

Tabaquismo y salud mental

Graciela Rojas C¹, Jorge Gaete O¹, Isabel González R¹,
Marcela Ortega A², Alicia Figueroa M¹, Rosemarie Fritsch
M³, Ricardo Araya B^{1,4}.

Tobacco smoking and mental health

Background: Smoking continues to be one of the most important health burdens worldwide. **Aim:** To describe smoking habits and associated risk factors in the population of Santiago, Chile. **Material and methods:** A cross sectional study of a representative sample of the population, from 16 to 64 years old, residents of Santiago, Chile (total population: 3,237,286). A structured interview that included questions about use of tobacco, the CIS-R interviews, used for common mental disorders, were applied. **Results:** From the sample of 4,693 households, 3,870 people were interviewed (52.2% women, 47.8% men) and 10% refused. Forty percent of the population currently smoked (52.5% men, 47.8% women). «Being a current smoker» was associated with being younger than 55, male sex, and having a common mental disorder. **Discussion:** Smoking is highly prevalent in Chile, as compared with developed countries and with some developing countries. Gender differences in use of tobacco have decreased. A higher risk of smoking for people with mental disorders is confirmed (Rev Méd Chile 2003; 131: 873-80).

(Key Words: Mental disorders; mental health; Smoking; Tobacco use disorder)

Recibido el 16 de septiembre, 2002. Aceptado en versión corregida el 4 de marzo, 2003.
Proyecto financiado por la Comunidad Europea CI1-CT94-0134 y FONDECYT, Proyecto # 1961075.

¹Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina (Campus Norte), Universidad de Chile.

²Magister en Salud Pública. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

³Proyecto Comunidad Europea CI1-CT94-0134 y FONDECYT # 1961075.

⁴Division of Psychological Medicine, College of Medicine, University of Wales, United Kingdom.

El hábito de fumar tabaco sigue siendo uno de los problemas de salud pública más importantes en el mundo, considerando por una parte el alto nivel de consumo y por otra, sus consecuencias médicas.

Las primeras comunicaciones que asociaron el consumo de tabaco con un aumento de la mortalidad datan del año 1938¹. En 1964, el «*Surgeon General's Report*» informó una asociación entre cáncer pulmonar, cáncer laríngeo y enfermedades bronquiales crónicas con el consumo de tabaco². Hoy día, se conoce su asociación causal con enfermedades como cánceres, cardiovasculares, cerebrovasculares, vasculares periféricas y respiratorias³. En la mujer fumadora el riesgo de accidente vascular encefálico se triplica cuando

Correspondencia a: Dra. Graciela Rojas C. Departamento Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Campus Norte, Universidad de Chile. Avenida La Paz 1003, Santiago, Chile.

usa algún método anticonceptivo oral y se eleva 18 veces en la mujer hipertensa entre 20 y 44 años⁴.

Los fumadores tienen una probabilidad entre 2 y 3 veces mayor de morir prematuramente que los no fumadores⁵. Cerca de 20% de las muertes en los países desarrollados y una décima parte de las ocurridas en países en desarrollo son atribuibles al tabaco⁶. En Chile, alrededor de 10% de las muertes se deberían directamente al tabaquismo^{7,8}.

Como resultado de extensas campañas de prevención, los países desarrollados han logrado disminuir el consumo de tabaco. No ocurre así en los países en vías de desarrollo⁹.

En los Estados Unidos de Norteamérica, los estudios indican una prevalencia de vida de consumo de tabaco de 69,7%, una prevalencia anual de 30,6%, una prevalencia mensual de 27,7%³ y una prevalencia de «Dependencia a Nicotina» –según criterios DSM III-R de la población entre 15 y 54 años– de 24,1%¹⁰. En Gran Bretaña, el Estudio Nacional de Comorbilidad Psiquiátrica encontró una prevalencia de consumo actual de tabaco de 32% en las personas entre 15 y 54 años. Esta cifra se consideró como indicativa de prevalencia de dependencia¹¹.

