

---

# FUMAR Y DEPRESIÓN:SITUACIÓN ACTUAL

## EN ESPAÑA

---

Fernando L.Vázquez, Elisardo Becoña, M<sup>a</sup> Carmen Míguez  
*Universidad de Santiago de Compostela*

---

### RESUMEN

---

La investigación continúa proporcionando evidencia de la relación entre la depresión y fumar cigarrillos. Entre los fumadores que buscan tratamiento para dejar de fumar hay un porcentaje elevado de ellos con una historia o padecimiento actual de trastornos y síntomas depresivos. Las personas deprimidas experimentan dificultades al dejar de fumar y en el mantenimiento de la abstinencia. En España, la investigación se ha centrado en el estudio de la relación entre fumar y síntomas depresivos. Los fumadores informan niveles más altos de sintomatología depresiva que los que no fuman. Los porcentajes de recaída son más elevados entre los que muestran más síntomas depresivos. Estos síntomas influyen en la eficacia al final del tratamiento y a los 12 meses de seguimiento. También se ha encontrado que una reducción brusca en el consumo de cigarrillos podría causar depresión mayor. Los hallazgos sugieren que los fumadores actuales pueden estar experimentando otros trastornos psiquiátricos distintos a los relacionados con la nicotina.

**Palabras clave:** dejar de fumar, depresión, comorbilidad, tratamiento.

---

### ABSTRACT

---

Research continues to produce evidence of a link between depression and smoking. Individuals with current or historical depressive disorders and depressive symptoms, are overrepresented among those seeking treatment for smoking cessation. Findings on smoking cessation reflect both

the difficulties depressed people experience when quitting and their sustained abstinence. In Spain, current research regarding smoking and depression has centered in studies of the relation between smoking and depressive symptoms. Smokers report higher depressive symptoms than those who do not smoke. Relapse rates are higher among those who show more depressive symptoms. These symptoms influence efficacy at the end of the treatment and subsequent 12-month follow-up. Also, an abrupt reduction in the consumption of cigarettes could cause major depression. Findings suggest that current smokers in Spain may be experiencing others psychiatric disorders than those related to nicotine.

**Key words:** smoking, depression, comorbidity, treatment

---

## INTRODUCCIÓN

---

La mayoría de la actual investigación sobre el binomio tabaquismo-otros trastornos psiquiátricos se ha centrado en la relación entre el trastorno de depresión y fumar (ver Covey, Glassman y Stetner, 1998; Hall, Muñoz, Reus y Sees, 1993; Glassman, 1993, Glassman y Covey, 1996; Vázquez y Becoña, 1998a). La depresión mayor, ya sea historia de depresión mayor, actual o subsindrómica, es muy prevalente entre los fumadores que buscan tratamiento para dejar de fumar (Glassman et al., 1988; Hall, Muñoz y Reus, 1994). Entre el 31% y el 60% de los fumadores que acuden a los programas clínicos para dejar de fumar han experimentado en sus vidas al menos un episodio de depresión mayor (Glassman et al., 1993; Hall et al., 1994), dato que contrasta con la prevalencia de vida del 17% hallado para la población general (Kessler et al., 1994). También se han encontrado porcentajes elevados de historia de depresión mayor en estudios basados en la población (Breslau, Kilbey y Andreski, 1991; Glassman et al., 1990).

La historia de depresión mayor y el tener síntomas depresivos se asocian de modo independiente con el fracaso para dejar de fumar (ej., Anda et al., 1990; Glassman et al., 1988), mayores niveles de afecto negativo durante el síndrome de abstinencia (Covey, Glassman y Stetner, 1990; Hatsukami y Hughes, 1984) y una mayor recaída (Kinnunen, Doherty, Militello y Garvey, 1996; Swan, Ward y Jack, 1996).

Por otra parte, en la población general hay evidencia de una correlación entre un diagnóstico de depresión, especialmente el trastorno de depresión mayor, y un diagnóstico de dependencia de la nicotina (Breslau et al.,

1991). Lerman et al. (1996) han informado que los fumadores deprimidos tienen niveles de dependencia de la nicotina, evaluados por el Test de Fagerström de dependencia de la nicotina, más elevados que los fumadores no deprimidos. Vázquez y Becoña (1999) encontraron que los fumadores con un mayor grado de dependencia, evaluado por dicho Test (punto de corte de 7), puntuaban significativamente más alto en el Inventario de Depresión de Beck que los fumadores no dependientes.

