

Asociación entre trastornos mentales comunes y consumo diario de cigarrillo en Bucaramanga, Colombia

Association between common mental disorders and daily cigarette smoking in Bucaramanga, Colombia

ADALBERTO CAMPO-ARIAS¹, GERMAN EDUARDO RUEDA-JAIMES², JAIDER ALFONSO BARROS-BERMÚDEZ², LUIS ALFONSO DÍAZ-MARTÍNEZ³
Forma de citar: Campo- Arias A, Rueda-Jaimes GE, Barros-Bermúdez JA, Díaz-Martínez LA. Asociación entre trastornos mentales comunes y consumo diario de cigarrillo en Bucaramanga, Colombia. Rev CES Med; 2008; 22 (1): 9-16

RESUMEN ■

A*ntecedentes:* Varios estudios muestran que el consumo de cigarrillo está asociado a la presencia de trastornos mentales comunes (trastornos depresivos y de ansiedad), cuando estos últimos se investigan con escalas como el Cuestionario General de Salud (GHQ-12). En Bucaramanga, Colombia, no se observa asociación entre consumo de cigarrillo y trastorno depresivo mayor diagnosticado con una entrevista estructurada. No obstante, la asociación entre consumo de cigarrillo y trastornos mentales comunes no se ha investigado en una muestra probabilística de adultos de la población general.

Objetivo: Determinar la asociación entre trastornos mentales comunes y consumo diario de cigarrillo en adultos de Bucaramanga, Colombia.

¹ Médico. Profesor asociado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Bogotá, Colombia. Grupo de Investigación del Comportamiento Humano, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano. E-mail: campoarias@comportamientohumano.org

² Médico. Profesor asociado, Grupo de Neuropsiquiatría UNAB, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

³ MSc. Profesor titular, Grupo de Neuropsiquiatría UNAB, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

Recibido: 8 noviembre / 2007. Revisado: 12 febrero / 2008. Aceptado: 13 marzo / 2008

Método: Se diseñó un estudio poblacional transversal para estudiar una muestra probabilística de personas entre 18 y 65 años. Los trastornos mentales comunes durante el último mes se investigaron con el GHQ-12. Se consideraron fumadores a quienes informaron consumo diario de cigarrillo durante el último mes. Mediante regresión logística se controlaron variables de confusión.

Resultados: Participaron 2.496 personas con edad promedio de 38,0 años (DE=13,5), 69,7 % mujeres y escolaridad promedio de 9,2 años (DE = 4,1). La prevalencia de trastornos mentales comunes fue 13,8 % (IC 95 % 12,4-15,2); y de consumo diario de cigarrillo, 10,0 % (IC 95 % 8,8-11,2). Los trastornos mentales comunes se relacionaron con el consumo diario de cigarrillo luego de controlar por edad, sexo, escolaridad, estado marital, consumo de café y consumo abusivo de alcohol (OR = 2,4; IC 95 % 1,7-3,5).

Conclusiones: Los trastornos mentales comunes están relacionados con consumo diario de cigarrillo. El fumar debe investigarse en personas con trastornos mentales comunes, y viceversa.

PALABRAS CLAVE

Trastornos mentales

Tabaquismo

Población general

Adultos

Salud pública

SUMMARY

Several studies report the association between daily cigarette smoking and common mental disorders (anxiety and depressive disorders), when diagnosis is done using scales as General Health Questionnaire (GHQ-12). In Bucaramanga, Colombia, there is not relationship between smoking and mayor depressive disorder diagnosed by clinical interview. However, the association between daily

cigarette smoking and common mental disorders has not been studied yet in a probabilistic sample of adults from the general population.

Objective: To establish the association between common mental disorders and daily cigarette smoking among adults living at Bucaramanga, Colombia.

Method: A cross-sectional population study was designed in order to evaluate a probabilistic sample of 18- and 65-years old sample. The GHQ-12 was used to identify common mental disorders. Smoker denomination was given to persons who smoke everyday within the last-month.

