

# Indicadores de síntomas de abstinencia en un grupo de fumadores mexicanos

Gabriela Lara-Rivas, Lic en Psic,<sup>(1)</sup> Alejandra Ramírez-Venegas, M en C,<sup>(1)</sup> Raúl H Sansores-Martínez, M en C,<sup>(2)</sup>  
Ana Marlene Espinosa, Lic Psic,<sup>(1)</sup> Justino Regalado-Pineda, M en C.<sup>(1)</sup>

Lara-Rivas G, Ramírez-Venegas A, Sansores-Marínez RH, Espinosa AM, Regalado-Pineda J. Indicadores de síntomas de abstinencia en un grupo de fumadores mexicanos. *Salud Publica Mex* 2007;49 supl 2:S257-S262.

## Resumen

**Objetivo.** Identificar indicadores de abstinencia en fumadores de la Clínica Anti-Tabaco en un hospital de referencia. Evaluar los síntomas según el nivel de adicción a la nicotina mediante la escala de Fagerström (EDNF). **Material y métodos.** Se incluyeron fumadores de la Clínica Anti-Tabaco y no-fumadores visitantes. Fumadores y no-fumadores completaron una entrevista estandarizada y diario de síntomas. **Resultados.** Se incluyeron 185 fumadores (edad 40.93 años, DE, 10.22, 93 hombres/92 mujeres) y 102 no-fumadores (edad 38.22 años, DE 9.40, 41 hombres/61 mujeres). La mediana del índice paquetes-año fue de 13 (rango 1-72), el promedio de la EDNF fue de 6 (DE, 2.35). Los síntomas asociados con la dependencia fueron: ansiedad, RM 1.21 (IC95% 1.03-1.43); depresión, RM 2.75 (IC95% 1.07-7.04), la depresión es más común entre las mujeres, RM 2.03 (IC95% 1.10 - 3.75); deseos de fumar, RM 1.53 (IC95% 1.19-1.97) y sudoración, RM 2.73 (IC95% 1.07-6.95). **Conclusiones.** Los indicadores de abstinencia de nicotina en un grupo de fumadores mexicanos fueron deseos de fumar, ansiedad, depresión y diaforesis; estos síntomas se correlacionan con el nivel de dependencia a la nicotina.

Palabras clave: Síndrome de Abstinencia; Dejar de Fumar; Fumadores mexicanos

Lara-Rivas G, Ramírez-Venegas A, Sansores-Marínez RH, Espinosa AM, Regalado-Pineda J. Withdrawal symptoms indicators in a group of mexican smokers. *Salud Publica Mex* 2007;49 supl 2:S257-S262.

## Abstract

**Objective.** To describe symptoms of AS in a group of Mexican smokers attending a third referral clinic, to evaluate symptoms according to degree of nicotine dependence using the Fagerström Test (FTND). **Material and Methods.** A self-reported standardized questionnaire was administered to smokers and non-smokers during three consecutive days. None of the smokers received treatment during this period. **Results.** A total of 185 smokers and 102 non-smokers were included. No differences in age or gender were observed. Among smokers, median tobacco consumption was 13 pack-years (range 1 to 72) and the mean (SD) FTND was six (2.35). Symptoms related to nicotine withdrawal were anxiety (OR 1.21, 95%IC 1.03-1.43), depression (OR 2.75, 95%IC 1.07-7.04), which was more common in women (OR 2.03, 95%IC 1.10-3.75), urge to smoke (OR 1.53, 95%IC 1.19-1.97), and sweating (OR 2.73, 95%IC 1.07-6.95). **Conclusions.** The most frequent symptoms related to nicotine abstinence in Mexican smokers were: anxiety, urge to smoke, depression and sweating. These symptoms correlate with the degree of addiction.

Key words: Withdrawal syndrome; smoking cessation; Mexican smokers

(1) Departamento de Investigación en Tabaquismo. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México.

(2) Unidad de Investigación. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México.

