

11241  
8  
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

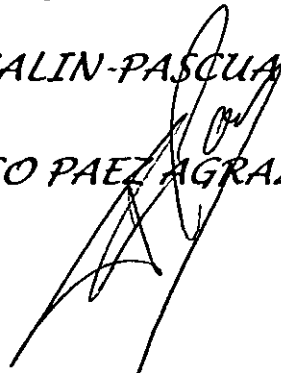
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

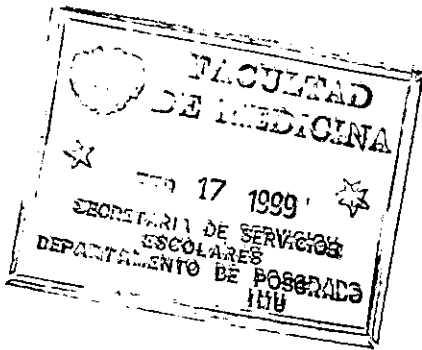
TESIS DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA

"ESTUDIO DE COMORBILIDAD ENTRE TABAQUISMO  
Y TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN POBLACION  
UNIVERSITARIA.

TUTORES:

  
DR. RAFAEL SALIN-PASCUAL

  
DR. FRANCISCO PAEZ AGRAZ



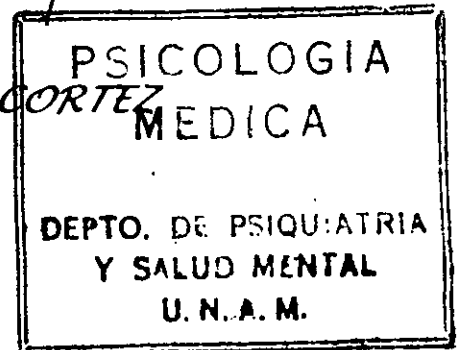
271823

ALUMNA: GRACIELA FLORES CORTEZ



1999

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

<i>PORTADA.....</i>	<i>1</i>
<i>INTRODUCCION.....</i>	<i>2</i>
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA....</i>	<i>5</i>
<i>OBJETIVOS.....</i>	<i>6</i>
<i>MARCO TEORICO.....</i>	<i>7</i>
<i>MATERIAL Y METODO.....</i>	<i>27</i>
<i>RESULTADOS.....</i>	<i>32</i>
<i>DISCUSION.....</i>	<i>37</i>
<i>CONCLUSIONES.....</i>	<i>45</i>
<i>BIBLIOGRAFIA.....</i>	<i>46</i>

INTRODUCCION.

*En las primeras décadas del siglo XX se observó la presencia de ciertas enfermedades relacionadas con el consumo crónico del tabaco, tales como enfermedades del aparato respiratorio que incluyen enfisema pulmonar, mayor frecuencia de infecciones respiratorias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer pulmonar; enfermedades del aparato cardiovascular como hipertensión arterial, enfermedad coronaria, infarto del miocardio, enfermedad de Reynaud y accidentes vasculares cerebrales; enfermedades del aparato digestivo como úlcera péptica, colitis irritativa, cáncer de las estructuras de la cavidad oral. El tabaquismo crónico puede producir la muerte a través de las entidades nosológicas ya mencionadas.*

*El tabaco contiene nicotina además de otras sustancias como los benzopirenos, pero es la nicotina la que produce mayores efectos tóxicos. La nicotina induce la presencia de dependencia física y dependencia psicológica, lo que se puede comprobar*

*cuando un individuo fumador crónico suspende abruptamente el tabaquismo y se presenta el llamado "Síndrome de Abstinencia", que incluye tanto síntomas físicos como psicológicos, tales como nerviosismo, irritabilidad, ansiedad, tristeza, apatía, disminución de la atención, concentración y memoria y en general de las funciones cognitivas. También se presenta aumento del apetito con el consiguiente aumento de peso corporal.*

*Estudiar el tabaquismo es importante, ya que constituye uno de los principales problemas de salud en el mundo y es una de las primeras causas de mortalidad. Las personas que fuman no solamente se afectan a ellas mismos, sino a quienes las rodean y que se exponen involuntariamente al humo del tabaco y lo inhalan, llamándolos "fumadores pasivos". Se ha observado la coexistencia de enfermedades mentales con el tabaquismo, tales como los Trastornos Afectivos, Trastornos de Ansiedad, Trastornos de Personalidad, Trastornos Psicóticos y Trastornos por el abuso de sustancias como el alcohol, la marihuana, cafeína, cocaína y de solventes orgánicos. El alcoholismo es un problema psiquiátrico muy frecuente en nuestro país*

*y se asocia al tabaquismo. El consumo de solventes orgánicos está incrementándose cada día más en México y predominantemente en los grupos de clase socioeconómica baja.*

*En el estudio realizado se determinó la comorbilidad entre el tabaquismo y las enfermedades mentales, en pacientes que asisten a la consulta externa del departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional Autónoma de México. Esta población está constituida principalmente por estudiantes y trabajadores de dicha institución y tiene características específicas en cuanto a grupos de edad, ocupación, nivel cultural y nivel socioeconómico diferentes a las que asisten a consulta externa en los hospitales psiquiátricos o en otros centros de salud mental.*

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

*¿ Cuantos enfermos mentales fuman, con qué intensidad lo hacen y desde cuando iniciaron el consumo?*

*¿ Existen diferencias entre diagnósticos psiquiátricos en cuanto a la frecuencia de tabaquismo?*

## OBJETIVOS:

1. - *Determinar la frecuencia de consumo de tabaco en una muestra de pacientes psiquiátricos.*
2. - *Describir el comportamiento de algunas variables relacionadas con el consumo de tabaco entre enfermos mentales (. número de cigarrillos al día, edad de inicio del consumo, . consumo accesorio de sustancias, etc.).*
3. - *Comparar la frecuencia del consumo de tabaquismo y otras variables relacionadas con el mismo entre categorías de diagnóstico psiquiátrico.*



## MARCO TEORICO

### TABAQUISMO Y ENFERMEDAD MENTAL

#### PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

*Las principales enfermedades mentales asociadas con el tabaquismo son la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, la farmacodependencia, y de ésta, sobre todo el alcoholismo. Los trastornos de personalidad también se asocian al tabaquismo (Breslau y cols, 1995, Regier y cols., 1990).*

*Algunos autores como Kendler y cols. (1993), han mencionado que la personalidad contribuye al desarrollo de dependencia a la nicotina, por ejemplo la personalidad extrovertida o la personalidad dependiente.. La personalidad, el tabaquismo y las*

*enfermedades mentales están determinadas genéticamente; mencionando Gilbert y Gilbert en 1995, la existencia de tres tipos principales de personalidad: Personalidad Depresiva, Personalidad Neurótica y Personalidad Psicótica..*

*Carmelli y cols. en 1993 en estudios de gemelos con depresión, encontraron que los factores genéticos tienen gran influencia en el tabaquismo, desde su inicio, en su prevalencia y en la supresión del mismo. Kendler y cols. en 1993, encontraron que algunos genes contribuyen importantemente al desarrollo de las diferentes psicopatologías y que algunos otros genes son modificados por el medio ambiente.*