Results: A total of 2,496 adults participated in this research. The mean age was 34.5 years (SD=12.5), 69.7 % were females, and the mean scholarship was 9.2 years (SD=4.1). The prevalence of common mental disorders was 13.8 % (95%CI 12.4-15.2), and the daily cigarette smoking was 10.0 % (95%CI 8.8-11.2). Common mental disorders were associated with the daily cigarette smoking, after controlling age, sex, scholarship, marital status, coffee drinking and abusive alcohol consumption (OR=2.4; 95% CI 1.7-3.5).

Conclusions: Mental common disorders are related to daily cigarette smoking. Cigarette smoking should be investigated in people with common mental disorders, and viceversa.

KEY WORDS

Mental disorders

Smoking

General population

Adults

Public health

INTRODUCCIÓN

El consumo diario de cigarrillo se asocia significativamente con morbilidad médica en

todas las poblaciones (1). En los Estados Unidos de América, este consumo representa el 20 % de la mortalidad anual prevenible (2), y explica un número importante de años perdidos de vida saludable, incluso en Colombia (3). No obstante, en Bucaramanga (Colombia) aproximadamente el 4,0 % de los estudiantes de básica secundaria (4) y el 8,0 % de los estudiantes de media vocacional son fumadores diarios (5), y el 18,0 % de los adultos ha fumado al menos un cigarrillo durante el último mes (6).

Varios estudios muestran que el consumo de cigarrillo está asociado a la presencia de trastornos mentales comunes (trastornos depresivos y de ansiedad), cuando estos últimos se investigan con escalas como el Cuestionario General de Salud (GHQ-12) (6,7). En Estados Unidos, Ismail et al. observaron que los fumadores tenían un 50 % más posibilidad de informar un trastorno mental común que los no fumadores (7). En Bucaramanga, Colombia, Campo-Arias et al. informaron que las personas que fumaron algún día durante el último mes presentaban 67 % más síntomas depresivos con importancia clínica que las personas que negaron fumar (6). No obstante, en estudios posteriores no se encontró asociación entre consumo de cigarrillo y trastorno depresivo mayor diagnosticado con una entrevista estructurada (8,9).

Hasta la fecha en Bucaramanga, no se había estudiado la asociación de trastornos mentales comunes en personas de la población general con consumo diario de cigarrillo durante el último mes. Algunas investigaciones en otros países documentan una relación estadísticamente importante entre trastornos mentales comunes (trastornos de ansiedad y depresivos) y el consumo diario de cigarrillo (10).

Es de capital importancia conocer la asociación entre trastornos mentales comunes y consumo diario de cigarrillo por varias razones. Primera, las personas con trastornos mentales comunes

y que fuman diariamente pueden presentar exacerbaciones de los síntomas ansiosos y depresivos durante los períodos de abstinencia del uso de tabaco (11). La segunda, las personas fumadoras con trastornos mentales comunes tienen mayor dificultad para abandonar el consumo de cigarrillo (12). Lamentablemente, la evaluación del consumo de cigarrillo en pacientes con trastornos mentales y en la población general se omite con frecuencia en los servicios de salud (13).

En el estudio en Bucaramanga, antes citado, se informó que las personas que habían fumado algún día durante el último mes manifestaban mayor frecuencia de síntomas depresivos con importancia clínica que las no fumadoras; sin embargo, el informe de síntomas ansiosos no guardó relación alguna con este consumo. No obstante, esta investigación se realizó con una muestra no probabilística de la población general, se utilizó la escala de Zung para ansiedad que no cuenta con una validación formal en población colombiana y no investigaba consumo diario de cigarrillo, sino algún consumo durante el mes (6). Los fumadores diarios y los fumadores ocasionales durante el último mes son grupos sustancialmente diferentes. El presente informe es parte de una investigación realizada para determinar la prevalencia de consumo diario de cigarrillo y de dependencia a la nicotina en adultos residentes en el área urbana de Bucaramanga. El objetivo de este análisis fue establecer la asociación de trastornos mentales comunes y el consumo diario de cigarrillo en una muestra probabilística de adultos residentes en el área urbana de Bucaramanga, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

