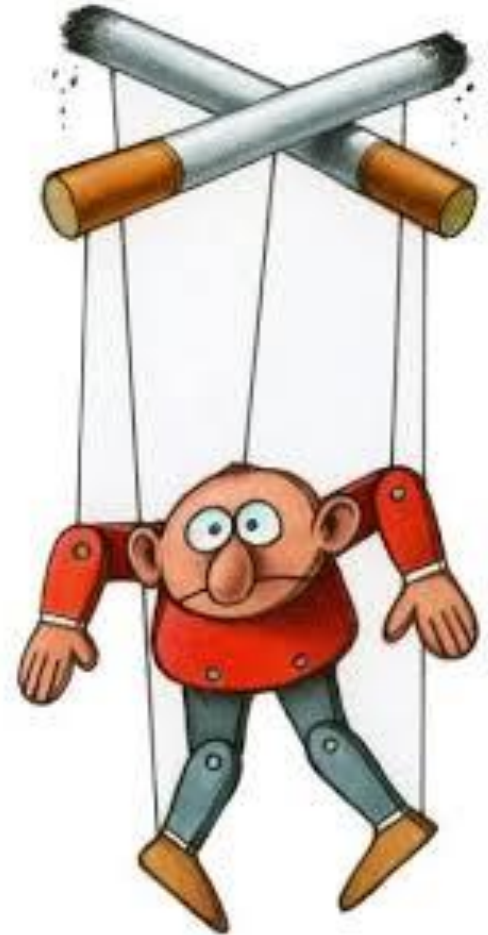
A nivel mundial 121 millones de personas la padecen, ocasionan deterioro de la calidad de vida y son la principal causa de años de vida perdidos por muerte prematura o Discapacidad (AVAD) con respecto a todas las enfermedades. La OMS estima que para el año 2020 será la segunda causa de baja laboral en países desarrollados. (1)

El diagnóstico de depresión es difícil de aceptar para muchos pacientes. Por lo general, tienden a negar que estén deprimidos debido al mito de que la depresión es una debilidad del carácter o del ánimo, al temor de que no sea tratable o de que vayan a depender de una medicación para siempre si comienzan con un tratamiento con psicofármacos.

Es importante tomarse el tiempo para informarles que la depresión es una enfermedad y es tratable, que existe una predisposición genética a tenerla (antecedentes familiares), que las drogas antidepresivas no producen dependencia y que la mayoría de los pacientes responden muy bien al tratamiento.

En general, se caracteriza por:

- Presencia de ánimo deprimido
- Pérdida del interés o de la capacidad para sentir placer
- Manifestación de otros síntomas como por ejemplo pérdida de peso, trastornos del sueño, pérdida de energía, falta de concentración, pensamientos de muerte o ideación suicida, entre otros.
- Presencia de los síntomas durante al menos 2 semanas. (7)



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. Y que los síntomas depresivos que se manifiestan durante la abstinencia son reversibles con la reintroducción del cigarrillo. (1)

Las personas con depresión, en comparación con aquellos sin depresión, son más propensas a fumar y cumplir con los criterios para la dependencia de la nicotina. Pero los fumadores con síntomas o con diagnóstico de depresión realizan más esfuerzo y se evidencia más voluntad para dejar de fumar que los pacientes no deprimidos, lo que puede explicarse por una mayor motivación para dejar de fumar pero también son más propensos a la recaída en el primer mes. Estos hallazgos son más fuertes en las mujeres que en los hombres. (2)

Una búsqueda bibliográfica se realizó a través de PubMed de estudios publicados entre enero de 1995 y marzo el año 2015 utilizando las siguientes palabras clave y combinaciones de palabras clave (co-morbilidad, co-ocurrencia, y de doble diagnóstico) y (dependencia a la nicotina, el tabaquismo, la dependencia del tabaco, tabaco utilizar el trastorno) y (depresión, depresión mayor, trastornos del estado de ánimo unipolares) y (automedicación). Se identificaron un total de 93 artículos. De estos, se incluyeron 31 estudios en el análisis. Los hallazgos fueron los siguientes:

- La sintomatología depresiva alta en las evaluaciones basales de los pacientes que inician tratamiento para tabaquismo, predice una baja tasa de abstinencia al final de dicho tratamiento. Son más propensos las personas depresivas a la recaída en el 1er mes (Más en mujeres que en hombres) (8)
- Los fumadores de más de 1 paquete de cigarrillo/día tienen 3 veces más probabilidad de presentar depresión que los no fumadores (1)
- Los modelos que explican la alta prevalencia de tabaquismo en enfermedades psiquiátricas son los de: "Automedicación", "Presencia de factores comunes", "Existencia de una misma base genética", "Existencia común de factores sociales", "Presencia de factores propios de la enfermedad mental". (4)
- El abandono del tabaco y la abstinencia de nicotina pueden agravar una comorbilidad del paciente. (3)
- Los participantes con trastorno depresivo mayor en 1994 y 2005, en comparación con aquellos sin trastorno depresivo mayor, ya sea en 1994 o en 2005 (mutuamente excluyentes) se encontraban en un aumento significativo de recaída de fumar para el año 2005.
- Los pacientes con Trastorno depresivo Mayor (TDM) tienen altos niveles de dependencia a nicotina por lo que son, en consecuencia, fumadores pesados. En un nuevo estudio, Khaled et al (35), observó que la condición de "fumador pesado actual" triplica el riesgo de TDM en comparación con ex fumadores pesados. Dicho de otro modo: dejar de fumar se asocia con menor riesgo de TDM.