Entre los países en desarrollo, México llevó a cabo el año 1998 una Encuesta Nacional de Adicciones que informó que 27,7% de los encuestados entre 12 y 65 años eran fumadores actuales (hombres 42,9%; mujeres 16,3%)¹². En Argentina, un estudio a nivel nacional llevado a cabo en 1999 entrevistó a 2.699 personas representativas de la población entre 16 y 64 años, encontrando una prevalencia de vida de 67,02% (hombres 76,02%; mujeres 58,63%), una prevalencia anual de 44,2% y una prevalencia mensual de consumo de 39,83% (hombres 45,66%; mujeres 34,4%). Entre los consumidores del último año se encontró una prevalencia de dependencia a nicotina, según criterios CIE-10, de 26,01% (hombres 24,74%; mujeres 27,53%)¹³.

En nuestro país, el último estudio nacional llevado a cabo por la Comisión Nacional de Control de Estupefacientes –CONACE– el año 2000, que entrevistó a 16.476 personas entre 12 y 64 años, informó una prevalencia anual de 48,7% (hombres 52,76%, mujeres 45,37%), y una prevalencia mensual de 43,27% (hombres 47,78%; muje-

res 39,58%). Este estudio reveló una mayor prevalencia anual en el nivel socioeconómico alto (49,23%) y una mayor prevalencia mensual en el nivel socioeconómico bajo (44,11%). El grupo etario con mayor consumo fue el comprendido entre los 19 y 25 años con una prevalencia anual de 66,33% y una prevalencia mensual de 56,01%. El menor consumo lo tendrían las personas de los extremos etarios¹⁴.

En todos los estudios antes mencionados, la población masculina presenta prevalencias de consumo de tabaco mayores que la población femenina. Los distintos países presentan diferencias heterogéneas entre los sexos.

Diversos estudios han determinado una asociación positiva entre consumo de tabaco y patología psiquiátrica. Alrededor de 75% de los pacientes esquizofrénicos fuma diariamente¹⁵. También se ha demostrado una estrecha relación con trastornos del ánimo y ansiosos^{16,17}. En nuestro país no se han llevado a cabo estudios poblacionales que consideren la patología psiquiátrica como un posible factor de riesgo.

El objetivo de la presente comunicación es describir el consumo de tabaco en la población del Gran Santiago y sus posibles factores de riesgo asociados, considerando factores socio-demográficos y la presencia de patología psiquiátrica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación epidemiológica transversal que utilizó como marco muestral la población adulta entre 16 y 64 años, residentes en viviendas particulares en las comunas del Gran Santiago (n= 3.237.286). El diseño muestral fue llevado a cabo por el Instituto Nacional de Estadísticas y corresponde al Programa Integrado de Encuestas de Hogares (PIDEH) y el Censo de Viviendas y Población de 1992¹⁸. El Gran Santiago fue dividido en 35 comunas y cada una contiene un número variable de sectores (unidades primarias) de aproximadamente 200 viviendas (unidades secundarias). El diseño muestral –probabilístico, polietápico y estratificado– incluyó 35 comunas, 252 sectores y 4.693 viviendas seleccionadas en forma aleatoria, con una proba-

bilidad proporcional al tamaño de las unidades muestrales. La elección de un residente por vivienda seleccionada (unidad terciaria) se realizó utilizando la Tabla de Kish, asegurándose que todos los residentes dentro del rango de edad establecido tuvieran una probabilidad similar de ser elegidos. Se sobre-representaron los sectores correspondientes al nivel socioeconómico alto debido a que se conoce una relación inversamente proporcional entre nivel socioeconómico y prevalencia de trastornos mentales comunes por lo cual el tamaño muestral debía ser mayor en aquel sector para poder realizar estimaciones estadísticamente confiables¹⁹. Este método permite asignar a cada entrevistado un factor de expansión, de acuerdo al peso de cada individuo en la muestra total. En este estudio se definió como vivienda, a todo local o recinto habilitado, construido, convertido o dispuesto para el alojamiento permanente o temporal de personas. Todas las instituciones fueron excluidas, por definición. Se entendió por institución cualquier vivienda donde pernoctaran 4 o más personas sin parentesco alguno, siendo la vivienda administrada por una persona empleada para dicho propósito o por el dueño. Se entendió por residente a toda persona que había alojado en una vivienda determinada a lo menos durante 3 meses previos a la fecha de la encuesta y que cumpliera con el rango de edad establecido.

