



## **TABAQUISMO Y SUICIDIO**

Ana Piña Baena.

[anapb91@hotmail.com](mailto:anapb91@hotmail.com)

## **MORBI-MORTALIDAD ATRIBUIDA AL TABAQUISMO**

El tabaquismo constituye un problema de Salud Pública a nivel mundial, siendo responsable de cerca de 7 millones de muertes en el mundo, de las cuales más de 6 millones se corresponden con consumidores directos y alrededor de 890.000 son no fumadores (personas expuestas a humo ajeno) (1). De esa forma, se reconoce como uno de los factores de riesgo evitables que más morbilidad y mortalidad causa en el mundo (2). El uso del tabaco causa el doble de muertes que las causadas, de forma conjunta, por el consumo de alcohol y drogas ilegales (3).

Con respecto a las regiones que incluye la OMS, Europa es la región con mayor prevalencia de consumo de tabaco en adultos (28%) y una de las que más prevalencia presenta en la población adolescente. En concreto, en España, en torno al 30% de la población consume tabaco diariamente, provocando dicho consumo 52.000 muertes anuales en España. (1)

Las tres principales causas de muerte en relación con el tabaco son la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, el cáncer del pulmón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (4).

## **RELACIÓN ENTRE TABACO Y TRASTORNO MENTAL**

A pesar de las campañas anti-tabaco en los diferentes países, el tabaquismo está muy presente en las personas con trastorno mental, con mayor prevalencia de fumadores en esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno depresivo, comparados con la población general (5-12). A su vez, existe un elevado riesgo de hábito tabáquico en aquellos pacientes con consumo de tóxicos y con trastorno de ansiedad (13).

### **Psicosis**

El tabaquismo es un hábito muy extendido en pacientes con enfermedad mental grave, en concreto en los pacientes con psicosis. Así, se ha objetivado que además de existir altas tasas de fumadores entre estos sujetos, con respecto a la población general, existe una tasa menor de cese del hábito (14).

## **TABAQUISMO Y SUICIDIO**

Con respecto al Trastorno Afectivo Bipolar, el consumo de tabaco es muy habitual, algunos autores han estimado la tasa de consumo entre 2 y 3 veces las de población general (15), en la actualidad las últimas evidencias publicadas describen que hasta un 67,8% de los pacientes alguna vez ha consumido tabaco y un 46,4% consume actualmente (16). Además, existen estudios que han evidenciado que aquellos sujetos diagnosticados de TAB y que fuman, tienen una peor evolución de la enfermedad, con mayor recurrencia a episodios maníacos y mayor recurrencia a descompensaciones de la enfermedad (17).

En la esquizofrenia, se ha evidenciado que, en comparación con la población general y con el resto de sujetos con enfermedad mental, la prevalencia de este hábito es superior. Al parecer, la mayoría de los pacientes con esquizofrenia y con trastorno esquizoafectivo comienzan a fumar previo al inicio de la psicosis. Estudios llevados a cabo señalan la severidad de los síntomas negativos, el género masculino, la clínica depresiva y el uso de otros tóxicos (alcohol y otras drogas), como predictores de mal pronóstico en este hábito, asociado con un aumento del mismo (18).

### **Trastorno depresivo**

Tanto la depresión como el trastorno por consumo de alcohol tienen una alta prevalencia dentro de la población general. Diversos estudios epidemiológicos representativos han demostrado una prevalencia a lo largo de la vida de hasta un 16,2% de depresión y de un 5,2% de trastorno por consumo de alcohol.

En este respecto, existe asociación entre la presencia de este diagnóstico y el hábito tabáquico (19).

### **Fármacos**

El hábito tabáquico puede afectar al metabolismo de determinados antidepresivos y antipsicóticos, sobre todo aumentándolo, en aquellos que se metabolizan por el citocromo P450 1A2 (CYP1A2), hecho que debemos tener en cuenta en pacientes con este tipo de tratamientos (3).

### **Consumo de otros tóxicos**

Las personas con consumo de alcohol y de otras sustancias, presentan con mayor prevalencia el hábito tabáquico (20), a pesar de que existen pocos estudios que relacionen dichos trastornos/consumos.