El presente es un estudio analítico transversal con base poblacional que estudió la asociación entre trastornos mentales comunes (trastornos de

ansiedad y depresivos) y consumo diario de cigarrillo en adultos no institucionalizados entre 18 y 65 años de Bucaramanga durante el año 2005.

Consideraciones éticas

El proyecto de esta investigación lo revisó y aprobó el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Todos los participantes dieron un consentimiento informado escrito después de recibir una explicación y comprender los objetivos de esta investigación, de la participación completamente voluntaria y de la garantía de confidencialidad, según las normas colombianas vigentes. La participación representaba un riesgo mínimo para las personas (14).

Población y muestreo

Se llevó a cabo un muestreo probabilístico multietápico. Para este proceso se tomaron en forma aleatoria un total de 3.670 predios de los 64.206 registrados en el Plan de Ordenamiento Territorial de Bucaramanga. Si existía más de una residencia en el predio se tomaba, igualmente, al azar una vivienda del predio. Finalmente, en cada casa participante se escogía una persona por azar, después de hacer un listado de las personas adultas entre 18 y 65 años residentes en el hogar. Las selecciones por azar se hacían con listas de números aleatorios generadas por Epi-Info 6.04 (15). Se excluyeron las personas con discapacidades físicas o cognitivas que limitaran diligenciar la parte autoadministrada de la investigación y quienes se negaron a participar.

Instrumentos

La investigación constaba de un formulario de dos partes; la primera parte fue aplicada por un encuestador entrenado para este fin y abarcaba las características sociodemográficas, el consumo diario de café y el consumo de cigarrillo. La segunda parte estaba formada por escalas autoadministradas: el Cuestionario General de

Salud (GHQ-12, de la sigla en inglés) para identificar los trastornos mentales comunes, es decir, la presencia de síntomas de ansiedad y síntomas depresivos con importancia clínica (16) y el cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol (17).

Cuestionario General de Salud-12

El GHQ-12 es una escala autoaplicada que se compone de doce items de respuesta tipo ordinal y ha sido validada en diferentes países por la Organización Mundial de la Salud. Se usó el punto de corte de once como lo sugiere la validación para América Latina (16) y se calculó el coeficiente de alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna (18).

Cuestionario CAGE

El CAGE es un cuestionario autoadministrado compuesto por cuatro preguntas de respuesta dicotómica. El nombre es un acrónimo del inglés de hace alusión a la crítica social (C), los sentimientos de culpa (A), ingesta matutina (G) y la necesidad percibida de abandonar el consumo de alcohol (E) (16). Este cuestionario se validó en población general de Bucaramanga (19). No obstante, la consistencia interna se determinó con el coeficiente de la fórmula 20 de Kuder-Richardson para conocer el comportamiento psicométrico de esta escala en la población que participó (20).

Análisis estadístico

Los datos se analizaron con el paquete estadístico STATA para Windows 9,0 (21). Para el modelo descriptivo se calcularon las distribuciones de frecuencia de las variables categóricas de interés y se calcularon los intervalos de confianza del 95% (IC95%) para la prevalencia de trastornos mentales comunes y consumo diario de cigarrillo. Para las variables continuas se hallaron promedios y desviación estándar (DE).