Evaluaciones. Se aplicó un cuestionario estructurado que contenía cinco secciones: salud general, salud mental, uso de servicios, antecedentes socioeconómicos y consumo de drogas. Además, se incluyó un cuadro de antecedentes sociodemográficos de todos los residentes de la vivienda. Para evaluar la salud mental de la muestra, se utilizó la Entrevista Clínica Estructurada Revisada (CIS-R), que ha sido extensamente usada en la atención primaria, en estudios ocupacionales y en estudios comunitarios²⁰. La CIS-R sólo pregunta acerca de síntomas neuróticos presentes durante la última semana, para así disminuir el efecto de los problemas de memoria en la validez de las respuestas.

Los síntomas incluidos en la CIS-R son: síntomas somáticos, fatiga, falta de concentración y memoria, problemas para dormir, irritabilidad,

preocupaciones por la salud física, depresión, preocupaciones, angustia, fobias, pánico, compulsiones, obsesiones y efectos generales que indican grado de discapacidad.

Trabajo de campo. El trabajo de campo se realizó entre octubre de 1996 y abril de 1998. Todas las viviendas seleccionadas recibieron una carta previa solicitando la cooperación.

Se realizaron tres estudios pilotos para verificar la comprensión, aceptabilidad, confiabilidad y factibilidad del cuestionario. Como producto de los resultados de los estudios pilotos, se realizaron modificaciones al cuestionario.

Ciento noventa y siete entrevistadores participaron en el trabajo de campo en sus diversas fases, la mayoría eran estudiantes universitarios de carreras relacionadas con las ciencias sociales y con medicina. Todos recibieron tres días de entrenamiento y realizaron entrevistas de preparación previas que fueron supervisadas por el equipo de investigadores. Todas las encuestas eran revisadas por el equipo de investigadores al ser recibidas. Cada vivienda debía ser visitada a lo menos en cuatro ocasiones, en diferentes días y horarios, antes de proceder a su reemplazo. Una de cada 5 encuestas fue supervisada en terreno.

Análisis. Se confeccionó una base de datos en el paquete estadístico Stata 4.0, ingresando todos los datos obtenidos en las encuestas²¹. Esta base de datos fue sometida luego a revisiones de consistencia y congruencia mediante programas especialmente diseñados para este efecto. La muestra fue expandida mediante el factor asignado a cada individuo de acuerdo a su peso en el tamaño de la vivienda y de la muestra. Luego se procedió a analizar los datos expandidos mediante métodos descriptivos para cada una de las variables. A la luz de estos resultados, se procedió a recodificar algunas variables agrupando algunas categorías y aplicando posteriormente métodos descriptivos.

La presencia de un trastorno mental común fue determinada por un punto de corte de 12 o más puntos en la CIS-R.

En este estudio, se consideraron fumadoras sólo las personas que habían consumido más de 100 cigarrillos en su vida y se calculó la prevalencia de

vida y la prevalencia mensual, la que se consideró como actual. Se consideró ex fumador, al fumador que no había consumido en el último mes.

Se llevó a cabo un análisis de regresión logística definiendo como variable independiente el consumo actual de cigarrillos y como variables dependientes, posibles factores de riesgo asociados: sexo, edad, estado civil, tipo de familia, educación, clase social, ocupación, presencia de trastorno mental común. Se fijó un nivel de significación estadística a un valor $p \leq 0,05$.