En conclusión:

- los fumadores deprimidos están motivados para dejar de fumar;**
- dejar de fumar no exacerba los síntomas de la depresión**
- la depresión no tiene un impacto negativo en los resultados para dejar de fumar, y**
- la hipótesis de la automedicación no tiene en cuenta la dependencia del tabaco y la depresión co-morbilidad (9)**

**ANTECEDENTES DE DEPRESIÓN SE CO-RELACIONAN CON:**

- **ALTO GRADO DE DEPENDENCIA**
- **MENORES TASAS DE CESACIÓN**
- **MAYORES TASAS DE RECAÍDA**
- **SÍNDROME DE ABSTINENCIA NICOTÍNICA MÁS GRAVE**

Nuestra revisión de las pruebas pertinentes sugiere la importancia y el significado clínico de llevar a cabo el tratamiento para dejar de fumar a los fumadores deprimidos.

Importancia científica: Los resultados apoyan la necesidad de una mayor atención a la elaboración y aplicación de los tratamientos para dejar de fumar a los fumadores deprimidos. (3)



## ABORDAJE TERAPEUTICO

Aunque los trastornos psiquiátricos pueden hacer que los fumadores tengan mayor riesgo de recaída, se puede ayudar a estos fumadores con los tratamientos de tabaquismo. (3)

El retraso en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento, empeoran el pronóstico.

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 forma independiente, por lo que se reconoce la **urgente** necesidad de integrar la atención de los trastornos co-mórbidos. (1)

A diferencia de la asociación de la comorbilidad entre otros trastornos mentales y uso de sustancias en la cual se limita el uso de fármacos, cuando hablamos de depresión y tabaquismo esta limitante no se presenta, ya que el tratamiento farmacológico puede favorecer la mejoría de ambos trastornos. (1)

La Cesación tabáquica puede exacerbar los síntomas en pacientes internados por patología psiquiátrica y empeorar la depresión de personas con antecedente de enfermedades afectivas. (5)

Importante que se realice el Test de Beck durante la consulta para evaluar situación emocional en las últimas dos semanas (si se obtiene como resultado > 19 puntos se deriva a Psiquiatría). (4)

Síntomas depresivos como Anhedonia, dificultades para concentrarse, ánimo depresivo, ideas depresivas y menor autoestima interfieren con el tratamiento y disminuyen la posibilidad de dejar de fumar. (4)

Los tratamientos más utilizados contra el tabaquismo en la actualidad son el psicológico y el farmacológico. El tratamiento psicológico está basado en terapia cognitivo-conductual. Cuando sólo se utiliza este tipo de apoyo el mantenimiento 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. (1)

En fumadores con antecedentes depresivos el tratamiento comportamental orientado a los síntomas anímicos agrega un beneficio al tratamiento de cesación.

Algunos datos sugieren que es la depresión recurrente (más que el antecedente de un solo cuadro depresivo) la que está relacionada a mayor recaída o baja de tasas de éxito. El tratamiento debe ser indicado con precaución y monitoreo de efectos adversos, dado que se describe la posibilidad de aparición de síntomas de desestabilización del estado de ánimo y de recaída de la enfermedad de base. (5)

Intervenciones según intensidad de Depresión:

- **Depresión de intensidad moderada a grave** la indicación adecuada es realizar primero el tratamiento del trastorno de ánimo y luego, cuando el paciente tenga una remisión parcial o completa de dicho cuadro y cuente con más recursos, realizar el tratamiento de cesación
- **Cuadros leves y con alta motivación para dejar de fumar** es conveniente no demorar el tratamiento de cesación y realizar el abordaje integrado y si no tiene contraindicaciones el tratamiento de elección es Bupropión y se recomienda realizarlo por lo menos por 6 meses
- **Pacientes que han tenido uno o más episodios depresivos** y están medicados con un Antidepresivo se aconseja utilizar Terapia de reemplazo nicotínico (TRN) o agregar Bupropión al tratamiento antidepresivo (No aprobada por FDA pero con buena repercusión clínica) y derivación a Psiquiatra (4)

-Es importante que, antes de iniciar el tratamiento de cesación, el paciente ya este medicado con un antidepresivo (2 a 6 semanas) (4)

Se sugiere tratamiento multimodal para aumentar la eficacia (Tratamiento farmacológico más intervenciones psicológicas y estrategias que ayuden a regular los estados de ánimo y el manejo del estrés) (4)