Algunos investigadores también han observado una relación entre dejar de fumar y el surgimiento de un episodio de depresión mayor (Bock, Goldstein y Marcus, 1996; Stage, Glassman y Covey, 1996; Vázquez y Becoña, 1998b), aunque actualmente hay pocos estudios que hayan probado esta relación (Borrelli et al., 1996; Covey, Glassman y Stetner, 1997; Tsoh, et al., en revisión). El período de vulnerabilidad a un nuevo episodio de depresión mayor inmediatamente después de dejar de fumar se extiende más allá de la duración del síndrome de abstinencia (Covey et al., 1997).

Se han formulado algunas hipótesis para explicar la relación entre fumar y depresión, tales como: los fumadores con historia depresiva usan los cigarrillos para automedicar una depresión subyacente (ej., Carmody, 1989; Lerman et al., 1996); las personas depresivas pueden ser más vulnerables para comenzar a fumar y continuar con el hábito debido a una baja autoestima y baja autoeficacia (Hughes, 1988); factores genéticos o ambientales pueden predisponer a las personas a padecer depresión y ser fumadores (Breslau, Kilbey y Andreski, 1993; Breslau, Peterson, Schultz, Chilcota y Andreski, 1998; Kendler et al., 1993). Ninguna de estas u otras hipótesis se han estudiado extensamente.

Finalmente, los datos sugieren que la terapia sustitutiva de nicotina (ej., chicle de nicotina (Kinnunen et al., 1996), los antidepresivos (ej., fluoxetina, nortriptilina, bupropion) (ej., Hall et al., 1998), los tratamientos cognitivo-conductuales (Hall et al., 1994), el tratamiento cognitivo-conductual junto con la fluoxetina (Vázquez y Becoña, 1998b) o la nortriptilina (Hall et al., 1998), así como la terapia de apoyo (Zelman, Brandon, Jorenby y Baker, 1992) pueden resultar herramientas útiles para ayudar a dejar de fumar a los fumadores, especialmente a aquellos con historia de depresión o afecto negativo asociado con intentos previos para dejar de fumar. Para aquellos fumadores que tienen una dependencia elevada de la nicotina y que tienen una historia o un trastorno de depresión mayor actual o que presentan otros factores de riesgo (ej., historia familiar de depresión, dificultad para dejar de fumar

en intentos previos), se recomienda una combinación de antidepresivos o tratamiento cognitivo-conductual y terapia de sustitución de nicotina. Para aquellos fumadores que presentan pocos factores de riesgo puede ser suficiente una sola modalidad de tratamiento (Kinnunen, Henning y Nordstrom, 1999).

---

## *FUMAR Y DEPRESIÓN: SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA*

---

Aunque en España ha disminuido el consumo de tabaco, todavía continúa fumando el 36.2% de la población adulta (Plan Nacional sobre Drogas, 1997). Como hemos comentado previamente, hay un número importante de estudios en los que se pone de manifiesto que muchos de estos fumadores podrían tener o haber tenido algún trastorno depresivo (Glassman, 1993; Glassman y Covey, 1996; Vázquez y Becoña, 1998a). En España, la relación entre la conducta de fumar y la depresión se ha comenzado a estudiar recientemente, mientras que en otros países tales como en Estados Unidos, esta relación ya ha sido estudiada a nivel clínico (ej., Glassman et al., 1988) y a nivel poblacional (ej., Anda et al., 1990; Breslau et al., 1991). En España las primeras investigaciones en este campo comenzaron hace seis años cuando, a nivel clínico, se empezó a observar una disminución en la eficacia de los tratamientos clínicos para dejar de fumar. Por ejemplo, en el programa de Becoña y colaboradores (ver Becoña y Vázquez, 1998), antes de 1991, los porcentajes de abstinencia en sus estudios oscilaban entre el 58% y el 85% al final del tratamiento y entre el 30% y el 54% a los 12 meses de seguimiento (e.j., Becoña y García, 1993b). En estudios más recientes (ej., Becoña y Vázquez, 1997), la abstinencia al final del tratamiento fluctúa entre el 60% y el 80% y entre el 30% y el 40% a los 12 meses de seguimiento. Esta disminución en los porcentajes de abstinencia se puede explicar en parte por el hecho de que los fumadores que buscan actualmente tratamiento para dejar de fumar tienen una mayor dependencia de la nicotina que aquellos que lo hacían hace años (Becoña, Vázquez, García, y Fuentes, 1994), ya sea evaluada mediante el Test de Fagerström de dependencia de la nicotina, el número de cigarrillos fumados, etc. Sin embargo, la variable dependencia no es capaz de explicar en su totalidad dicho fenómeno. Como veremos en algunos estudios que expondremos a continuación, la depresión, la sintomatología depresiva o el afecto negativo juegan un papel importante en esta cuestión.