Existe una mayor predisposición al consumo de otros tóxicos, además del tabaco, en sujetos fumadores. En concreto, en el caso de pacientes con trastorno mental, se ha evidenciado una mayor tasa de consumo de múltiples tóxicos, entre ellos el tabaco (21). Pero no sólo en esa población, sino que en la población sana, sobre todo en la adolescencia, en los últimos años, se ha evidenciado la alta prevalencia y persistencia de consumo de múltiples drogas, siendo

## **TABAQUISMO Y SUICIDIO**

necesaria la intervención temprana y prevención sobre el consumo de tabaco, alcohol, marihuana, y otras drogas de abuso. Un estudio realizado en adolescentes de San Francisco objetivó que el 96% de los adolescentes fumadores consumían otros tóxicos. La mayoría de los adolescentes fumadores primero recurrían al consumo de alcohol y marihuana. Este hecho se relacionó con la aparición en este subgrupo de la población de síntomas depresivos, que a su vez, podrían predisponer a mayor problemática en relación con abuso de otras drogas (22).

### **RELACIÓN ENTRE TABACO Y SUICIDIO**

Cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo'. El suicidio es un importante problema de Salud pública, llegando a determinarse en torno a 800.000 muertes por este motivo al año. Representa la décima causa de muerte más común en el mundo, convirtiéndose en la segunda causa principal de muerte en personas entre 15 y 29 años, según datos actualizados de la OMS.

El concepto de conducta suicida hace referencia a un continuo de conductas que incluyen las ideas de suicidio, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado, conductas que se pueden y, de hecho ocurre, se solapan entre ellas.

Numerosos son los factores que pueden estar relacionados con el suicidio, como es la presencia de un trastorno mental, agresividad o impulsividad, antecedentes familiares de suicidio, obesidad, problemática familiar o de pareja, problemática laboral, problemas de salud, el tabaco, entre otros (23).

Revisando la literatura, se ha objetivado que el consumo de tabaco está relacionado con la conducta suicida (tanto la ideación suicida, como el intento suicida y el propio suicidio consumado). Además, existe evidencia de que el aumento del consumo está relacionado con un aumento del riesgo suicida, en relación con alta dependencia nicotínica, y no únicamente con el simple consumo del tabaco (24). Sin embargo, existe el debate acerca de si el hábito tabáquico tiene un papel causal en la conducta suicida.

El tabaquismo intenso suele considerarse como un signo de dependencia a nicotina, sin embargo, no son sinónimos. Se estima que un 50% de los fumadores puedan ser clasificados como dependientes a la nicotina por presentar tolerancia, síntomas de abstinencia, deseo de fumar, gasto del tiempo consiguiente tabaco o continuidad del hábito a pesar de conocer los riesgos del mismo.

### **Resultados hasta el momento**

En esa línea, en un reciente metanálisis por Poorolajal y cols. que incluyó 43 estudios epidemiológicos, se reflejó que los fumadores, tanto en activo como con historia pasada, tienen un mayor riesgo de ideación suicida (OR 2.04; 95% CI: 1.59, 2.50), intento suicida (OR

## TABAQUISMO Y SUICIDIO

2.49; 95% CI: 2.00,

2.98) o suicidio consumado (OR 1.49; 95% CI: 0.97, 2.00). También en este metanálisis se especificaba que la presencia de esta asociación no implicaba la existencia de una relación causal, a pesar de que, sin embargo la prevención y el cese del hábito podría una diana importante en programas de prevención del suicidio (25).

Como sabemos el consumo de tabaco se asocia a otros factores de riesgo conocidos para el suicidio como son el los trastornos por uso de sustancias como el alcohol u otras sustancias y abuso sexual/físico. Se estima que en España el 85,4% de los fumadores habituales de tabaco consumieron alcohol en el último año, cannabis en un 19,3%, hipnosedadentes en un 14,2% y cocaína en un 4,5%.

En el ámbito de la salud mental, se ha evidenciado la presencia de un trastorno mental como uno de los factores de riesgo para el suicidio (26). En estudios de autopsia psicológica, se ha determinado que en la mayoría de los suicidios consumados, la depresión es el diagnóstico más frecuente (27), además de objetivarse, en estudios y metaanálisis, la depresión como el trastorno más común asociado al suicidio (26), seguido del trastorno por uso por alcohol.

A su vez, se ha sugerido que el tabaco podría actuar como agente causal en el suicidio a través de la depleción de los niveles de serotonina en el hipocampo (lo que es un conocido factor de riesgo para el suicidio (28), o actuando como activador del eje hipotálamo-hipofisario adrenal (siendo la hiperactividad del eje también un conocido factor de riesgo para el suicidio) (29) (30).

De este modo, sabemos que existe una relación entre tabaco y suicidio, y que también existe una relación entre el tabaco y diversos factores de riesgo conocidos para el suicidio (como son la presencia de enfermedades como el cáncer, la enfermedad cardiovascular o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica), por lo que la existencia de una relación causal entre tabaco y suicidio es aún controvertida.