El uso de Vareniclina se ha asociado a Depresión, agitación, ideas suicidas y suicidio. (3)

Algunos datos sugieren que el Bupropión y (TRN) pueden ser eficaces para tratamiento de Esquizofrenia y pueden mejorar los síntomas negativos del mismo y de la Depresión. (3)

TRN han probado tener excelentes resultados en el tratamiento de la sintomatología depresiva ya que reduce la incidencia y severidad de los síntomas, al mismo tiempo que regulariza el sueño de los pacientes. (1)

*Se ha reportado asociación de la Vareniclina y Bupropión con depresión, agitación, ideación suicida y suicidio tanto en personas con antecedentes psiquiátricos como sin ellos. Se recomienda evaluar antecedentes de comorbilidad psiquiátrica e ideación suicida y sopesar relación riesgo/beneficio al indicar estos fármacos. Al usarlos, se deben dar pautas de alarma acerca de la aparición de cambios en el humor y comportamiento, monitorearlos y suspenderlas en caso de aparición de algún trastorno. (5)*

## Bupropión

- Combinar con antidepresivos con baja inhibición de citocromo CYP2D6 (Citalopram, Escitolapram o Venlafaxina)
- No combinar con inhibidores de citocromo CYP2D6 (Fluoxetina, Paroxetina) por aumento de interacciones farmacológicas y aumento de las concentraciones farmacológicas de bupropión
- Contraindicado combinar con antidepresivos IMAO

## Vareniclina

- No ha sido estudiada en pacientes deprimidos
- FDA informaron casos de humor depresivo, y de acción suicida y comportamiento violento con este fármaco. Aconseja controlar cambios en el humor y el comportamiento en pacientes medicados con este fármaco.

## RECORDAR:

“Pesquisar la presencia de tabaquismo en pacientes con depresión, utilizando las intervenciones breves como herramienta para la concientización y motivación para el tratamiento”

## Referencias

- (1) **Tabaquismo y Depresión.** Revisión de base de datos de PUB MED. Salud Mental Vol. 31, Nº5, Septiembre-Octubre 2008;31:409-415.
- (2) **Depression and cigarette smoking behavior: a critical review of population-based studies.** Am J Drug Alcohol Abuse. 2016 Jun 10:1-16.
- (3) **"Guía de tratamiento del tabaquismo"** Sociedad Española, Mayo 2010.
- (4) **Tratamiento del tabaquismo. GRANTAHÍ Programa de control de tabaco, Hospital Italiano.** Cap "Tabaquismo y Enfermedad Mental" Dra. Cecilia Desimone 2014
- (5) **"Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco"** Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina. 2011
- (6) **"Abordaje Integral del Tabaquismo"** Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina. 2016
- (7) **"Salud Mental en el primer nivel de atención"** Traps. Programa de capacitación, Remediar. Ministerio de Salud de la Nación
- (8) **Depression motivates quit attempts but predicts relapse: differential findings for gender from the International Tobacco Control Study.** First published: 17 February 2016 Full publication history.
- (9) **Co-morbid tobacco use disorder and depression: A re-evaluation of smoking cessation therapy in depressed smokers.** Am J Addict. 2015 Dec;24(8):687-94. doi: 10.1111/ajad.12277. Epub 2015 Sep 10.
- (10) **Major depressive disorder and smoking relapse among adults in the United States: a 10-year, prospective investigation.** Psychiatry Res. 2015 Mar 30;226(1):73-7. doi: 10.1016/j.psychres.2014.11.064. Epub 2014 Dec 9.

Contacto:

**Domicilio Postal**

Calle Alem Nº423-Paraná-Entre Ríos

Teléfono: 0343-4840210

[coordinaciondeecnt@gmail.com](mailto:coordinaciondeecnt@gmail.com)

<http://www.entrerios.gov.ar/msalud/prevencion-de-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-2/>

**Ministro de Salud**

Mg. Sonia Velazquez

**Coordinación de Fortalecimiento Institucional**

*Bioing. Hernán Goncebat*

**Coordinación de Prevención de ECNT**

*Lic. Soledad Garcilazo*

**Área Alimentación Saludable**

*Lic. Evelyn Baraballe*

**Equipo de Certificación**

*Lic. Laura Ceballos  
Tec. Mariana Schneider*

**Programa Provincial Entre Ríos Libre de Humo de Tabaco**

*Téc. Wolosko Cynthia, Responsable área técnica.  
Dra. Silvina Tabarez, Responsable área Medica.*

**Área Actividad Física**

*Profesores: Alejandra Pérez, Damián Benedetich, Sofía Laporta, Lucas Ramírez Bidart, Julia Gainza.*

**Programa Provincial de Detección y Control de Enfermedad Celíaca**

*Dr. Alejandro Pais*

**Programa de Diabetes**

*Tec. Pamela Vesco*

**Área Administrativa**

*Hernán Hatt  
Natasha Sagra*