En un estudio basado en la población (Becoña, Vázquez, Fuentes y Lorenzo, 1998) se analizó la relación del afecto negativo y de la sintomatología depresiva con fumar. Se utilizó una muestra representativa de la población de Galicia (España) de 1.615 personas (721 hombres y 894 mujeres; 18 o más años de edad). El afecto negativo se evaluó con la escala PANAS (Watson, Clark y Tellegen, 1988) y la sintomatología depresiva con el Inventario de depresión de Beck. Los resultados del estudio confirmaron la relación de la depresión y el afecto negativo con fumar, especialmente para los sujetos que fumaban 31 o más cigarrillos por día.

En un estudio clínico, en el que se aplicó un tratamiento psicológico conductual multicomponente (Vázquez y Becoña, 1999), participaron 186 fumadores, de los cuales se localizaron 160 al año de seguimiento (35% hombres y 65% mujeres; 34.9 años de media). Se evaluó la sintomatología depresiva en el pretratamiento y en el seguimiento a los 12 meses con el Inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). A los 12 meses de seguimiento, los fumadores ( $n=104$ ) tuvieron una puntuación media en sintomatología depresiva de 7.1 y los abstinentes ( $n=56$ ) de 5.2; las diferencias entre ambas medias fueron estadísticamente significativas ( $p<0.05$ ). Al final del tratamiento, los fumadores tuvieron una mayor puntuación en sintomatología depresiva que los abstinentes (7.5 vs. 6.4, respectivamente), pero las diferencias no fueron significativas.

El nivel de dependencia de la nicotina moduló claramente la relación entre la sintomatología depresiva y el estatus de fumador. Se establecieron dos categorías (dependiente vs no dependiente), utilizando como punto de corte 7 en el Test de Fagerström. Se encontraron diferencias significativas en la puntuación media de la sintomatología depresiva para los fumadores dependientes y los no dependientes antes del tratamiento (BDI=9.2 vs. 6.3;  $p<0.05$ ) y a los 12 meses de seguimiento (BDI=9.4 vs. 5.5;  $p<0.001$ ). Esto es, el grupo de los fumadores no dependientes puntuó un promedio similar a los no fumadores en sintomatología depresiva antes del tratamiento (BDI=6.3 vs. 6.4) y a los 12 meses de seguimiento (BDI=5.5 vs 5.2).

Recientemente, Vázquez, Becoña y Míguez (en revisión) llevaron a cabo un programa para dejar de fumar por correo, en el que participaron 200 fumadores (53% varones; media de edad = 37.3 años). A los 12 meses de seguimiento, los sujetos abstinentes tuvieron una puntuación promedio en el Inventario de depresión de Beck de 4.2, mientras que la de los fumadores fue de 8.6 ( $p<0.001$ ). También se encontró una asociación sig-

nificativa entre puntuar 19 o más en el Inventario de depresión de Beck en el pretratamiento y no dejar de fumar al final del tratamiento ( $p < 0.05$ ).