Se cumplieron las normas éticas exigidas para este tipo de estudio. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

RESULTADOS

Muestra. De un total de 4.693 viviendas seleccionadas, 393 no pudieron ser encuestadas por no estar habitadas o por estarlo por personas de 65 años o más, de modo que se tuvo acceso a 4.300 viviendas y se lograron entrevistar 3.870 personas, y 10% de rechazo. Las razones de rechazo más frecuentes fueron «no tener tiempo», «no creer en las encuestas» y «no querer responder encuestas frente a desconocidos».

Entre las personas entrevistadas 52,2% eran mujeres y 47,8% hombres, la mediana de edad fue 34 años; 54,5% casados, 33,7% solteros, 5,4% separados, 3,6% convivientes y 2,8% viudos, 22,3%

**Tabla 1. Descripción de la muestra
n=3.870**

Variable	Categorías	%	n (muestra expandida)
Edad (años)	15-24	28,3	916.170
	25-39	33,1	1.073.250
	40-54	26,4	856.340
	55-65	12,2	396.875
Sexo	Femenino	52,2	1.693.604
	Masculino	47,8	1.549.028
Estado civil	Soltero	33,7	1.093.769
	Casado	54,4	1.766.119
	Separado	5,4	174.891
	Viudo	2,8	91.945
	Conviviente	3,6	115.908
Tipo de familia	Pareja con hijos	45,8	1.486.539
	Pareja sin hijos	12,2	395.488
	Joven sin hijos	27,1	878.893
	Adulto sin hijos	6,6	212.983
	Uniparental	8,3	268.730
Educación	Superior	22,3	721.983
	Media	54,0	1.745.283
	Básica	23,6	763.283
Clase social	Alta	14,0	452.335
	Media	36,1	1.168.925
	Baja	39,5	1.275.899
Ocupación	Inestable	10,3	334.315
	Empleado	46,7	1.503.511
	Inactivo económicamente*	41,0	1.321.403
	Independiente	8,8	283.913
	Desempleado	3,5	111.861

*Inactivo económicamente corresponde a dueñas de casa, estudiantes y jubilados/as.

declaró tener educación superior, 54,0% educación media y 23,6% educación básica (Tabla 1).

Epidemiología del consumo. El 51,9% de las personas entrevistadas reconoció haber consumido 100 cigarrillos o más en su vida. Los hombres tuvieron una prevalencia de vida mayor que las mujeres (58,5% vs 45,9%). El 40,1% de la muestra reconoció estar fumando en el momento de la entrevista. Las mujeres presentaron una menor prevalencia actual que los hombres (39,4% vs 46,5%). A 67,7% de los fumadores le hubiera gustado dejar de fumar (67,4% mujeres; 68,0% hombres).

El sexo masculino manifestó 1,06 veces más deseos de dejar de fumar en comparación con el sexo femenino (OR=1,06) (1,05 <OR <1,06; p <0,01).

La prevalencia de ex fumadores fue 11,5%, siendo significativamente mayor en los hombres que en las mujeres (12,9% vs 11,0%; p <0,01). Sin embargo, la probabilidad de ser ex fumador es mayor en la mujer (OR=1,22) (1,21 <OR <1,23; p <0,01) (Tabla 2).

Características de los fumadores actuales. Los fumadores actuales iniciaron el consumo entre los 7 y los 58 años con una mediana de 16 años, fumaban entre 1 y 60 cigarrillos diarios con una mediana de 5 cigarrillos al día, 67,7% de ellos expresaron que les gustaría dejar de fumar.

En la población estudiada, 37,7% fumaba diariamente, de ellos 5,9% fumaba más de 15 cigarrillos diarios y 6,9% entre 9 y 15 cigarrillos.

Consumo de tabaco y morbilidad psiquiátrica. La prevalencia de patología psiquiátrica entre los

fumadores actuales fue de 29,2% en comparación con 22,2% en los no fumadores y 25,0% en la población total.

Consumo de tabaco actual y posibles factores de riesgo asociados. Según el análisis de regresión logística, las variables que se asociaron significativamente en forma independiente al consumo actual de tabaco fueron en orden de importancia: la edad, todos los tramos menores de 55 años, siendo la mayor para el tramo de 25 a 39, el sexo masculino, la presencia de un trastorno mental común, y el ser conviviente; se asoció en forma negativa el estar económicamente inactivo (Tabla 3).