Para el análisis multivariado se tomó como variable dependiente el consumo diario de cigarrillo y como variable independiente principal la presencia de trastornos mentales comunes. Todas las posibles variables de confusión se tomaron como covariables. Para ello se siguieron las recomendaciones de Greenland, de tal forma que se incluyeron como covariables sólo aquellas que mostraron una asociación con valor de probabilidad mayor de 0,20 tanto para trastornos mentales comunes como para consumo diario de cigarrillo y que durante el proceso de modelamiento tuvieran valores de probabilidad menores a 0,05 o produjeron cambios mayores al 10 % en la asociación estudiada (22). Dado el proceso multietápico de la selección de la muestra, se corrigieron los estimados del modelo multivariado con el módulo "Svy" para muestras complejas (21). Al modelo final se le estimó la bondad del ajuste del Hosmer-Lemeshow (23).

RESULTADOS

De los 3.670 predios seleccionados al azar, 3.010 correspondían a viviendas habitadas; los 660 predios restantes eran predios no habitados (negocios, terrenos baldíos y otros inmuebles). Se negaron a participar 424 personas (14,1 %), en 63 viviendas sólo residían personas mayores de 65 años (2,1 %) y 27 personas elegidas por azar eran personas iletradas (0,9 %). Finalmente, se entrevistaron 2.496 personas.

La edad promedio fue 38,0 años (DE=13,5) y la escolaridad promedio fue 9,2 años (DE=4,1). Informaron consumo diario de cafeína 1.122 entrevistados (45,0 %); consumo abusivo de alcohol, 101 (4,0 %); trastornos mentales comunes, 345 (13,8 %; IC95% 12,4-15,2); y consumo de diario de cigarrillo durante el último mes, 250 personas (10,0 %; IC95% 8,8-11,2). El coeficiente de alfa de Cronbach para el GHC-12 fue 0,779 y el coeficiente de la fórmula 20 de Kuder-Richardson para el cuestionario CAGE fue 0,789.

Los trastornos mentales comunes mostraron una asociación significativa con el consumo diario de cigarrillo (OR=2,4; IC95% 1,7-3,5; p<0,001), aún después de controlar por edad, sexo, escolaridad, estado marital, consumo de café y consumo abusivo de alcohol. Este modelo ajustaba adecuadamente ($X^2=1.062,3$; p=0,535).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se observa que las personas con trastornos mentales comunes consumen diariamente cigarrillo por lo menos dos veces más que aquellas personas sin estos trastornos, después de controlar por variables confusoras.

La asociación entre trastornos mentales comunes, identificados con el GHQ, y consumo diario de cigarrillo ha sido poco explorada en estudios poblacionales. Únicamente, Ismail et al. observaron, en una investigación longitudinal inglesa realizada con personas entre 16 y 75 años de edad, que las personas que al ingresar en el estudio tenía un trastorno mental común tenían 1,5 veces más la posibilidad de ser fumadoras que aquellas personas que no lo presentaban. Igualmente, hallaron que las personas con un trastorno mental común mostraban un 30 % más de probabilidad de incrementar el consumo de cigarrillo durante año previo (7).

Los estudios con población general en los que se evaluaron trastornos mentales comunes mediante entrevistas muestran datos discordantes. Se observa una asociación significativa entre trastorno depresivo mayor y consumo diario de cigarrillo (12,24). No obstante, la relación entre trastorno de ansiedad y consumo diario de cigarrillo es más discreta (12,24). Las diferencias observadas se podrían explicar por el hecho que el consumo diario de cigarrillo es un problema asociado con múltiples factores constitucionales y medioambientales (25). Estos factores se relacionan, igualmente, con la

presencia de trastornos mentales comunes (26). Tanto los trastornos mentales comunes como el consumo de cigarrillo se asocian a un incremento significativo del riesgo suicida (27,28). Las diferencias en la fortaleza de las asociaciones con trastornos mentales comunes particulares pueden explicadas parcialmente por los efectos farmacológicos de la nicotina. Esta sustancia tiene probados efectos antidepresivos en personas con o sin dependencia a la nicotina; pero sólo efectos ansiolíticos en personas fumadoras con dependencia a la nicotina (29).