Algunos autores han documentado la ocurrencia de episodios depresivos después de dejar de fumar. En España Vázquez y Becoña (1998b) han encontrado, que incluso una reducción brusca del consumo, sin dejar de fumar completamente, puede propiciar un episodio de depresión mayor. Este fue el caso de una mujer de 27 años de edad, que había tenido un episodio de depresión mayor tres años atrás. En el período de línea base (15 días) redujo de modo brusco el consumo diario de 35 a 8 cigarrillos (una reducción del 77%). Cuando acudió a la primera sesión del tratamiento para dejar de fumar se le diagnosticó un cuadro de depresión mayor. Se tomó la decisión de que prosiguiese en el tratamiento para dejar de fumar, y para la depresión, se le aplicó un tratamiento psicológico (terapia cognitiva de Beck) junto con un tratamiento farmacológico (fluoxetina 40mg/día) administrado por su psiquiatra. Después de dejar de fumar se continuó con la terapia para la depresión durante tres meses más. Se hizo un seguimiento posterior de 12 meses. La paciente permaneció abstinente y no mostró síntomas depresivos.

En España también ha sido estudiada la relación entre el afecto negativo y la recaída. Becoña y Froján (1989) informaron que el 29.4% de las recaídas que se produjeron en los ex-fumadores que participaron en un programa clínico estaban relacionadas con la experimentación de estados emocionales negativos. En otro estudio (Becoña y Míguez, 1995) se encontró que la causa de recaída más frecuente (el 38% de todas las recaídas) tuvo relación con la experimentación de afecto negativo o de un estado emocional negativo (ver Tabla 1).

**TABLA 1**  
**Estudios llevados a cabo en España sobre la relación**  
**entre fumar y depresión**

Autor/es	N	Tipo de estudio	Sexo	Edad	Cigarrillos por día	Trastorno estudiado	Medidas
Becoña et al (1989)	29	clínico	65.5% (hombres)	22.1	19.8	Afecto negativo	Autoinforme
Becoña y Míguez (1995)	57	clínico	52.6% (hombres)	35.1	28.2	Afecto negativo	Autoinforme
Becoña et al. (1998)	1615	poblacional	44.6% (hombres)	44.4	22.5	Síntomas depresivo	BDI
Vázquez y Becoña (1998b)	1	clínico	mujer	27.0	35.0	Afecto negativo	PANAS
Vázquez y Becoña (1999)	186	clínico	65.0% (mujeres)	34.9	24.6	Depresión mayor	DSM-IV
Vázquez et al. (en revisión)	200	autoayuda	53.0% (hombres)	36.5	26.4	Síntomas depresivos	BDI
						Síntomas depresivos	BDI

## DISCUSIÓN

---

La actual investigación en España sobre la relación entre fumar y depresión se ha centrado fundamentalmente en la relación entre fumar y la sintomatología depresiva. La razón para estudiar esta relación en particular es que entre el 15% y el 30% de la población general muestra síntomas depresivos (ver Kaelber et al., 1995). Los estudios incluidos en esta revisión muestran que los fumadores tienen una sintomatología depresiva más elevada que los no fumadores. Los fumadores de la población general, especialmente aquellos que fuman 31 o más cigarrillos/día, tienen puntuaciones más elevadas en el Inventario de depresión de Beck que los no fumadores y en la escala PANAS (Becoña et al., 1998). La recaída es relativamente frecuente en aquellos exfumadores que experimentan afecto negativo (Becoña y Míguez, 1995). En uno de los estudios revisados, se encontró que los síntomas depresivos influyen en la eficacia del tratamiento clínico a los 12 meses de seguimiento, pero no al final del tratamiento (Vázquez y Becoña, 1999). En Estados Unidos, sin embargo, los síntomas depresivos o el afecto negativo influyen negativamente en el proceso de dejar de fumar y en la recaída (ej., Anda et al., 1990), aunque la generalización de estos hallazgos puede estar influida por la edad y el sexo (Salive y Blazer, 1993; Saw et al., 1988). En el estudio de Vázquez y Becoña (1999) pudo haber otros factores que hayan dificultado el establecimiento de una asociación entre la sintomatología depresiva y el estatus de fumador al final del tratamiento. Por ejemplo, podría ser posible que los 26 participantes que se perdieron a los 12 meses de seguimiento, y que se consideraron fumadores, estuviesen al menos abstinentes una parte de ellos. Algunos componentes del tratamiento utilizado pudieron tener efectos positivos sobre la sintomatología depresiva o el afecto negativo. El fracaso en encontrar diferencias estadísticamente significativas pudo tener relación con el tamaño de muestra (especialmente para los no fumadores). Finalmente, en el período en que se llevó a cabo el estudio, este tipo de comorbilidad todavía no era acusada. De hecho, esta parece ser la explicación más verosímil, pues en un estudio más reciente (Vázquez, Becoña y Míguez, en revisión) no sólo se encontró que aquellos sujetos que tenían una sintomatología depresiva más elevada a los 12 meses de seguimiento era más probable que fumasen, sino que esta relación también se halló al final del tratamiento.