Fecha de recibido: 25 de abril de 2007 • Fecha de aceptado: 14 de mayo de 2007

Solicitud de sobretiros: Lic. A. Gabriela Lara Rivas. Departamento de Investigación en Tabaquismo. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Secretaría de Salud. Calzada de Tlalpan 4502. 14080 México, DF, México.  
Correo electrónico: agabilara@yahoo.com.mx

El tabaquismo constituye en la actualidad uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial; de acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia del tabaquismo es de aproximadamente 30%.<sup>1</sup> Solamente en México ocurren más de 60 000 muertes al año entre personas fumadoras por enfermedades asociadas al tabaquismo.<sup>2</sup>

La Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA 2002) reporta que la prevalencia nacional de consumo de cigarrillos en la población urbana es de entre 12 y 65 años de edad, lo que representa casi 16 millones de individuos fumadores (26.4% de la población mexicana de 12 a 65 años).<sup>3</sup> El tabaquismo se encuentra relacionado de manera causal con múltiples enfermedades, muchas de ellas discapacitantes y mortales,<sup>4</sup> y se asocia con una notable disminución en la sobrevivencia y pérdida de años de vida saludable (en promedio 20 a 25 años).<sup>3</sup> Se han identificado, hasta este momento, 26 enfermedades asociadas a esta adicción.<sup>4,5</sup>

La nicotina constituye el componente bioactivo contenido en el humo del cigarrillo y resulta la sustancia responsable del desarrollo de adicción y dependencia, fenómeno observado tanto en humanos como en modelos animales.<sup>6-8</sup> Las consecuencias por la interrupción abrupta de la administración de la nicotina se conocen desde hace tiempo; dejar de fumar repentinamente conlleva una serie de síntomas cuyo conjunto conforma el síndrome de abstinencia.<sup>9</sup> Desde su descripción original a mediados de la década de 1940, se han llevado a cabo un número considerable de estudios internacionales para determinar los síntomas de abstinencia asociados con dejar de fumar.<sup>10,11</sup> La prevalencia, intensidad y tiempo de aparición de estos síntomas varían de una persona a otra y son una de las razones principales por las que un fumador recae y vuelve a fumar.<sup>12</sup>

La Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición (CIE-10), considera al síndrome de abstinencia como una entidad aparte en relación con la suspensión en el consumo de sustancias.<sup>13</sup> De acuerdo al Manual Estadístico y Diagnóstico de enfermedades psiquiátricas (DSM-IV)<sup>8</sup> el síndrome de abstinencia incluye cuatro o más de los siguientes síntomas: estados de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud o impaciencia, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento del apetito o aumento del peso. Los síntomas de abstinencia provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Estos síntomas no se asocian de manera causal con otras condiciones médicas ni se explican por la presencia de otros trastornos mentales.<sup>8</sup>

No existe evidencia en la literatura nacional o internacional de estudios que describan las características del síndrome de abstinencia de la nicotina en población mexicana. El presente trabajo se realizó con el objetivo de describir las características del síndrome de abstinencia en un grupo de pacientes que acudieron para recibir tratamiento en la clínica de ayuda para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, INER.

## Material y métodos

Se seleccionaron pacientes consecutivos que acudieron a la clínica para dejar de fumar del INER y que aceptaron participar en el estudio previa firma de carta de consentimiento informado. Para la selección de pacientes se emplearon los siguientes criterios de inclusión: a) fumadores mayores de 18 años de edad; b) consumo de al menos 10 cigarrillos diarios; c) hombres o mujeres; d) registrados en el programa para dejar de fumar del INER; e) sin haber recibido tratamiento farmacológico o psicológico para dejar de fumar en los tres meses previos; f) sin consumo de alcohol u otras sustancias ilegales como marihuana, cocaína o heroína; g) sin enfermedades psiquiátricas diagnosticadas por médico de acuerdo al Manual de Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales, versión IV (DSM IV).

Con la finalidad de comparar la prevalencia de síntomas potencialmente relacionados con síndrome de abstinencia se seleccionaron visitantes no fumadores como grupo control, los cuales también firmaron una carta de consentimiento informado. Se invitó a participar en el estudio a personas que acudían como visitantes al INER, ya fuera acompañando a pacientes que acudían a la clínica de ayuda para dejar de fumar solicitando información, o bien como visitantes de pacientes internados en el INER por cualquiera de las enfermedades que se atienden. Para la selección de los no fumadores se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: a) sujetos mayores de 18 años de edad; b) ambos sexos; c) nunca fumadores o ex fumadores con más de 5 años de abstinencia continua confirmada mediante prueba de monóxido de carbono (CO) al final de la espiración; d) sin consumo de alcohol u otras sustancias ilegales; y e) sin enfermedades psiquiátricas. No se realizó ningún tipo de pareamiento entre el grupo de fumadores y el grupo de no fumadores. Cada paciente fumador y su control completó una entrevista psiquiátrica estandarizada<sup>14</sup> para descartar algún tipo de padecimiento psiquiátrico, así como el consumo de otras sustancias como alcohol, marihuana, cocaína, etc.; además, completaron el Cuestionario de Fagerström, para conocer el grado de dependencia a la nicotina.<sup>14</sup>