DISCUSIÓN

La prevalencia de vida de consumo de tabaco en el Gran Santiago es menor que en países desarrollados, como los Estados Unidos de Norteamérica, Gran Bretaña o Canadá, y la prevalencia actual es más alta, lo que podría indicar que en nuestra población hay una menor proporción de personas que han dejado de fumar³. Las cifras de fumadores actuales resultan más altas que la de otros países en desarrollo, y sólo semejantes a las cifras de Argentina, siendo ambos países los que tienen más altas prevalencias en Latinoamérica^{3,13}.

La menor prevalencia de uso de tabaco en mayores de 55 años se relaciona probablemente con que este grupo etario presenta los mayores riesgos de tener enfermedades asociadas al tabaquismo, tales como broncopulmonares, cardiovas-

Tabla 2. Epidemiología del consumo de tabaco

Epidemiología del consumo de tabaco:	Hombres % (OR crudo)	Mujeres % (OR crudo)	Total %
Prevalencia de vida del consumo de tabaco	58,5 (1,27)	45,9 (1,0)	51,9
Prevalencia actual	46,5 (1,33)	39,4 (1,0)	40,1
Prevalencia de ex-fumadores de tabaco	12,9 (1,0)	11,0 (1,22)	11,5

Tabla 3. Perfil del fumador actual*

Variables independientes		Fumador actual RD (i)
Sexo	Masculino	1,79 (1,44-2,23)
	Femenino	1
Edad (años)	16-24	3,49 (2,09-5,82)
	25-39	4,11 (2,76-6,14)
	40-54	3,27 (2,21-4,85)
	55-64	1
Estado civil	Soltero (a)	1,07 (0,51-2,23)
	Casado (a)	1
	Separado (a)	1,59 (0,76-3,35)
	Viudo (a)	.
	Conviviente	1,87 (1,18-2,96)
Tipo Pareja con hijos de Familia	1,29 (0,63-2,64)	
	Pareja sin hijos	1,17 (0,56-2,46)
	Joven sin hijos	1,17 (0,71-1,92)
	Adulto sin hijos	1
Educación	Uniparental	1,50 (0,94-2,39)
	Superior	1
	Media	0,98 (0,77-1,26)
Clase Social	Básica	0,96 (0,68-1,35)
	Alta	1
	Media	0,92 (0,70-1,20)
Ocupación	Baja	1,02 (0,75-1,39)
	Inestable	1,32 (0,87-2,00)
	Empleado	1
	Inactivo económicamente**	0,73 (0,57-0,93)
Trastorno Mental Común	Independiente	0,88 (0,61-1,26)
	Desempleado	0,58 (0,33-1,02)
	No	1
	Sí	1,54 (1,23-1,94)

*Análisis de Regresión Logística Múltiple

**Inactivo económicamente corresponde a dueñas de casa, estudiantes y jubilados/as.

culares y cáncer. También esto indica que, aunque haya una creciente población de ex fumadores, pueden mantenerse estables las prevalencias actuales del uso de tabaco, siendo los más jóvenes los que se inician en el hábito.

El presente estudio confirma que la prevalencia de uso de tabaco es menor en la mujer que en el hombre, siendo esta diferencia mucho menor

que en otros países latinoamericanos y que en otras culturas, como las orientales, en que las diferencias entre los sexos son muy marcadas^{3,22}. Estas diferencias de sexo también son menos importantes en los países desarrollados. Ello pudiera ser explicado por la incorporación de la mujer al mundo laboral, por cambios culturales asociados al desarrollo. A medida que los países

adquieren una estructura social similar a los de países desarrollados, disminuyen las diferencias de consumo de tabaco entre hombres y mujeres.

En la mujer se observa una mayor heterogeneidad en la edad de inicio de consumo de tabaco en comparación al hombre, lo que podría relacionarse con factores socioculturales y una mayor permisividad social respecto del consumo de tabaco en los hombres jóvenes.