*Otros autores han encontrado que personas con bajo control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, búsqueda constante de nuevos estímulos tienen tendencia al uso de sustancias como la nicotina.. Breslau y cols. (1993), observaron que pacientes adultos jóvenes con dependencia a la nicotina, tuvieron historia de problemas de conducta, tales como iniciar peleas físicas, robo, problemas escolares, huir de la casa y sobre todo los que fumaron su primer cigarro antes de los 14 años.*

*Las personas extrovertidas que son individuos cálidos, activos, socializadores y asertivos, se asocian con tabaquismo (Sieber y cols., 1990). Parkes, K.R. en 1984, observó que las personas fumadoras son más extrovertidas que las no fumadoras. Las primeras experiencias con el tabaco fueron más positivas en los fumadores extrovertidos que en los introvertidos (Gilbert y Gilbert, 1995). Autores como Eysenck, en 1973, encontró que las personas extrovertidas tienen baja actividad cortical en el estado de alerta (despertamiento), mientras que los introvertidos tienen tendencia a tener mayor actividad cortical (mayor número de alertamientos); de acuerdo a esto, la nicotina tiene efectos estimulantes y placenteros produciendo efectos reforzadores positivos. Ashton y cols., en 1974, mencionaron que la nicotina puede producir efectos estimulantes del sistema nervioso central en pacientes extrovertidos. Las personas extrovertidas tienen mayor probabilidad de llegar a ser fumadores, ya que tienen mayor sensibilidad a la nicotina y a sus efectos reforzadores positivos, que los introvertidos. Pomerleau y cols. en 1993, encontraron que los*

*pacientes extrovertidos al fumar un cigarro, les aumenta la actividad electroencefalográfica en el hemisferio cerebral derecho más que en el izquierdo; al fumar un individuo introvertido, tuvo mayor actividad en el hemisferio izquierdo (Gilbert, y cols., 1987). Otros autores encontraron que los pacientes extrovertidos fumaron igual que los pacientes normales (Breslau y cols., 1994).*

*Los individuos con ansiedad, depresión, vulnerabilidad psicológica, agresividad y hostilidad (NEUROSIS), tienen predisposición genética al tabaquismo, observándose en los fumadores la coexistencia con trastornos neuróticos; por lo que autores como Kendler y cols., en 1992, mencionaron que la neurosis está estrechamente relacionada con trastornos depresivos y trastornos de ansiedad.. Otros autores encontraron que en la infancia y en la adolescencia temprana, la neurosis es un predictor de tabaquismo (Kandel y Davis, 1986. En un estudio trasversal realizado por Mc. Crae y cols. en 1978, se*

observó que personas con numerosos síntomas neuróticos tienen mayor probabilidad de que se conviertan en fumadores, con relación a los que tuvieron pocos síntomas de neurosis. Breslau y cols. en 1994, encontraron que los adultos jóvenes con personalidad neurótica tienen mayor predisposición a la dependencia a la nicotina y a la depresión mayor.

La nicotina disminuye los efectos negativos de tipo depresivo, en las personas neuróticas, debido a su efecto reforzador positivo. Los efectos conductuales inducidos tanto por las anfetaminas como por la nicotina, son sugerentes de que estas drogas aumentan la sensibilidad de neuronas dopaminérgicas mesolímbicas a la liberación de dopamina (Gilbert y Gilbert, 1995). Breslau y cols. a partir de sus estudios con familias de fumadores, en 1994, encontraron que la personalidad neurótica y el tabaquismo tienen una base genética.

Regier y cols., 1990, Glassman y cols. en 1990, encontraron una estrecha relación entre Trastorno de Personalidad Antisocial y tabaquismo.

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD

*Algunos autores han mostrado la relación que existe entre los trastornos de ansiedad y el tabaquismo (Breslau y cols., 1991, 1994 y 1995), que observaron en pacientes fumadores la coexistencia de trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, trastornos de pánico, fobias y trastorno obsesivo-compulsivo) presentándose estos trastornos con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, por lo que puntualizaron la asociación entre dependencia a la nicotina, trastornos de ansiedad y trastorno depresivo mayor. Hughes y cols. 1986 y Pohl y cols. 1992, observaron que dichos trastornos de ansiedad son más frecuentes en los pacientes fumadores que en los no fumadores. En los adultos jóvenes fumadores, los trastornos de ansiedad se presentaron 4.18 veces más, que en los no fumadores (Breslau y cols. 1991). El fumar*

*disminuye la ansiedad, lo que constituye una motivación importante para el desarrollo de tabaquismo, sobretodo si el paciente tiene estados de ansiedad importante (Pritchard y Kay, 1993). La disminución en la ansiedad puede producirse también con la administración de drogas ansiolíticas, de ahí que sea posible substituir a la nicotina y facilitar su supresión (Glassman y cols. 1984; West y cols. 1991). Connors y cols. en 1996, observaron la asociación entre tabaquismo, trastorno obsesivo compulsivo y esquizofrenia, encontrando que el 57% de pacientes esquizofrénicos, eran fumadores y también tenían trastorno obsesivo compulsivo.*

*Barkley y cols. en 1990, estudiaron a adolescentes con diagnóstico de trastorno por déficit de atención y observaron que estos pacientes fuman más que los que no tienen el trastorno. La prevalencia de fumadores es alta en adolescentes y adultos con trastorno por déficit de atención y la*

*nicotina que tiene propiedades estimulantes es utilizada como una forma de auto tratamiento para mejorar sus síntomas, obteniendo disminución de su inquietud (Conners y cols., 1996). Los pacientes mostraron mejoría en la rapidez de alertamiento y en la capacidad de mantener la atención, Al parecer en estos pacientes fumadores las funciones cognitivas están disminuidas cuando no fuman o cuando los niveles de nicotina son bajos. La nicotina aumenta la liberación de dopamina y también es un agonista dopaminérgico indirecto, teniendo acciones sobre los sistemas neuronales colinérgicos, serotoninérgicos y noradrenérgicos, por lo que sus efectos son comparables con los producidos por el Metilfenidato (Conners y cols., 1996).*