Se registraron síntomas asociados con el síndrome de abstinencia, tomando en cuenta diferentes instrumentos, así como los elementos considerados para el diagnóstico de síndrome de abstinencia en el DSM-IV.<sup>8</sup> Mediante diario de autorreporte se registraron diferentes síntomas durante los primeros tres días a partir de haber dejado de fumar, en el caso de los pacientes, y a partir de ser incluidos en el estudio, en el caso de los no fumadores. Durante este periodo ninguno de los pacientes del grupo de fumadores recibió tratamiento médico o psicológico. El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ciencia y Bioética del INER.

En relación con el análisis estadístico, las variables con distribución normal se establecieron mediante prueba de t de Student para diferencias de promedios entre los dos grupos. Las variables dicotómicas fueron analizadas mediante diferencias de proporciones y prueba de ji cuadrada o Prueba Exacta de Fisher, según el caso, entre fumadores y controles. Para determinar la asociación de las distintas variables incluidas en el diario de síntomas con el hecho de ser fumador o control se realizó un análisis de regresión logística para obtener la razón de probabilidad (RM) ajustando por edad, género y nivel de dependencia a la nicotina. Se emplearon programas del paquete estadístico Stata versión 8.0.

## Resultados

De enero a noviembre de 2003 se incluyeron 185 pacientes fumadores consecutivos que acudieron a la clínica de ayuda para dejar de fumar del INER con la intención de recibir tratamiento y a 102 no fumadores que aceptaron participar en el estudio. Tanto los fumadores como los no fumadores completaron un diario de autorreporte de síntomas durante los primeros tres días posteriores al abandono del tabaco entre los fumadores y, en el caso de los segundos, al ser reclutados al estudio. La tasa de aceptación entre los fumadores se considera aceptable; ninguno de los fumadores registrados en el programa para dejar de fumar del INER se negó a completar el diario de síntomas. Por su parte, los individuos del grupo de no fumadores presentaron una tasa de respuesta de 87 por ciento.

El diario de autorreporte contenía una lista con 18 síntomas asociados al síndrome de abstinencia: ansiedad, tensión, depresión, hipersomnia, insomnio, malestar gastrointestinal, urticaria, falta de concentración, irritabilidad, aumento del apetito, palpitaciones, cambios en la presión sanguínea, cefalea, sudoración, temblor, mareo, hormigueos, deseos de fumar. Los síntomas fueron categorizados por los pacientes en leve, moderado o severo, según su intensidad.

En el cuadro I se presentan las características generales de los fumadores y no fumadores. El promedio de edad de los fumadores fue de 40.93 años (Desviación Estándar (DE) 10.22); el promedio de edad de los controles fue de 38.22 años (DE 9.40); no se encontraron diferencias significativas en términos de edad. En el grupo de pacientes se incluyeron 93 hombres y 92 mujeres, y en el grupo de pacientes no fumadores se incluyeron 41 hombres y 61 mujeres. No se observaron diferencias de proporciones en relación con el género (ji cuadrada 2.68,  $p=0.102$ ). Los fumadores presentaban una mediana del índice de tabaquismo de 13 paquetes-año, rango de 1 a 72. En términos de dependencia a la nicotina, la mediana de la Escala de Dependencia a la Nicotina de Fagerström (EDNF) fue de 6 (rango 0-10).