La discrepancia observada en Bucaramanga con el uso de escalas y el uso de entrevista clínica para identificar trastornos depresivos sugiere que se hace alusión a dos poblaciones distintas. Las escalas o cuestionarios, como el GHQ-12, identifican síntomas depresivos con importancia clínica y estos síntomas se pueden encontrar varios trastornos mentales. El trastorno depresivo mayor es el trastorno depresivo más importante desde la perspectiva clínica; sin embargo, los síntomas depresivos con importancia clínica se pueden observar en personas con otros trastornos depresivos, como el trastorno distímico, en trastornos psicótico y en trastornos de adaptación, entre otros (30).

Asimismo, los resultados de este estudio sugieren la necesidad de la evaluación cuidadosa de trastornos mentales comunes en pacientes fumadores en servicios de medicina general y especializada no psiquiátrica, ambulatorios y hospitalizados. Asimismo, la pertinencia de la indagación de la condición de fumador en personas que consultan por trastornos mentales comunes en la consulta psiquiátrica y no psiquiátrica (31). Los médicos no psiquiatras con frecuencia limitan el examen mental a la valoración del estado de conciencia y la orientación, pasan por alto la evaluación del estado emocional de los pacientes fumadores y, en consecuencia, no identifican estos trastornos mentales en práctica clínica diaria (32,33). Los médicos psiquiatras omiten por lo general

preguntar por el consumo de cigarrillo y la presencia de síntomas y enfermedades asociadas o no con el consumo de cigarrillo (34).

Este estudio corrobora la asociación entre síntomas emocionales y el consumo diario de cigarrillo en una muestra poblacional probabilística. Sin embargo, la evaluación del consumo abusivo de alcohol y de trastornos mentales comunes mediante el uso de escala puede limitar la validez del diagnóstico. Asimismo, es posible que a pesar del muestreo probabilístico el grupo femenino estuviera sobre representado y pudiera afectar, fortalecer, la asociación. Y finalmente, el diseño transversal no permite establecer la dirección de causalidad.

CONCLUSIONES

Se concluye que los trastornos mentales comunes son por lo menos dos veces más frecuentes en fumadores diarios que en los no fumadores. El consumo de cigarrillo debe investigarse en personas con trastornos mentales comunes y personas con consumo diario de cigarrillo es necesario indagar la presencia de trastornos mentales comunes.

CONFLICTO

Ningún conflicto de intereses que declarar. Este trabajo lo financió el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (Colciencias) y la Dirección de Investigaciones de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (Código 12410416422 y contrato RC 401-2004).

REFERENCIAS

1. Thun MJ, Apicella LF, Henley SJ. Smoking vs others risk factors as the cause of smoking-attributable deaths. JAMA. 2000; 284: 706-712.

2. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004; 291: 1238-1245.
3. Pérez N, Weisner C. Años de vida saludable perdidos por muerte prematura e incapacidad asociadas al consumo de cigarrillo en Colombia. *Rev Colomb Cancerol*. 2004; 8: 21-27.
4. Martínez JA, Amaya W, Campillo HA, Campo A, Díaz LA. Factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en adolescentes estudiantes de básica secundaria de Bucaramanga, Colombia. *Biomédica*. 2005; 25: 518-528.
5. Martínez-Mantilla JA, Amaya-Naranjo W, Campillo HA, Díaz-Martínez LA, Campo-Arias A. Daily cigarette smoking among Colombian high school students: gender related psychosocial factors (Enviado para publicación).
6. Campo-Arias A, Díaz LA, Rueda GE. Anxiety and depressive symptoms among smokers: a population study. *Medunab*. 2004; 7: 4-8.
7. Ismail K, Sloggett A, De Stavola B. Do common mental disorders increase cigarette smoking? Results from five waves of a population-based panel cohort study. *Am J Epidemiol*. 2000; 152: 651-657.
8. Caicedo CE, Gómez AI, Ávila LH, Campo-Arias A, Barros-Bermúdez JA, Pinzón-Amado A. Consumo de cigarrillo en pacientes hospitalizados de un hospital psiquiátrico de Bucaramanga, Colombia: un estudio transversal. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005; 34: 178-189.
9. Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Rueda-Sánchez, Farelo-Palacín D, Diaz FJ, et al. Smoking is associated with schizophrenia, but not with mood disorders, within in a population with low smoking rates: A matched case-control study in Bucaramanga, Colombia. *Schizophr Res*. 2006; 83: 269-276.
10. Rojas G, Gaete J, González I, Ortega M, Figueroa A, Fritsch R et al. Tabaquismo y salud mental. *Rev Med Chile*. 2003; 131: 873-880.
11. Hughes JR, Gust SW, Skoog K, Keenan RM, Fenwick JW. Symptoms of tobacco withdrawal. A replication and extension. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48: 52-59.
12. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness. A population-based prevalence study. *JAMA*. 2000; 284: 2606-2610.
13. Splanger JG, George G, Foley KL, Crandall SJ. Tobacco intervention training. Current effort and gaps in US medical schools. *JAMA*. 2002; 288: 1102-1109.
14. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, 1993.
15. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Burton AH, Brendel KA, Smith DC, et al. Epi Info 6.04c. A word processing, database, and statistic program for public health. Geneva: Center for Disease Control and Prevention (Atlanta, USA), and World Health Organization, 1997.
16. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two version of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 1997; 27: 191-197.
17. Ewing JA. Detecting alcoholism –The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252: 1905-1907.

18. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*. 1951; 16: 297-334.
19. Herrán OF, Ardila MF. Validez interna y reproducibilidad de la prueba de CAGE en Bucaramanga, Colombia. *Biomédica*. 2005; 25: 231-241.
20. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*. 1937; 2: 151-160.
21. STATA 9.0 for windows. College Station: StataCorp LP, 2005.
22. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health*. 1989; 79: 340-349.
23. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2nd edition. New York: John Wiley & Sons Inc, 2000.
24. Black DW, Zimmerman M, Coryell WH. Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. *Ann Clin Psychiatry*. 1999; 11: 129-136.
25. Kendler KS, Thornton LM, Pedersen NL. Tobacco consumption in Swedish twins reared apart and reared together. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57: 886-892.
26. Fergusson DM, Goodwin RD, Horwood LJ. Major depression and cigarette smoking: results of a 21-year longitudinal study. *Psychol Med*. 2003; 33: 1357-1367.
27. O'Loughlin S, Sherwood J. A 20-year review of trends in deliberate self-harm in a British town, 1981-2000. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40: 446-453.
28. Breslau N, Schultz LR, Johnson EO, Peterson EL, Davis GC. Smoking and risk of suicidal behavior. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 328-334.
29. Picciotto MR, Brunzell DH, Caldarone BJ. Effect of nicotine and nicotinic receptors on anxiety and depression. *Neuroreport*. 2002; 13: 1097-1116.
30. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR. Barcelona: Masson, 2000.
31. Campo A. ¿Cómo ayudar a los pacientes a dejar de fumar? *Rev Invest Educ Enferm*. 2005; 23 (2): 96-103.
32. Pérez-Stable EJ, Miranda J, Muñoz RF, Ying YW. Depression in medical outpatients. Underrecognition and misdiagnosis. *Arch Intern Med*. 1990; 150: 1083-1088.
33. Medow MA, Borowsky SJ, Dysken S, Hillson SD, Woods S, Wilt TJ. Internal medical residents' ability to diagnose and characterize major depression. *West J Med*. 1999; 170: 35-40.
34. Hemelhoch S, Daumit G. To whom do psychiatrists offer smoking cessation counseling? *Am J Psychiatry*. 2003; 160: 2228-2230.