## TRASTORNOS AFECTIVOS

*Varios autores han encontrado la coexistencia del tabaquismo y los trastornos afectivos, por ejemplo, Glassman y cols., en 1990; Kandel y Davis en 1986, observaron que pacientes que en la adolescencia tuvieron trastornos depresivos se convirtieron en fumadores en la edad adulta., con mayor prevalencia en el sexo masculino que en el femenino. Estos mismos datos fueron confirmados por Breslau y cols., en 1995, Pérez -Stable y cols., en 1990, encontraron que en la población latina de Sn. Francisco California, no hubo diferencias en cuanto a sexo en la prevalencia de pacientes con tabaquismo y depresión. Haines y cols., en 1980, observaron que los pacientes que tenían mayor número de síntomas depresivos eran fumadores fuertes, con respecto a los individuos con menor número de síntomas depresivos. Pérez -Stable y cols. en 1990, mencionaron que es posible que los fumadores reporten mayor número de síntomas depresivos en las encuestas, porque están más inclinados a admitir características negativas de*

ellos mismos. Es probable que exista una relación entre tabaquismo y depresión de tipo dosis-respuesta, puesto que los fumadores con historia de depresión mayor fuman mayor número de cigarrillos que los que no tienen ese antecedente (Covey y cols., 1990; Breslau y cols., 1991 y 1992). Existe estrecha relación entre fumadores y trastorno depresivo mayor y la posibilidad de que el tabaco pueda producir mejoría psicológica en estos pacientes (Glassman, A. H., 1993). Kendler y cols. en 1993, encontraron que grados altos de tabaquismo son predictivos de depresión mayor. A partir de estudios en adolescentes con historia de depresión mayor, se observó que éstos desarrollan más rápidamente dependencia a la nicotina en un periodo de 15 meses (Breslau y cols. 1993). Otros autores sugirieron que la asociación de tabaquismo con depresión mayor tiene como base factores genéticos (Kendler y cols. 1993). Estos autores también propusieron que un grupo de genes comunes predisponen a la presencia de los trastornos de ansiedad y de trastornos afectivos.

En estudios de laboratorio parece que los pacientes deprimidos no fumadores mejoran cuando se tratan con parches transdérmicos de nicotina.

Además, estos pacientes tienen una respuesta a la nicotina durante el sueño diferente a la de los voluntarios sanos no fumadores. En estos aumenta la vigilia al utilizar nicotina, mientras que en los pacientes deprimidos aumenta mucho el sueño de movimientos oculares rápidos (SMOR). Esto es importante ya que se explica por la hipersensibilidad colinérgica que se propone en la depresión. En los pacientes deprimidos la nicotina aumenta la liberación de acetilcolina y ello puede explicar el aumento del SMOR. El aumento en la liberación de otras aminas (dopamina, noradrenalina, serotonina, etc.) puede tener un efecto similar al de las anfetaminas en estos pacientes (Sálin-Pascual, 1997).

Los estudios de Anda y cols., en 1990, mostraron que los pacientes aprenden rápidamente que el fumar disminuye el afecto hipotímico, encontrando mayor prevalencia de tabaquismo en personas con afecto depresivo. Otros autores también han propuesto que la nicotina tiene efectos antidepresivos, por ejemplo, Gilbert y cols., en 1994, observaron en el registro electroencefalográfico de pacientes deprimidos, las asimetrías características

de la depresión y que se normalizaron cuando los pacientes fumaron. También encontraron que los pacientes deprimidos fumadores mostraron menor respuesta a los efectos estimulantes de la nicotina, que los no fumadores. El efecto antidepresivo puede deberse a su acción sobre el sistema serotoninérgico, y probablemente tenga acción antagonista de los receptores 5Ht2, induciendo aumento de la liberación de dopamina en la corteza cerebral prefrontal (Nomikos y cols., 1994).

Los pacientes con historia de depresión mayor, al suspender el tabaquismo, presentaron síntomas depresivos mayores en número y en intensidad (Covey y cols., 1997). Covey y cols., 1990; Breslau y cols., en 1992, describieron la presencia de síntomas depresivos en la supresión de nicotina y sobre todo en pacientes con historia de trastorno depresivo mayor y de tipo recurrente. El síndrome de supresión a la nicotina, dura de dos a cuatro semanas y en ocasiones hasta diez semanas, requiriendo los pacientes vigilancia médica (Covey y cols., 1997). Fármacos como la fluoxetina, la sertralina, la buspirona y la clonidina son útiles en el tratamiento de síntomas depresivos presentados

*(Dalack y cols., 1995; West y cols., 1991; Glassman y cols., 1984 y 1988). La nicotina tiene efectos directos sobre los receptores nicotínicos e indirectos sobre los neurotransmisores que participan en la depresión, tales como la serotonina, la norepinefrina y la adrenalina, por lo que se ha propuesto que la relación entre dependencia a la nicotina y trastornos depresivos, tiene bases biológicas (Gilbert, D. G.; 1979).*

*Pacientes deprimidos que tienen concentraciones plasmáticas altas de cortisol, tienen respuesta disminuida a la nicotina, por lo que el cortisol y otros glucocorticoides, pueden disminuir los efectos conductuales originados por la nicotina y la unión de los mismos a sus receptores en el sistema nervioso central (Munck y cols, 1984)*

*Los estudios de Carmelley y cols. en 1993, en gemelos con depresión sustentan el origen genético de la depresión.*

## TRASTORNOS PSICOTICOS

### ESQUIZOFRENIA

Varios estudios han demostrado que la prevalencia de tabaquismo en pacientes esquizofrénicos es mayor que en la población normal o en poblaciones con otros trastornos psiquiátricos, por ejemplo, Hughes y cols., en 1986 encontraron que el 88% de pacientes con esquizofrenia eran fumadores y que en el caso de otros trastornos psiquiátricos, la prevalencia fue de 45-70%; en la población general fue del 33%. También observaron que en estos pacientes con esquizofrenia y tabaquismo se asocia el consumo de alcohol y otras drogas llamadas ilícitas. Goff y cols., en 1992, confirmaron estos hechos, mostrando que los pacientes con esquizofrenia fuman tres veces más frecuentemente que la población general. En 1995, Lawrie y cols., estudiaron a un grupo de pacientes psiquiátricos y encontraron que de los que tenían esquizofrenia, el 80% eran fumadores y de los pacientes que tenían trastornos afectivos como el trastorno bipolar y la depresión, el 75% eran fumadores. En los pacientes esquizofrénicos el número de cigarrillos fumados disminuye cuando los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia producen malestar grande, e inversamente, los

*pacientes fuman mayor número de cigarrillos cuando dichos síntomas producen menor malestar. Gilbert y cols. en 1995, observaron que la nicotina en los pacientes esquizofrénicos disminuye el insomnio, disminuye los síntomas negativos como la anhedonia, el aplanamiento afectivo, mejora la atención y los síntomas positivos, además de producir efectos placenteros.*

*La esquizofrenia puede estar asociada a trastornos de personalidad y a su vez con el tabaquismo, reportando los pacientes que el fumar les produce relajación, disminución de la ansiedad y también de los efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos (Glynn y Sussman, 1990).*

*Pritchard W. S. en 1991, propuso que los pacientes psicóticos fuman para aumentar momentáneamente el control de impulsos y mejorar el afecto, así como también la atención, mencionando que la nicotina tiene acción sobre el sistema serotoninérgico cuya alteración es responsable de producir los cambios conductuales que se presentan en la psicosis. Otros autores proponen que algunos mecanismos biológicos pueden*