**Cuadro I**  
**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PARTICIPANTES.**  
**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.**  
**México, 2003**

	Fumadores n= 185	No fumadores n= 102
Edad, promedio (DE)	40 (0.75)	38.21 (0.93)*
Hombres/Mujeres	93/92	41/61
Paquetes-año, mediana (rango)	13 (1 – 72)	0 (0 – 0)
Prueba de dependencia de Fagerström mediana (rango)	6 (0, 10)	0 (0, 0)
Deseos de fumar, n (%)	169 (91.35)	0 (0)‡
Ansiedad, n (%)	147 (79.46)	26 (25.49)§
Aumento del apetito, n (%)	119 (64.32)	0 (0)‡
Irritabilidad, n (%)	113 (61.08)	0 (0)‡
Tensión, n (%)	109 (58.92)	33 (32.35)§
Depresión, n (%)	91 (41.19)	29 (28.43)§
Insomnio, n (%)	85 (45.95)	11 (10.78)§
Malestar gastrointestinal, n (%)	80 (43.24)	22 (21.57)§
Mareo, n (%)	76 (41.08)	0 (0)‡
Cefalea, n (%)	72 (38.92)	0 (0)‡
Dificultad para concentrarse, n (%)	72 (38.92)	9 (8.82)§
Sudoración, n (%)	68 (36.76)	0 (0)‡
Palpitaciones, n (%)	59 (31.89)	0 (0)‡
Temblor, n (%)	56 (30.27)	0 (0)‡
Hormigueo, n (%)	49 (26.49)	0 (0)‡
Hipersomnia, n (%)	69 (37.30)	34 (33.33)
Urticaria, n (%)	19 (10.27)	8 (7.84)

\*  $p > 0.05$  por Prueba de t de Student

‡  $p < 0.05$  por Prueba Exacta de Fisher

§  $p < 0.05$  por prueba de ji cuadrada

Los participantes fueron reclutados entre enero y noviembre de 2003 en la clínica para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), México.

En 25% de los pacientes fumadores se documentó una puntuación EDNF de 0 a 4 puntos y 25% de los fumadores reportó una puntuación de 8 o más puntos en la EDNF. Se observó mayor frecuencia de reportes de síntomas entre los sujetos del grupo de fumadores en comparación con los no fumadores para los siguientes síntomas explorados: ansiedad, tensión, depresión, insomnio, malestar gastrointestinal y dificultad para concentrarse,  $p < 0.05$  por prueba de ji cuadrada. En el caso de los ítems correspondientes a irritabilidad, aumento del apetito, palpitaciones, temblor, mareo, hormigueo, deseos de fumar, cefalea y sudoración, se observó que ninguno de los sujetos del grupo de no fumadores registró en el diario de autorreporte alguna de las variables consideradas,  $p < 0.05$  por prueba exacta de Fisher (cuadro I).

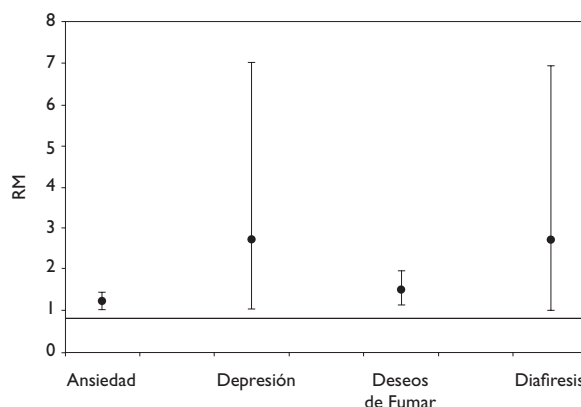
Con la finalidad de explorar la posible asociación entre los síntomas que resultaron diferentes entre fumadores y no fumadores, se realizó un análisis de regresión logística entre los sujetos del grupo de fumadores ajustando por edad, género y nivel de abstinencia a la nicotina como variable continua, y como variable de contraste comparando el nivel de adicción baja a moderada (EDNF 0 a 4) con un nivel de adicción intenso (EDNF > 6). En el cuadro II se muestra la RM y los intervalos de confianza al 95% de los modelos obtenidos en el grupo de fumadores. La ansiedad se asocia significativamente con el nivel de adicción a la nicotina, RM 1.21 (IC95% 1.03 – 1.43). La probabilidad de desarrollar depresión al dejar de fumar se asocia de manera independiente con el nivel de adicción, especialmente cuando la escala de Fagerström supera los 6 puntos, RM 2.75 (IC95% 1.07 – 7.04). En el caso de síntomas de depresión se observó que ésta es más común entre las mujeres, RM 2.03 (IC95% 1.10 – 3.75). La probabilidad de desarrollar molestias o malestar gastrointestinal así como aumento del apetito se asocia con menor edad, es decir, la probabilidad de presentar malestar gastrointestinal o aumento del apetito al dejar de fumar se reduce al aumentar la edad, RM 0.96 (IC95% 0.93 – 0.99) y RM 0.96 (IC95% 0.93 – 0.99) respectivamente. La aparición de deseos de fumar se asocia positivamente con el nivel de adicción a la nicotina, RM 1.53 (IC95% 1.19 – 1.97). Finalmente, la sudoración o diaforesis se asocia con la adicción a la nicotina, particularmente cuando la prueba de dependencia de Fagerström es mayor de 6 puntos, RM 2.73 (IC95% 1.07 – 6.95). En la figura 1 se muestra la asociación entre la ansiedad, depresión, deseos de fumar y diaforesis con el nivel de dependencia a la nicotina. Algunas variables que en el análisis univariado habían mostrado mayor prevalencia entre sujetos fumadores (como tensión, hipersomnolia, insomnio, dificultad para