### **Nuestros resultados**

Además de realizar una amplia búsqueda bibliográfica, en base de datos, de las evidencias descritas hasta el momento acerca de esta temática, se plantea en esta ponencia, datos de nuestro estudio llevado a cabo. En el mismo, se utilizaron datos del Instituto de Medicina Legal y Forense de Sevilla (España), de casos de suicidios consumados (270) y controles (142) (muertos no suicidas), existiendo una muestra total de 412 sujetos. Tras realizar las autopsias (durante un período entre los 3 y los 18 meses posteriores), se establecieron entrevistas de autopsias psicológicas a los familiares de los fallecidos, previo consentimiento.

Se objetivaron, de la muestra total de 412 sujetos (todos mayores de 18 años) que 270 se correspondían con suicidios consumados (204 hombres y 66 mujeres) y que 142 eran controles (es decir, muertos no suicidas) (100 hombres y 42 mujeres).

## **TABAQUISMO Y SUICIDIO**

De tal manera, se evidenció que sólo un tercio de los suicidios consumados no fumaba, en comparación con los controles, los cuales la mitad de ellos presentaban hábito tabáquico ( $p < 0.0001$ ). A su vez, no se vieron diferencias entre la cantidad de cigarrillos fumados en ambas muestras. Sin embargo, habría que tener en cuenta, con los resultados obtenidos, en relación a la falta de asociación, el tipo de controles establecidos en este estudio, puesto que algunos de los controles fallecieron de infarto cardíaco y el tabaco está relacionado con los trastornos cardiovasculares, pudiendo actuar como factor de confusión en el estudio y los resultados obtenidos.

### **CONCLUSIONES**

El consumo de tabaco es un factor de riesgo para la conducta suicida, objetivándose no solo en nuestro estudio sino en la bibliografía existente hasta el momento, y planteando el posible beneficio del cese del hábito en este contexto, ya sea con ayuda farmacológica, psicoterapéutica o sin ellas. A pesar de ello, la presencia de esta asociación parece ser que no implica la existencia de una relación causal, según los estudios más recientes al respecto.

Importante la prevención con respecto a dicho hábito, haciendo hincapié en la población psiquiátrica, por ser un hábito extendido, además de ser una población con riesgo de suicidio, independiente al propio hábito. En este caso, la conducta suicida es una de las complicaciones más graves de los pacientes psiquiátricos y sería, por tanto, necesario el abandono del consumo de tabaco, como uno de los objetivos del plan terapéutico establecido (habiéndose evidenciado que el riesgo de suicidio en exfumadores se iguala al de los no fumadores con el tiempo), existiendo evidencias de que el cese de este hábito supone una importante disminución de ansiedad, depresión y estrés en tanto en población psiquiátrica como en población no psiquiátrica.

Como limitaciones, tenemos que tener en cuenta que el tabaquismo produce un mayor riesgo cardiovascular, lo cual interferiría y plantearía dudas en relación al grupo control de nuestro estudio, siendo muy probable que la prevalencia de tabaquismo en nuestro grupo control fuera mayor que en la población general. Además, como se ha descrito, el tabaquismo se asocia a una mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular (además de otros tipos de enfermedades, como enfermedades neoplásicas, enfermedades pulmonares...), siendo, a su vez, factores de riesgo para la conducta suicida, y pudiendo actuar como factores de confusión a la hora de objetivar y estudiar la relación entre el tabaquismo y el riesgo de suicidio.

## TABAQUISMO Y SUICIDIO

### BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Tobacco. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> (2016)
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2224-60.
3. Ziedonis D, Das S, Larkin C. Tobacco use disorder and treatment: new challenges and opportunities. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017 Sep;19(3):271-80.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 2000-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2008 Nov 14;57 (45):1226-8.
5. Beratis S, Katrivanou A, Gourzis P. Factors affecting smoking in schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2001; 42: 393-402.
6. de Leon J, Becona E, Gurpegui M, Gonzalez-Pinto A, Diaz FJ. The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63: 812-6.
7. Wilhelm K, Mitchell P, Slade T, Brownhill S, Andrews G. Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey. *J Affect Disord*. 2003; 75: 155-62.
8. Waxmonsky JA, Thomas MR, Miklowitz DJ, Allen MH, Wisniewski SR, Zhng H, et al. Prevalence and correlates of tobacco use in bipolar disorder: data from the first 2000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005; 27: 321-328
9. Ostacher MJ, Nierenberg AA, Perlis RH, Fiedman P, Borrelli DJ, Tran TB, et al. The relationship between smoking and suicidal behavior, comorbidity, and course of illness in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67: 1907-11.
10. McClave AK, McKnight-Eily LR, Davis SP, Dube SR. Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illness: results from the 2007 National Health Interview Survey. *Am J Public Health*. 2010; 100: 2464-72.
11. Cooper J, Mancuso SG, Borland R, Slade T, Galletly C, Castle D. Tobacco smoking among people living with a psychotic illness: the second Australian Survey of Psychosis. *Aust NZ J Psychiatry*. 2012; 46: 851-63
12. Li X-H, An F-R, Ungvari GS, Ng CH, Chiu HFK, Wu P-P, et al. Prevalence of smoking in patients with bipolar disorder, major depressive disorder and schizophrenia and their relationships with quality of life. *Sci Rep*. 2017 Aug 16;7(1):8430.