Los trastornos mentales se asocian en forma significativa con el uso de tabaco, lo que concuerda con otros estudios. Queda por estudiar en forma más específica la asociación a trastornos específicos, ya que se esperaría una asociación mayor con trastornos depresivos por el efecto estimulante de la nicotina.

El consumo de tabaco en nuestra población ha disminuido en menor grado que en países desarrollados, donde los esfuerzos en prevención han sido más intensos y continuos. La experiencia de esos países indica que es posible disminuir el consumo de tabaco. A pesar del escaso impacto que han tenido las campañas para dejar de fumar en nuestra población, dos tercios de los actuales fumadores refieren querer dejar el hábito, de lo que se puede inferir que existe una población objetivo importante para los programas de prevención secundaria y terciaria. Por otro lado, se hace necesario un programa de prevención primaria que apunte a las poblaciones con edades menores y más expuestas a iniciar el consumo de tabaco.

REFERENCIAS

1. PEARL R. Tobacco smoking and longevity. *Science* 1938; 87: 216-7.
2. CDC. Achievements in public health, 1900-1999: Tobacco use in the United States, 1900-1999. *MMWR* 1999; 48: 986-93.
3. OPS. *El tabaquismo en América Latina, Estados Unidos y Canadá (período 1990-1999)*. Junio 2000.
4. MEDINA E, PASCUAL JP. Tabaquismo en médicos y estudiantes de medicina. *Rev Méd Chile* 1985; 113: 688-94.
5. OPS. *Boletín Epidemiológico* 1989. Vol 10, N° 3.
6. Wald NJ, Hackshaw AK. Cigarette smoking: an epidemiological overview. *Br Med Bull* 1996; 52: 3-11.
7. DASZENIES S, COVACEVICH C. Tabaquismo en estudiantes de enseñanza media de una comunidad rural de Chiloé. *Rev Méd Chile* 1999; 127: 38-43.
8. MEDINA E, KAEMPFER A. Tabaquismo en Santiago, 1993-94. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 652-8.
9. OMS. *Tabaco o Salud: un informe sobre la situación mundial*. 1997.
10. BRESLAU N, JOHNSON E O, HIRIPI E, KESSLER R. Nicotine dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 810-6.
11. FARRELL M, HOWES S, BEBBINGTON P, BRUGHA T, JENKINS R, LEWIS G ET AL. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 432-7.
12. Secretaría de Salud. México DF: Dirección General de Epidemiología/SSA. CONADIC 1998: Encuesta Nacional de Adicciones.
13. Secretaría Nacional de Prevención del Uso Indebido de Drogas. Estudio nacional sobre consumo de sustancias adictivas en la República Argentina. 1999.
14. CONACE. Cuarto estudio nacional de consumo de drogas en Chile, informe ejecutivo, Septiembre-Diciembre 2000.
15. DE LEÓN J. Smoking and Vulnerability for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996; 22: 405-9.

16. BRESLAU N, KLEIN DF. Smoking and panic attacks: an epidemiologic investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1141-7.
17. GONZÁLEZ-PINTO A, GUTIÉRREZ M, EZCURRA J, AIZPURU F, MOSQUERA F, LÓPEZ P ET AL. Tobacco smoking and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 225-8.
18. Instituto Nacional de Estadísticas. Gobierno de Chile. Censo, 1992.
19. VICENTE B, SALDIVIA S, RIOSECO P, VIELMA M, ESCOBAR B, MEDINA E ET AL. Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: prevalencia de seis meses. *Rev Psiquiat* 1994; XI(4): 194-202.
20. LEWIS G, PELOSI AJ, ARAYA R. Measuring psychiatric disorders in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 1992; 22: 465-86.
21. CHARLES HF. A Review of Stata v. 4.0. 1995; Vol 7, N°1.
22. YANG G, FAN L, TAN J, QI G, ZHANG Y, SAMET JM ET AL. Smoking in China: findings of the 1996 National Prevalence Survey. *JAMA* 1999; 282: 1247-53.