Cuadro II

**MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA EN EL GRUPO DE FUMADORES, AJUSTANDO POR EDAD, GÉNERO Y NIVEL DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA, ESCALA DE FAGERSTRÖM (EDNF). INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. MÉXICO, 2003**

Ítem	RM	IC95%
Ansiedad		
Edad	0.97	0.93 – 1.01
Sexo	0.67	0.31 – 1.43
EDNF	1.21	1.03 – 1.43
Depresión		
Edad	0.98	0.95 – 1.01
Sexo	2.03	1.10 – 3.75
EDNF > 6 vs EDNF < 4	2.75	1.07 – 7.04
Deseos de fumar		
Edad	0.97	0.92 – 1.02
Sexo	2.19	0.69 – 6.98
EDNF	1.53	1.19 – 1.97
Sudoración		
Edad	1.02	0.99 – 1.05
Sexo	0.60	0.32 – 1.13
EDNF > 6 vs EDNF < 4	2.73	1.07 – 6.96
Malestar gastrointestinal		
Edad	0.96	0.93 – 0.99
Sexo	0.81	0.44 – 1.50
EDNF	1.12	0.97 – 1.28
Aumento del apetito		
Edad	0.96	0.93 – 0.99
Sexo	1.03	0.54 – 1.94
EDNF	1.13	0.98 – 1.30

Los participantes fueron reclutados entre enero y noviembre de 2003 en la clínica para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México.



**FIGURA 1. RM AJUSTADA POR EDAD Y GÉNERO ENTRE SUJETOS FUMADORES EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA. ESCALA DE FAGERSTRÖM.**

concentrarse, irritabilidad, palpitaciones, temblor, mareos, hormigueos y cefalea) no se relacionaron con el nivel de dependencia a la nicotina.

## Discusión

Dejar de fumar parece producir un incremento de síntomas similares a los reportados por desórdenes de tipo psiquiátricos. Entre los síntomas más comunes a este tipo de trastornos destacan alteraciones en el estado de ánimo tales como ansiedad y depresión.<sup>15</sup> Otros síntomas identificados como indicadores del síndrome de abstinencia son la dificultad para concentrarse, insomnio e inquietud.<sup>12</sup>

Este es el primer estudio que reporta síntomas indicadores de abstinencia en un grupo de fumadores mexicanos. De acuerdo con los resultados obtenidos, los síntomas de abstinencia se presentan en un porcentaje importante de los fumadores en relación con el grupo de no fumadores. En el presente estudio los síntomas más relacionados con dejar de fumar y dependencia a la nicotina fueron la presencia de deseos de fumar, ansiedad, depresión y diaforesis. A medida que se incrementa la puntuación en la EDNF aumenta el riesgo de desarrollar ansiedad; en las mujeres que dejan de fumar la probabilidad de desarrollar depresión casi se triplica cuando la EDNF es mayor a 6 puntos. El riesgo de presentar deseos de fumar se relaciona con mayores puntajes en la EDNF; finalmente, la sudoración también se asocia positivamente con el nivel de dependencia a la nicotina evaluada mediante la EDNF, especialmente cuando la puntuación es mayor de 6 puntos en comparación con individuos con puntuación menor (cuadro II).