*explicar la correlación alta entre esquizofrenia y tabaquismo, puesto que es también en el sistema dopaminérgico mesolímbico, donde la nicotina actúa; este sistema está funcionalmente alterado en los trastornos psicóticos como lo es la esquizofrenia y modulando la nicotina, su funcionamiento, lo que explica porqué estos pacientes son grandes fumadores. La nicotina tiene la capacidad de aumentar la frecuencia de disparo de las neuronas dopaminérgicas (Glassman A. H., 1993). En la región mesolímbica y nigroestriatal del sistema nervioso central, las neuronas tienen receptores nicotínicos y la nicotina, aumenta la liberación de dopamina por acción presináptica, lo que induce mejoría de los síntomas negativos, revirtiendo la hipofrontalidad existente en estos pacientes. También puede disminuir la actividad dopaminérgica por la administración crónica de nicotina, desensibilizando a los receptores nicotínicos o por la presencia de tolerancia. La nicotina mejora los síntomas positivos de la esquizofrenia, debidos al aumento de la actividad dopaminérgica por el mecanismo antes descrito (Volkow y cols. 1987; Lapin y cols., 1989; 1990; Grenhoff y cols., 1986). Davis y*



cols., en 1991, postularon que en la esquizofrenia hay exceso de dopamina en el sistema límbico y en el área prefrontal, que es lo que produce los síntomas negativos. Es importante tomar en cuenta la participación del sistema serotoninérgico en la esquizofrenia, Nomikos y cols., en 1994, demostraron que el Amperozide es una droga que bloquea los receptores 5Ht2 y mejora los síntomas de la esquizofrenia, al igual que la Ritanserina y la Clozapina, actuando sobre la neurotransmisión dopaminérgica en la corteza medial prefrontal y que la nicotina tiene efectos similares a esas drogas sobre el sistema serotoninérgico. Otros autores, han descrito que drogas antagonistas de los receptores 5Ht2, aumentan la liberación de dopamina en la corteza prefrontal, mejorando así, los síntomas negativos de la esquizofrenia. De lo anteriormente mencionado se puede deducir que la nicotina y las drogas antagonistas de la serotonina (receptores 5Ht2) tienen efectos similares y pueden también utilizarse en el tratamiento de los síntomas depresivos en el síndrome de supresión nicotínica (Nissell y cols., 1995).

*Los pacientes esquizofrénicos que fuman con mayor frecuencia, son los que tiene asociado otro trastorno psiquiátrico (Hughes y cols., 1986; Lohr y Flynn, 1992).*

*Los efectos secundarios inducidos por drogas antipsicóticas son los efectos extrapiramidales, como la acatisia, el Parkinson y la distonia de torsión, disquinesia tardía (DT), y la somnolencia, que son disminuidos por la administración de nicotina (Glynn y Sussman 1990; Lohr y Flynn, 1992).*

## ENFERMEDAD MENTAL Y CONSUMO DE OTRAS DROGAS

*Se ha observado la asociación entre tabaquismo, depresión mayor y alcoholismo (Glassman y cols., 1990). Otros autores han encontrado la relación estrecha entre alcoholismo, tabaquismo, abuso de otras drogas, trastorno de personalidad antisocial y trastorno bipolar (Regier y cols., 1990; Glassman y cols., 1990). Los estudios de*

*Breslau y cols., en 1995, confirman la asociación entre alcoholismo y dependencia a la nicotina, encontrando en el grupo estudiado por ellos, que no hubo diferencias entre pacientes del sexo masculino y los del sexo femenino. Regier y cols. en 1990, observaron la asociación entre alcoholismo, tabaquismo, trastornos afectivos y trastornos de ansiedad.. En los pacientes fumadores la prevalencia de alcoholismo es alta y este es un factor que juega un papel importante en la asociación con depresión (Di Franza y Guerrera, 1990). Los pacientes alcohólicos son fumadores mas fuertes que los no alcohólicos (Gilbert y Gilbert, 1995).*

*En estudios realizados en 1995 por Breslau y cols., observaron que pacientes con tabaquismo, también tienen dependencia al alcohol y consumen cocaína y Cannabis, existiendo una correlación con los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad. Los estudios efectuados por Breslau y cols., en 1994, mostraron que pacientes dependientes a la nicotina fumaban marihuana en mayor cantidad que los pacientes no dependientes a la nicotina; fumando tabaco en mayor grado los hombres que las mujeres y*

*que los hombres fueron mayores consumidores de otras drogas ilícitas.*

## MATERIAL Y METODO

### a) Diseño

*Estudios de observación transversal.*

### b) Universo y muestra

*Se encuestó a un grupo de pacientes que asisten al servicio de consulta externa del Centro de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, que fueran trabajadores o estudiantes de dicha institución y solicitaran atención médica psiquiátrica. La muestra se seleccionó al azar conforme fueron llegando los pacientes.*

### c) Criterios de selección

*Los criterios de selección de los pacientes fueron:*

- 1. - Que fueran estudiantes o trabajadores de la UNAM*
- 2. - /Que presentaran algún trastorno psiquiátrico*
- 3. - Que el trastorno psiquiátrico no constituyera un estado de emergencia*
- 4. - Que supieran leer y escribir*

#### d) Variables e instrumentos

*Se estudiaron variables de sexo, edad, estado civil, ocupación diagnóstico psiquiátrico, presencia o no de tabaquismo, número de cigarrillos fumados al día en el pasado, intentos de dejar de fumar, causas por las que dejó de fumar, aumento del consumo de cigarrillos ante la presencia de problemas familiares, laborales o escolares, causas por las que fuma, ingestión de bebidas alcohólicas, posibilidad o no de detenerse una vez iniciado el consumo de alcohol, consumo de otras drogas o medicamentos. El instrumento usado fue la encuesta de tabaquismo creada por el Dr. Salin-Pascual. (Anexo 1).*

### *e) Procedimiento*

*Se seleccionaron al azar los pacientes que llegan al servicio de consulta externa del Centro de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM.*

- 1.- El paciente llegó al control de registro, donde se le abrió su expediente médico.*
- 2.- Fue llamado por el médico psiquiatra para recibir consulta se elaboró la historia clínica y, finalmente se le pidió que llenara la encuesta de tabaquismo, que el investigador le proporcionó.*
- 3.- Los encuestadores fueron médicos psiquiatras de dicha institución.*
- 4.- El investigador recibió la encuesta ya terminada del paciente y la turnó al médico psiquiatra a cargo del estudio.*
- 5.- Se concentraron los datos de todos los pacientes en una plantilla diseñada*

*Específicamente.*

*6.- Se dividieron a los paciente en dos grupos: 1°.- Grupo de No Fumadores. 2°.- Grupo de Fumadores*

*7.- Se agruparon los diagnósticos en cuatro categorías:*

*A.- Trastornos Afectivos (T. Depresivo recurrente, T. Depresivo recurrente episodio actual moderado, T. Depresivo recurrente episodio actual leve. Todos estos sin síntomas psicóticos. Distimia..*

*B.- Trastornos de Ansiedad (T. de Ansiedad Generalizada, T. Mixto Ansioso-depresivo, T. de Estrés post traumático y trastorno de adaptación).*

*C.- Trastornos de Personalidad (T. de Inestabilidad emocional de la personalidad, T. Histriónico de la personalidad, T. Dependiente de la personalidad y T. Narcisista de la personalidad).*



D.- Otros trastornos psiquiátricos (Trastornos de la identidad sexual, trastornos de la inclinación sexual, orientación sexual egodistónica, trastorno orgánico de la personalidad)

8.- Los diagnósticos psiquiátricos se obtuvieron siguiendo los lineamientos del libro de Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE10, al terminar de elaborar la historia clínica psiquiátrica.