La relación observada entre la reducción brusca de consumo de cigarrillos y la aparición de un episodio de depresión mayor (Vázquez y Becoña, 1998b) es similar a otros casos que se han descrito en la literatura científica (ej., Covey et al., 1997). Es un estudio de caso, por lo tanto, no es un resultado que se pueda generalizar. Pero no por ello deja de ser interesante el buen resultado que se consiguió al tratar conjuntamente la conducta de fumar y un episodio de depresión mayor, utilizando un programa conductual multicomponente para dejar de fumar y la combinación de terapia psicológica (terapia cognitiva de Beck) y farmacoterapia para la depresión (fluoxetina).

En futuros estudios que se lleven a cabo en España sobre la relación fumar-depresión, sería interesante evaluar la sintomatología depresiva pretratamiento, durante el tratamiento, al final del mismo y en los distintos seguimientos. También es necesario introducir otras medidas (ej., Escala de depresión de Hamilton) que nos permitan conocer el papel que pueden tener los componentes cognitivos, conductuales y fisiológicos de la depresión en la relación con la dependencia de la nicotina, así como utilizar los criterios diagnósticos del DSM-IV o de la CIE-10 tanto para los trastornos relacionados con la nicotina como para los afectivos.

Los hallazgos que se han encontrado sobre la relación entre fumar y depresión en los estudios llevados a cabo en España, sugieren que los actuales fumadores pueden estar experimentando otros trastornos, además de la dependencia a la nicotina, que les dificulta la cesación y les hace vulnerables a la recaída. Creemos que lo que se empieza a observar en España con la relación entre fumar y otros trastornos psiquiátricos, lo expresaron muy acertadamente Hall et al (1993) hace unos años para el contexto norteamericano "... hace 40 años, cuando fumar cigarrillos era normativo, la prevalencia de otros trastornos distintos a la dependencia de la nicotina en los fumadores era probablemente mucho más baja. Las características de los fumadores están cambiando. Esto es debido a los avances en los tratamientos para dejar de fumar y a los esfuerzos preventivos y al aumento de la presión social sobre los fumadores. Aunque actualmente fumar puede ser un buen marcador para el riesgo de depresión o abuso de alcohol, cambios en la población pueden cambiar la relación rápidamente, para que en pocos años otros trastornos - por ejemplo, la esquizofrenia- se puedan asociar con fumar" (p. 765). Como comenta Hughes (1996), y es también aplicable a España, cada vez habrá menos fumadores, pero éstos tendrán un mayor grado de adicción a la nicotina y la comorbilidad será un fenómeno cada vez más frecuente entre los mismos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anda, R.F., Williamson, D.F., Escobedo, L.G., Mast, E.E., Giovino, G.A. y Remington, P.L. (1990). Depression and the dynamics of smoking: A national perspective. *Journal of the American Medical Association*, 264, 1541-1545.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Becoña, E. y García, M.P. (1993a). The smoking cessation programme of the University of Santiago de Compostela. *Research Communications in Psychology, Psychiatry and Behavior*, 8, 135-145.
- Becoña, E. y García, M.P. (1993b). Nicotine fading and smokeholding methods to smoking cessation. *Psychological Reports*, 73, 779-786.
- Becoña, E., Lista, M.J. y Froján, M.J. (1989). ¿Por qué los sujetos recaen en los tratamientos para dejar de fumar? Un estudio exploratorio. *Revista Española de Drogodependencias*, 14, 29-36.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (1995). Abstinencia, recaída y no abandono en un programa para dejar de fumar. *Adicciones*, 7, 41-58.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1997). Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation?: An empirical study. *Psychological Reports*, 81, 291-296.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dyckinson.
- Becoña, E., Vázquez, F.L., García, M.P. y Fuentes, M.J. (1994, octubre). *Point prevalence abstinence, continuous abstinence, and prolonged abstinence in a smoking cessation program*. Comunicación presentada en la 9th World Conference on Tobacco and Health, Paris, France.
- Becoña, E., Vázquez, F.L., Fuentes, M.J. y Lorenzo, M.C. (1998). Anxiety, affect, depression, and cigarette consumption. *Personality & Individual Differences*, 26, 113-119.
- Bock, B.C., Goldstein, M.C. y Marcus, B.H. (1996). Depression following smoking cessation in women. *Journal of Substance Abuse*, 8, 137-144.
- Borrelli, B., Niaura, R., Keuthen, N.J., Goldstein, M.G., DePue, J.D., Murphy, C. y Abrams, D.B. (1996). Development of major depressive disorder during smoking-cessation treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 534-538.
- Breslau, N., Kilbey, M.M. y Andreski, P. (1991). Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1069-1074.
- Breslau, N., Kilbey, M.M. y Andreski, P. (1993). Vulnerability to psychopathology in nicotine-dependent smokers: An epidemiologic study of young adults. *American Journal of Psychiatry*, 150, 941-946.
- Breslau, N., Peterson, E.L., Schultz, L.R., Chilcoat, H.D. y Andreski, P. (1998). Major depression and stages of smoking. A longitudinal investigation. *Archives of General Psychiatry*, 55, 161-166.
- Carmody, T.P. (1989). Affect regulation, nicotine addiction and smoking cessation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 331-342.