Otros síntomas son más frecuentes entre los fumadores que dejan de fumar pero no parecen asociarse con la dependencia a la nicotina. Entre éstos destacan el aumento del apetito y malestar gastrointestinal (especialmente entre individuos jóvenes), irritabilidad, tensión, insomnio, mareos, cefalea y dificultad para concentrarse. Otros estudios han informado prevalencias de síntomas relacionados con síndrome de abstinencia como tos en 54%, dolor de cabeza en 33%, dificultad para concentrarse en 49% e inquietud en 64%,<sup>11</sup> los cuales no fueron significativos en nuestro estudio. En un trabajo reciente, Hughes realizó una revisión de la literatura con la finalidad de describir los síntomas que pueden asumirse como indicadores válidos de la abstinencia a la nicotina, entre los que destacan la ansiedad, depresión, dificultad para concentrarse, insomnio e inquietud.<sup>12,16</sup> Llamó la atención que entre las mujeres fumadoras el riesgo de desarrollar depresión fue mayor en comparación con los hombres. A este respecto, Leventhal y colaboradores<sup>17</sup> estudiaron las diferencias en la expresión de síntomas de abstinencia

entre hombres y mujeres; en ese estudio las mujeres mostraron, en general, algunas diferencias cualitativas en relación con síntomas relacionados con afecto negativo, sin embargo, no se describen patrones específicos de síntoma de abstinencia en relación con el género.<sup>17</sup>

Asimismo, otros síntomas como el mareo, fatiga y síntomas físicos diversos no parecen estar en relación con la abstinencia. La mayoría de los modelos estudiados, tanto en animales como en humanos, sugieren que el síndrome de abstinencia se relaciona con la disminución de la actividad dopaminérgica, lo que explica a por qué unos síntomas describen mejor el fenómeno de la suspensión abrupta de la nicotina y disminución en los pulsos de dopamina, mientras que otros síntomas reflejan más los aspectos psicológicos de la conducta de fumar.<sup>9</sup> Se ha observado que la aparición de síntomas de abstinencia es casi inmediata, y se puede percibir desde los primeros minutos post abandono del tabaco.<sup>18</sup>

Aunque la prevalencia de síntomas en un grupo de fumadores mexicanos es similar a la reportada por otros estudios,<sup>19</sup> llama la atención que síntomas como irritabilidad, aumento del apetito y dificultad para concentrarse, tradicionalmente asociados con el síndrome de abstinencia, no se asociaron significativamente con la EDNF. Por ejemplo, la Escala de Abstinencia al Cigarro (CWS-21) refiere deseos de fumar, depresión - ansiedad, irritabilidad-, impaciencia, dificultad para concentrarse, aumento de apetito y peso e insomnio, como síntomas consistentes de abstinencia.<sup>19</sup> Aunque la Escala de Fagerström ha mostrado su utilidad para evaluar el grado de adicción a la nicotina,<sup>20</sup> existen estudios que señalan que la EDNF no evalúa correctamente los aspectos de dependencia a la nicotina considerados entre los criterios del DSM-IV y la CIE-10 para definir al síndrome de abstinencia, por lo que el planteamiento de explorar el riesgo de distintos síntomas en función de la EDNF puede ser erróneo.<sup>21</sup> Existen en la actualidad diversos instrumentos para evaluar el síndrome de abstinencia, entre los que se encuentran la Escala Minnesota de Abstinencia a la Nicotina (MNWS), la escala de Síntomas físicos y de Estado de ánimo (MPSS), la Escala Shiffman (SS), la escala Wisconsin de Abstinencia de Tabaquismo (WSWS) y la recientemente introducida escala de Abstinencia del cigarrillo (CWS). La evaluación de síntomas de abstinencia con cualquiera de las escalas mencionadas resulta recomendable, en general. Algunas escalas son menos sensibles para detectar algún síntoma en particular como depresión (MNWS, CWS), insomnio (WSWS, MNWS) o ansiedad (MPSS).<sup>19,22,23</sup> Las escalas más amplias que incorporan un gran número de tópicos o ítems no resultan más confiables o precisas en comparación con las escalas más breves.<sup>21</sup>

En el presente trabajo se encontró una asociación significativa entre deseos de fumar, ansiedad, depresión y diaforesis con el nivel de adicción a la nicotina. Otros síntomas fueron más frecuentes entre los fumadores que entre los no fumadores, por lo que se recomienda recabar su expresión entre los pacientes que intentan dejar de fumar.