#### f) Análisis estadístico

Se procedió en primer término a la descripción de variables utilizando medias y desviación estándar para variables continuas y frecuencias y porcentajes para discretas. Como prueba de hipótesis se utilizó la chi cuadrada para contrastes categóricos y análisis de varianza unidireccional para contrastes de medias.

## RESULTADOS

### *a) Datos clínicos y demográficos*

*Se estudiaron un total de 98 pacientes, 39 (39.8%) del sexo masculino y 59 (60.2%) del femenino, con una edad promedio de  $26.7 \pm 8.1$  años de edad (rango 16 a 50 años) y con un promedio de  $14.8 \pm 3.2$  (rango 1 a 23) años de escolaridad.*

*De 98 pacientes estudiados 21 (21.4%) son trabajadores y 77 (78.6%) estudiantes. En cuanto al estado civil, 76 (77.6%) fueron solteros, 18 (18.4%) casados, 4 (4.1%) divorciados y 1 (1.0%) viven en unión libre.*

*Los diagnósticos se agruparon en cuatro grupos: 1°.- Trastornos Afectivos. 2°.- Trastornos de Ansiedad. 3°.- Trastornos de Personalidad y 4°.- Otros trastornos mentales. De los 98 pacientes, 57 (58.2%) se diagnosticaron con trastornos afectivos, 19 (19.4%) con*

trastornos de ansiedad, 20 (20.4%) con trastornos de personalidad y 2(2.0%) con otros trastornos mentales. Con fines de análisis sólo se tomaron en cuenta los tres primeros grupos debido a que el último no tiene sujetos suficientes para ser susceptible de procesamiento.

### B). - Variables relacionadas con el consumo de tabaco

De la población total estudiada, 69 (70.4%) fueron no fumadores y 29 (29.6%) fumadores. Del grupo de fumadores, son del sexo femenino 14 (51.7%) y del sexo masculino 15 (51.7%). La intensidad del consumo fue de  $9.67 \pm 11.8$  (rango 1.0 A 60) cigarrillos por día. La edad promedio de inicio del tabaquismo fue a los  $17.9 \pm 3.78$  (rango 12 a 28) años. Los sujetos que reconocían fumar reportaron un promedio de  $5.41 \pm 7.37$  (rango 1 a 32) intentos de dejar el cigarrillo. Del grupo de pacientes fumadores, 12(41.4%) reportaron que no tienen problemas de salud por el tabaco y 17 (58.6%) afirmaron tenerlos. En cuanto a las posibles repercusiones del fumar sobre la salud de los demás, 16 (55.2%) de los pacientes fumadores afirmaron que no las hay, mientras que 13 (44,8%) pensaron que sí existían.

*Del grupo de pacientes fumadores, 6 (20.6%) dijeron hacerlo por gusto, 10 (34.5%) por ansiedad, 3(10.3%) por costumbre, 2 (6.8%) por imitación y 8(27.5%) no sabían por que fumaban. Del grupo de fumadores 7(24.1%) no fumaron en el pasado y 22(75.9%) sí lo hicieron. Del grupo de fumadores que ingieren bebidas alcohólicas, 5(17.2%) contestaron que no pueden detenerse, 22 (75.9%) sí pueden detenerse y 2(6.9%) no lo saben.*

*En cuanto al consumo de otras drogas entre los consumidores de tabaco , 18 (62.1%) no reportaron consumo, 2(6.9%) fuman marihuana, 1 (3.4%) inhalantes, 2(6.9%) toman antidepresivos, 4(13.8%) ansiolíticos y 2(6.9%) antipsicóticos.*

*c) Comparación de variables del tabaquismo entre diagnósticos y sexo.*

*No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad y la escolaridad entre los grupos diagnósticos.*

En cuanto a la frecuencia de fumadores entre los 3 grupos diagnósticos estudiados, los datos se ilustran en la tabla 1.

Tabla 1. Frecuencia de fumadores entre categorías de diagnóstico

	fumadores	no fumadores
Trastornos afectivos	18 (62.1%)	39 (58.2%)
Trastornos de ansiedad	4 (13.8%)	15 (22.4%)
trastornos de personalidad	7 (24.1%)	13 (19.4%)

$\chi^2$ . No significativa

No se documentaron diferencias entre grupos diagnósticos para las siguientes variables de tabaquismo: Número de cigarrillos, edad de inicio del consumo de cigarrillos, número de veces que intentaron dejar de fumar y número máximo de cigarrillos que llegaron a fumar.

En cuanto al sexo, la única diferencia significativa que se documentó fue que los hombres fumaron significativamente mayor cantidad de cigarrillos que las mujeres ( $10.2 \pm 9.7$  vs  $4.3 \pm 4.6$ ,  $t$  7.3,  $p=0.009$ ). En el resto de las variables no se documentaron diferencias significativas.

## DISCUSION

En el estudio realizado la mayor parte de la población se constituyó por estudiantes (78.6%) y en cuanto a sexo, la mayoría pertenecieron al sexo femenino (60.2%), la mayoría solteros (77.6%). De la población estudiada la mayoría pertenecieron al grupo de no fumadores (70.4%) y es importante hacer notar que el índice de tabaquismo fue bajo, ya que solamente fumaron el 29.6% de la población total analizada.

Hubo una diferencia significativa en cuanto al sexo de los pacientes del grupo de fumadores, ya que encontramos que fuman mayor cantidad de cigarrillos los hombres que las mujeres (10.2 vs 4.3). Los pacientes fumadores no son fumadores fuertes, fumando un promedio de 9.67 cigarrillos por día ( en general, se considera fumadores fuertes a los que fuman 20 o más cigarrillos por día). La mayor parte de los fumadores (58.6%) tienen problemas de salud como son infecciones de las vías respiratorias tales como gripes frecuentes, bronquitis, laringitis, etc. así como dificultad para

respirar al realizar pequeños esfuerzos. También respondieron tener problemas de gastritis y colitis e hiporexia.

La mitad de pacientes fumadores tienen poca noción de la importancia de las repercusiones de su tabaquismo sobre la salud de los que les rodean, ya que 55.5% respondieron negativamente a la pregunta respectiva. En cuanto a como explican su tabaquismo, 34.5% respondieron que lo hacían por disminuir la ansiedad. La mayoría de los fumadores (75.9%), fumaron en el pasado. Encontramos coexistencia de tabaquismo con alcoholismo en la mayoría de ellos y poco consumo de otras drogas como cocaína y marihuana. Es alto el índice de consumo de alcohol en nuestro país y en la población estudiada con un promedio de 26.7% años de edad, todos respondieron que consumen alcohol y 17.2% de ellos no pueden controlar la ingestión de bebidas alcohólicas.