## TABAQUISMO Y SUICIDIO

13. Sankaranarayanan A, Mancuso S, Wilding H, Ghuloum S, Castle D. Smoking, Suicidality and Psychosis: A Systematic Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2015; 10(9):e0138147.
14. Roberts E, Eden Evins A, McNeill A, Robson D. Efficacy and tolerability of pharmacotherapy for smoking cessation in adults with serious mental illness: a systematic review and network meta-analysis. *Addiction*. 2016 Apr; 111(4):599–612.
15. George TP, Wu BS, Weinberger AH. A Review of Smoking Cessation in Bipolar Disorder: Implications for Future Research. *J Dual Diagn*. 2012 Jan 1;8(2):126–30.
16. McClave AK, McKnight-Eily LR, Davis SP, Dube SR. Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: results from the 2007 National Health Interview Survey. *Am J Public Health*. 2010 Dec; 100(12):2464–72.
17. Medeiros GC, Lafer B, Kapczinski F, Miranda-Scippa Â, Almeida KM. Bipolar disorder and tobacco smoking: Categorical and dimensional clinical correlates in subjects from the Brazilian bipolar research network. *Compr Psychiatry*. 2017 Dec 15; 82:14–21.
18. Meszaros ZS, Dimmock JA, Ploutz-Snyder RJ, Abdul-Malak Y, Leontieva L, Canfield K, et al. Predictors of smoking severity in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Am J Addict*. 2011 Oct; 20(5):462–7.
19. Korhonen T, Broms U, Varjonen J, Romanov K, Koskenvuo M, Kinnunen T, et al. Smoking behaviour as a predictor of depression among Finnish men and women: a prospective cohort study of adult twins. *Psychol Med*. 2007 May; 37(5):705–15.
20. Weinberger AH, Funk AP, Goodwin RD. A review of epidemiologic research on smoking behavior among persons with alcohol and illicit substance use disorders. *Prev Med*. 2016 Nov;92: 148–59.
21. Mackowick KM, Heishman SJ, Wehring HJ, Liu F, McMahon RP, Kelly DL. Illicit drug use in heavy smokers with and without schizophrenia. *Schizophr Res*. 2012 Aug; 139(1–3):194–200.
22. McKelvey KL, Ramo DE, Delucchi K, Rubinstein ML. Polydrug use among urban adolescent cigarette smokers. *Addict Behav*. 2017 Mar; 66: 145–50.
23. Wu S, Ding Y, Wu F, Xie G, Hou J, Mao P. Serum lipid levels and suicidality: a meta-analysis of 65 epidemiological studies. *J Psychiatry Neurosci*. 2016 Jan; 41(1):56–69.
24. Martínez-Ortega JM, Jurado D, Gurpegui M. Nicotine dependence vs. daily smoking as a meaningful variable: implications for clinical and epidemiological psychiatric studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008 Dec 12; 32(8):1972–7.
25. Poorolajal J, Darvishi N. Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2016; 11(7):e0156348.

## **TABAQUISMO Y SUICIDIO**

26. Cho S-E, Na K-S, Cho S-J, Im J-S, Kang S-G. Geographical and temporal variations in the prevalence of mental disorders in suicide: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016 Jan 15; 190: 704–13.
27. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med.* Abril 2003; 33(3):395-405.
28. Malone KM, Waternaux C, Haas GL, Cooper TB, Li S, Mann JJ. Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. *Am J Psychiatry.* 2003 Apr; 160(4):773–9.
29. Keilp JG, Oquendo MA, Stanley BH, Burke AK, Cooper TB, Malone KM, et al. Future suicide attempt and responses to serotonergic challenge. *Neuropsychopharmacology.* 2010 Apr; 35(5):1063–72.
30. Jokinen J, Nordström A-L, Nordström P. ROC analysis of dexamethasone suppression test threshold in suicide prediction after attempted suicide. *J Affect Disord.* 2008 Feb; 106(1–2):145–52.

## TABAQUISMO Y SUICIDIO