Este estudio nos confirma que los pacientes con alto grado de adicción deben recibir apoyo específico, ya sea a base de tratamiento farmacológico, tratamiento psicológico enfocado a la modificación de la conducta o la combinación de ambos con la finalidad de reducir los síntomas de abstinencia. El síndrome de abstinencia se asocia con un deterioro importante desde el punto de vista clínico, el cual puede producir algún grado de discapacidad en los fumadores que dejan de fumar. El desarrollo de síntomas de abstinencia, y especialmente de depresión, se asocia con mayor riesgo de recaída,<sup>12</sup> lo que provoca una disminución del éxito de los programas para dejar de fumar o en las consultas médicas. El terapeuta, médico y el propio paciente se sienten frustrados cuando éste vuelve a fumar o no puede dejar de fumar. Los pacientes con alta dependencia a la nicotina requieren de múltiples métodos para la cesación del tabaquismo, los cuales deben de ser efectivos y comprobados. A partir de los datos presentados, será necesario adaptar los tratamientos para dejar de fumar a fin de aumentar los éxitos de abstinencia y disminuir las recaídas.

## Referencias

1. World Health Organization. The smoking epidemic: a fire in the global village. 25th August, Press Release WHO/ 61. Geneva:WHO, 1997.
2. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Dirección General de Estadística e Informática. México: SSA, 2004.
3. Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen Ejecutivo. México: SSA, 2002.
4. US Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking. 25 years of progress. A Report of the Surgeon General. Washington, DC: US Government Printing Office, 1989.
5. Kuri PM, Alegre DJ, Mata MA, Hernández AM. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en México. Salud Publica Mex 2002; 44 (Suplemento 1):S 29-33.
6. Shoab M, Schindler CW, Goldberg SR. Nicotine self-administration in rats: strain and nicotine pre-exposure effects on acquisition. Psychopharmacology 1997; 129:35-43.
7. Henningfield D, Goldberg SR. Nicotine as reinforcement in human subjects and laboratory animals. Pharmacol Biochem Behav 1983; 19:989-992.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition (DSM-IV). Arlington, Va: APA, 1994.
9. Hughes JR. Effects of abstinence from tobacco: etiology, animal models, epidemiology, and significance: a subjective review. Nicotine Tob Res 2007; 9(3):329-39.
10. 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.
11. Ward MM, Swan GE, Jack LM. Self-reported abstinence effects in the first month after smoking cessation. Addictive Behaviors 2001; 26:311-327.
12. Hughes JR. Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. Nicotine Tob Res 2007; 9(3):315-327.
13. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE10). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Forma, 1993.
14. Goldberg DP. Standardized Psychiatric Interview (SPI) Institute of Psychiatry, 1969. Cuadernos Científicos CEMESAM 11 1979: 49-50.
15. Hughes JR. Clinical significance of tobacco withdrawal. Nicotine and Tobacco Research 2006; 8(2):153-156.
16. Camí J, Farré M. Drug addiction. N Engl J Med 2003; 349:975-986.
17. Leventhal AM, Waters AJ, Boyd S, Moolchan ET, Lerman C, Pickworth WB. Gender differences in acute tobacco withdrawal: effects on subjective, cognitive, and physiological measures. Exp Clin Psychopharmacol 2007; 15(1):21-36.
18. Hendricks PS, Ditre JW, Drobes DJ, Brandon TH. The early time course of smoking withdrawal effects. Psychopharmacology (Berl) 2006; 187(3):385-396.
19. Etter JF. A self-administered questionnaire to measure cigarette withdrawal symptoms: The Cigarette Withdrawal Scale. Nicotine Tob Res 2005; 7(1):47-57.
20. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Journal of Behavioral Medicine 1989; 12: 159-181.
21. Etter JF. A comparison of the content-, construct- and predictive validity of the cigarette dependence scale and the Fagerstrom test for nicotine dependence. Drug Alcohol Depend 2005; 77(3):259-268.
22. West R, Ussher M, Evans M, Rashid M. Assessing DSM-IV nicotine withdrawal symptoms: a comparison and evaluation of five different scales. Psychopharmacology (Berl) 2006; 184(3-4):619-627.
23. Cappelleri JC, Bushmakin AG, Baker CL, Merikle E, Olufade AO, Gilbert DG. Revealing the multidimensional framework of the Minnesota nicotine withdrawal scale. Curr Med Res Opin 2005; 21(5):749-760.