Como hallazgos principales en este estudio fueron el que 29.5% de los enfermos mentales encuestados reportaron consumo de tabaco y que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos de diagnósticos. El diagnóstico principal encontrado tanto en el grupo de fumadores como en el de no



fumadores fué el de Trastornos afectivos. Esto es importante puesto que muestra que la población Universitaria estudiada presenta problemas de tipo afectivo y dentro de ellos la depresión, desde distimia hasta trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado sin síntomas psicóticos, por lo tanto es una población que tiene dificultades en sus estudios, originando desde ausentismo, deserción escolar hasta altos índices de reprobación, sintiéndose inútiles, con baja capacidad intelectual, baja autoestima y en general, incapaces de realizar una carrera universitaria.

Los Trastornos Afectivos, los Trastornos de Ansiedad y los Trastornos de Personalidad son enfermedades que participan importantemente en el desarrollo, mantenimiento y en la supresión del tabaquismo. Algunos autores han mostrado la relación existente entre los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad y el tabaquismo (Breslau y cols., 1991, 1994 y 1995; Hughes y cols., 1986; Pohol y cols., 1992). En cuanto al desarrollo del tabaquismo, otros autores encontraron la coexistencia entre tabaquismo y trastornos afectivos (Glassman y cols., 1990; Kandel y Davis, 1986; Pérez y cols. 1990), observaron que pacientes que en la

adolescencia tuvieron historia de trastornos depresivos se convirtieron en fumadores en la edad adulta. La asociación entre tabaquismo y depresión mayor tiene como base factores genéticos y es posible que un grupo común de genes, predisponga la presencia de trastornos de ansiedad y trastornos afectivos (Kendler y cols., 1993). Breslau y cols. en 1994, mostraron que los adultos jóvenes con personalidad neurótica tienen mayor predisposición a depender de la nicotina y a la presencia de depresión mayor. Los estudios de Anda y cols. en 1990, mostraron que los pacientes deprimidos aprenden rápidamente que el fumar disminuye el afecto hipotímico. Kendler y cols. en 1993, observaron que altos grados de tabaquismo son predictivos de depresión mayor.

Porqué se mantiene la dependencia a la nicotina?. Esta droga disminuye los efectos negativos de tipo depresivo debido a sus efectos reforzadores positivos. El fumar disminuye la ansiedad lo que constituye una motivación importante para el desarrollo y mantenimiento del tabaquismo (Gilbert y Gilbert, 1995; Pritchard W.S. 1991). Pacientes que tienen mayor número de síntomas depresivos son fumadores fuertes (Haines y cols., 1980). Los estudios epidemiológicos

realizados por Glassman y cols, en 1990, así como los de Breslau y cols. en 1991, mostraron que la nicotina parece tener un efecto protector en la depresión. Los efectos conductuales inducidos tanto por la nicotina como por las anfetaminas son sugerentes de que estas drogas aumentan la sensibilidad de neuronas dopaminérgicas mesolímbicas a la liberación de dopamina (Gilbert y Gilbert, 1995). Otros autores propusieron que la nicotina tiene efectos antidepresivos, a partir de estudios electroencefalográficos realizados en pacientes deprimidos, observando que estos pacientes normalizaron las asimetrías características de la depresión cuando fumaron un cigarrillo de nicotina. Mencionando, que este efecto puede deberse a su acción sobre el sistema serotoninérgico probablemente antagonizando a los receptores 5Ht2 e induciendo aumento de liberación de dopamina en la corteza prefrontal (Gilbert y cols., 1994; Nomikos y cols. 1994). En estudios de laboratorio parece que los pacientes deprimidos no fumadores mejoran cuando se tratan con parches transdérmicos de nicotina y en los pacientes deprimidos aumenta mucho el sueño de movimientos oculares rápidos (SMOR), lo que puede explicar la hipersensibilidad colinérgica que se propone en la

depresión ya que en los pacientes deprimidos la nicotina aumenta la liberación de acetilcolina (Salin-Pascual, 1997). La nicotina tiene efectos directos sobre los receptores nicotínicos e indirectos sobre los neurotransmisores que participan en la depresión como son la serotonina, la norepinefrina y la dopamina (Gilbert O.G., 1979).

Otro factor que mantiene la dependencia a la nicotina es el síndrome de supresión que se presenta al suprimir su consumo en forma abrupta, presentándose síntomas depresivos que fueron mayores en número e intensidad en los pacientes con historia de trastorno depresivo mayor y de tipo recurrente (Covey y cols, 1990, 1997; Breslau y cols. 1992). Pacientes fumadores con depresión mayor tienen menos éxito en sus intentos por dejar el tabaco que los fumadores no deprimidos (Breslau y cols., 1991).

Existe asociación entre tabaquismo, depresión mayor y alcoholismo (Glasman y cols., 1990; Breslau y cols. 1995). También se presenta coexistencia entre tabaquismo consumo de otras drogas, trastorno de personalidad antisocial y trastorno bipolar (Regie y cols., 1990; Glassman y cols., 1990) En pacientes fumadores la presencia de alcoholismo es alta y juega

*un papel importante en la asociación con depresión (Dí Franza y Guerrero, 1990). Los alcohólicos son fumadores más fuertes que los no alcohólicos (Gilbert y Gilbert, 1995). Breslay y cols. en 1994 y 1995, encontraron asociación entre tabaquismo, alcoholismo y consumo de marihuana.*

*Los estudios realizados por los autores anteriormente mencionados están de acuerdo con los datos en cuanto a comorbilidad entre enfermedades mentales y tabaquismo encontrados en el estudio que nosotros realizamos en población Universitaria.*

*Es interesante estudiar la comorbilidad entre tabaquismo y enfermedad mental, separando al grupo de estudiantes y al de trabajadores, para observar si existe diferencias significativas.*

*Es importante estudiar las enfermedades mentales y su asociación con el tabaquismo seleccionando a los pacientes por diferentes facultades de la Universidad y observar si por ejemplo, los pacientes de la Facultad de Medicina tienen los mismos trastornos mentales que los pacientes que pertenecen a la Facultad de Filosofía y Letras. También analizar si los estudiantes del nivel pregrado tienen las mismas enfermedades mentales que los de postgrado y si éstos consumen mayor o menor*

*número de cigarrillos.*

*En cuanto a los estudiantes de la carrera de medicina fuman mayor o menor número de cigarrillos los que se encuentran cursando los niveles de materias básicas o los que están en la clínica, en contacto con los pacientes?. Son las mismas enfermedades mentales las que se presenta en cada uno de estos dos grupos de pacientes?*

*Qué enfermedades mentales tienen los pacientes tanto fumadores como no fumadores con deserción escolar?.*

CONCLUSIONES

EL 29.5% DE LOS ENFERMOS MENTALES ESTUDIADOS REPORTARON CONSUMO DE TABACO.

NO SE DOCUMENTARON DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE GRUPOS DE DIAGNOSTICO.

BIBLIOGRAFIA: ENFERMEDAD MENTAL Y  
TABAQUISMO

*Anda, R. F; Williamson, D.F; Escobedo, L.G; Mast, E; Giovino, G.A. and Remington, P.C. Depression and the dynamics of smoking: A national perspective. JAMA 1990; 264:1541-1545.*

*Ashton M, Millman J.E., Telford, R. and Thompson J.W. The effects of caffeine, nitrazepam and cigarette smoking on the contingent negative variation in man. Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol. 1974; 37:59-71.*

*Barkley R.A, Fischer M, Edelbrock C.S, and Smallish L. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 1990, 29 (4): 546-557. In: Connors, C.K, Levin E.D, Sparrow E, Hinton, S. C, Erhardt D, Meck W.H, Rose J.E. and March J. Nicotine and attention in adult attention deficit hiperactivity disorder (ADHD). Psychopharmacology Bulletin 1996, 32,1:67-73.*

*Breslau N.K, Kilbey M.M, Andres KI, P. Nicotine dependence, mayor depression and anxiety in young adults. Arch. Gen. Psychiatry, 1991, 48:1069-74.*



Breslaw, N, Kilbey M.M, Andreski P. Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: findings from an epidemiologic study of young adults. *Am. J. Psychiatry*, 1992, 149:464-9.

Breslaw N, Kilbey M.M; and Andreski P. Vulnerability to psychopathology in nicotine-dependent smokers: an epidemiologic study of young adults. *Am. J. Psychiatry*, 1993, 150: 941-946.

Breslaw N, Kilbey M.M, and Andreski P. DSMIII-R Nicotine dependence in young adults: prevalence, correlates and associated psychiatric disorders. *Addiction*, 1994, 89:743-754.

Breslaw N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behavior Genetics*, 1995, 25, 2:95-101.

Carmelli D, Swan G.E, Robinette D, and Fabsitz P.R. Genetic influence on smoking-study of male twins. *N. Engl. J. Med.* 1992, 327:829-833.

Conners C.K, Levin E.D, Sparrow E. Hinton S:C, Erhardt D, Meck W.H, Rose J.E, and March J. Nicotine and attention in adult attention deficit hiperactivity disorder (ADHD). *Psychopharmacology Bulletin*, 1996, 32 (1): 67-73.

Covey L, Glassman H. and Stetner F. Depression and depressive symptoms in smoking cessation. *Comprehensive Psychiatry* 1990, 31 (4): 350-354.

Covey, L.S, Glassman A.H, and Stetner F. Major depression following smoking cessation. *Am. J. Psychiatry* 1997, 154,2:263-265.

Dalack G. W, Glassman A.H, Rivelli S, Covey L, and Stetner F.S. Mood, major depression and fluoxetine response in cigarette smokers. *AM. J. Psychiatry*, 1995, 152, 3:398-403.

Davis K. L, Kahn R.S, Ko G, Davidson M. Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. *Am. J. Psychiatry*, 1991, 148:1474-1486.

Dí Franza J.K, Guerrera M. P. Alcoholism and smoking. *J. Stud. Alcohol*, 1990, 51:130-135.

Eysneck H.J. Personality and the maintenance of the smoking habit. In Dunn, W.C (ed) *Smoking Behavior. Motives and Incentives*, V.H. Winston, Washington, D.C. pp. 113-146. IN: Gilbert D.G, and Gilbert B.D. *Personality, psychopathology and nicotine responses as mediators of the genetics of smoking behavior genetics*. 1995, 25 (2):133-147.

Gilbert D.G. Paradoxical tranquilizing and emotion-reducing effects of nicotine. *Psychol. Bull.* 1979, 86:643-661. In: Son B.G, Markovitz, J.H, Winders S. and Smith D. Smoking, nicotine dependence and depressive symptoms in the Cardia study. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145,2:110-116.

Gilbert D.G. Effects of smoking and nicotine on E.E.G. lateralization as function of personality. *Personal Indiv. Diff.* 1987,8:933-941. In: Gilbert D.G, and Gilbert B.O. Personality, psychopathology and nicotine response as mediators of the genetics of smoking. *Behavior Genetics*, 1995, 25,2:133-147.

Gilbert D.G, Melliska C.J, Welser R, and Estes S.G. Depression, personality and gender influence E.E.G., cortisol, beta-endorphin, heart rate and subjective responses to smoking multiple cigarettes. *Person. Indiv. Diff.* 1994, 16:247-264. In: Gilbert D.G, and Gilbert B.D. Personality, psychopathology and nicotine responses as mediators of the genetics of smoking. *Behavior Genetics*, 1995, 25,2:133-145.

Gilbert D. G, and Gilbert B.O. Personality, psychopathology and nicotine response as mediators

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

*of the genetics of smoking. Behavior Genetics, 1995, 25,2: 133-147.*

*Glassman A.H, Jackson W.K, Walsh, B. T, Roose S.P, and Rosenfeld, B. Cigarette craving, smoking withdrawal and clonidine. Science, 1984, 226: 864-867.*

*Glassman A.H, Stetner F, Walsh B.T, Raizman P.S, Fleiss J.L, Cooper T.B. and Covey L.S. Heavy smokers, smoking cessation and clonidine: Results of a double-blind randomized trial. JAMA, 1988, 259,(19): 2863-2866.*

*Glassman A.H, Helzer J.E, Covey L.S, Cottler L.B, Stetner F, Tipa J.E, and Johnson L. JAMA, 1990, 264:1546-1549.*

*Glassman A.H. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. Am. J. Psychiatry, 1993, 150(4): 546-553.*

*Glynn S.H, and Sussman, S. Why patients smoke (letter). Hosp. Commun. Psychiat. 1990, 41:1027. In: Gilbert, D.G, and Gilbert B.O. Personality, psychopathology and nicotine response as mediators of the genetics of smoking. Behavior Genetics, 1995,25 (2): 133-147.*

Goff D.C, Henderson D.C. and Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia: Relationship to psychopathology and medication side effects. *Am. J. Psychiatry*, 1992, 149: 1189-1194.

Grenhoff J.G; Aston-Jones and Svensson T.H. Nicotine effects on the firing pattern of midbrain dopamine neurons. *Acta Physiol. Scand.* 1986, 128: 351-358.

Haines A.P, Imeson J.D, Meade T.W. *Br. Med. J.* 1980,280:1422. IN : Pérez-Stable E.J; Marin G. Marin B.V and Katz M. H. Depressive symptoms and cigarette smoking among Latinos in San Francisco. *Am. J. Public Health* 1990,80:1500-15002.

Hughes J.R, Hatsukami J. E, Mitchel and Dahlgren. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Amer. J. Psychiatry* 1986, 143: 993-997.

Kandel D. B, and Davis M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1986, 43:255-262.

Kendler K.S, Neale M.C, Kessler R.C, Heath, A.C. and Eaves, I.J. Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes (partly) different environments? *Arch. Gen. Psychiat.* 1992, 49:716-722.

Kendler K. S, Neale M.C, Mc. Lean C.J, Heath A.C, Eaves I.J. and Kessler R.C. Smoking and major depression: a causal analysis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1993, 50: 36-43.

Lapin E.P, Mager H.S, Serhen H. and Laytha S. Action of nicotine dopamine and attenuation with repeated administration. *Eur. J. Pharmacol.* 1989, 160: 53-59.

Lawrie S.M, Buckley L.A, Ulyat B. C, Taylor K.C, McLean K, Sherhan J.T, Butters D.O, Nikodem M.J. Cigarette smoking in psychiatric patients. *J. Royal Soc. Medic.* 1995, 88/1(59).

Lohr J.B, and Flynn K. Smoking and schizophrenia. *Schizophrenia Res.* 1992, 8:93-102.  
 Mc. Crae R.R, Costa P.T. and Bosse R. Anxiety, extraversion and smoking. *Br. J. Soc. Clin. Psychol.* 1978, 17:269-273.

Munck A. Guyre P.M. and Holbrook N.K. Physiological functions of glucocorticoids in stress and their relation to pharmacological actions. *Endocrine Rev.* 1984, 5:25-44.

Nissell M, Nomikos G.G. and Svenson T.H. Nicotine dependence midbrain dopamine systems and

*psychiatric disorders. Pharmacology and Toxicology, 1995, 76:157-162.*

*Nomikos G.G, Iurlo J.L, Anderson K, Kimura K and Svensson T.H. Systemic administration of Amperozide, a new atypical antipsychotic drugs preferentially increases dopamine releases in the rat medial prefrontal cortex. Psychopharmacology, 1994, 115:147-156.*

*Parke K.R. Smoking and the Eysenck personality dimensions: an interactive model. Psychol. Med. 1984, 14:825-834.*

*Pomerleau O.F, Collins A.C, Shiffman S, and Pomerleau C.S. Why some people smoke and others do not: New perspectives. J. Consult. Clin. Psychol, 1993, 61: 723-731.*

*Pérez-Stable E.J. Marin G, Main B. V, and Katz, M. H. Depressive symptoms and cigarette smoking among Latinos in San Francisco. Am. J. Public Health, 1990, 80:1500-1502.*

*Pohol R. Yereagani V.K, Balon R, Lycaky H. and McBride R. Smoking in patients with panic disorders. Psychiat. Res. 1992, 43: 253-262.*

*Pritchard W.S. The link between smoking and P: A seotoninergic hypothesis. Personal Individ. Diff.*

1991, 12; 1187-1204. In: Gilbert D.G. and Gilbert B.O. *Personality, psychopathology, and nicotine response as mediators of genetics of smoking. Behavior Genetics, 1995, 25, (2):133-145.*

Pritchard W.S. and Kay D.L.S. *Personality and smoking motivation of U.S. smokers as measured by the state-trait personality inventory, the Eysenck personality questionnaire and Spilberg's smoking motivation questionnaire. Personal Individ. Diff. 1993, 14: 629-637. IN: Gilbert D.G. and Gilbert B.O.*

*Personality, psychopathology and nicotine response as mediators of the genetics of smoking, Behavior Genetics 1995, 25 (2): 133-147.*

Regier D.A, Farmer M. E, Rae D.S, Cocke B.Z; Keith S.; Judd L.L. and Goodwin F.K. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. JAMA, 1990, 264 (9): 2511-2518.*

Salin-Pascual R.J; De la Fuente J.R; Galicia-Polo and Drucker-Colin R. *Effects of transdermal nicotine on mood and sleep in nonsmoking major depressed patients. Psychopharm. 1995, 121:476-479.*

Salin-Pascual R.J. *Bases Bioquímicas y Farmacológicas de la Neuropsiquiatría. Mc. Graw-*



*Hill. Interamericana 1997 II.14: Neurobiología de las Adicciones, pp.200-204.*

*Shiffman S. Relapse following smoking cessation: a situational analysis. J. Consult. Clin. Psychol, 1982, 50: 71-86. In: Son B.K, Markovitz H, Winder S. and Smith D. Smoking, nicotine dependence and depressive symptoms in the CARDIA study, effects of educational status. Amer. J. of Epidemiol. 1995, 145, 2: 110-116.*

*Sieber M. F. and Angst J. Alcohol, tobacco and Cannabis: 12 year longitudinal associations with antecedent social context and personality. Drug Alcohol Depend. 1990, 25: 281-292.*

*Son B. K, Markovitz S.W. and Smith D. Smoking, nicotine dependence and depressive symptoms in the CARDIA study effects of educational status. Amer. J. Epidemiol. 1997, 145, 2:110-116.*

*Volkow N.D, Wolf A.P, Van Gelder P. Brodie, J. D. Overall J.E, Cancro R. and Gómez Mont F. Phenomenological correlates of metabolic activity in 18 patients with chronic Schizophrenia. Am. J. Psychiatry, 1987, 144, 151-158.*

*West R. Hakek P. and McNeill A. Effect of Buspirone on cigarette withdrawal symptoms and*

*shor-term abstinence rates in a smokers clinic.*

*Psychopharmacology, 1991, 104:91-96.*

ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

TRABAJADOR \_\_\_\_\_

ENCUESTA SOBRE TABAQUISMO Y SALUD MENTAL

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ (años de estudio)  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Fecha de la encuesta: \_\_\_\_\_ Encuestador: \_\_\_\_\_

1. Motivo de la consulta actual (Si es posible impresión diagnóstica)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. El paciente fuma actualmente: Si (pase a la siguiente pregunta)  
No (pase a la pregunta 10)
3. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? \_\_\_\_\_
4. ¿Desde cuando fuma? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuántas veces a tratado de dejar el cigarrillo? \_\_\_\_\_
6. ¿Ha notado si aumenta su consumo de cigarrillos cuando existen problemas en su medio ambiente familiar, laboral, escolar? (Poner en cuales de los enumerados anteriormente)
7. ¿Ha notado efectos dañinos del tabaco sobre su salud y cuáles son? \_\_\_\_\_
8. ¿Piensa que el que Usted fume, pueda tener repercusiones en las gentes que le rodean?
9. ¿Cuál es su explicación del que Usted fume? \_\_\_\_\_
10. ¿Ha fumado en el pasado? Si (Siga a la pregunta 11) No (Pase a la pregunta 15)
11. ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día? \_\_\_\_\_
12. ¿Desde cuando fumaba? \_\_\_\_\_
13. ¿Cuántas veces dejó de fumar en el pasado? \_\_\_\_\_
14. ¿Cuál fue la razón por la cual dejó de fumar? \_\_\_\_\_
15. ¿Con que frecuencia ingiere bebidas que contienen alcohol? \_\_\_\_\_
16. ¿Una vez que inicia el consumo de bebidas alcohólicas puede detenerse? \_\_\_\_\_
17. Observaciones del encuestador respecto al consumo de bebidas alcohólicas del paciente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
18. ¿Que otra droga o medicamento usa el paciente?: \_\_\_\_\_
19. Observaciones del encuestador respecto al consumo de otras drogas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
20. ¿El encuestador fuma o consume algún tipo de drogas? Explique al respecto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_