- Covey, L.S., Glassman, A.H. y Stetner, F. (1990). Depression and depressive symptoms in smoking cessation. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 350-354.
- Covey, L.S., Glassman, A.H. y Stetner, F. (1997). Major depression following smoking cessation. *American Journal of Psychiatry*, 154, 263-265.
- Covey, L.S., Glassman, A.H. y Stetner, F. (1998). Cigarette smoking and major depression. *Journal of Addictive Diseases*, 17, 35-46.
- Glassman, A.H. (1993). Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 546-553.
- Glassman, A.H. y Covey, L.S. (1996). Smoking and affective disorder. *American Journal of Health Behavior*, 20, 279-285.
- Glassman, A.H., Covey, L.S., Dalack, G.W., Stetner, F., Rivelli, S.K., Fleiss, J. y Cooper, T.B. (1993). Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smoker. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 54, 670-679.
- Glassman, A.H., Helzer, J.E., Covey, L.S., Cottler, L.B., Stetner, F., Tipp, J.E. y Johnson, J. (1990). Smoking, smoking cessation, and major depression. *The Journal of the American Medical Association*, 264, 1546-1549.
- Glassman, A.H., Stetner, F., Walsh, B.T., Raizman, P.S., Fleiss, J.L. y Cooper, T.B. (1988). Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine: Results of a double-blind, randomized trial. *The Journal of the American Medical Association*, 259, 2863-2866.
- Hall, S.M., Muñoz, R.F. y Reus, V.I. (1994). Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 141-146
- Hall, S.M., Muñoz, R.F., Reus, V.I. y Sees, K.L. (1993). Nicotine, negative affect, and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 761-767.
- Hall, S.M., Reus, V.I., Muñoz, R.F., Sees, K.L., Humfleet, G., Hartz, D.T., Frederick, S. y Triffleman, E. (1998). Nortriptyline and cognitive-behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking. *Archives General of Psychiatry*, 55, 683-690.
- Hatsukami, D.K. y Hughes, J.R. (1984). Tobacco withdrawal symptoms: An experimental analysis. *Psychopharmacology*, 84, 231-236.
- Hughes, J.R. (1988). Clonidine, depression, and smoking cessation. *Journal of the American Medical Association*, 259, 2901-2902.
- Hughes, J. (1996). The future of smoking cessation therapy in the United States. *Addiction*, 91, 1797-1802.
- Kaelber, C.T., Moul, D.E. y Farmer, M. (1995). Epidemiology of depression. En E.E., Beckham y W.R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 3-35). Nueva York: The Guilford Press.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., MacLean, C.J., Heath, A.C., Eaves, L.J. y Kessler, R.C. (1993). Smoking and major depression: A causal analysis. *Archives of General Psychiatry*, 50, 36-43.
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. y Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kinnunen, T., Doherty, K., Militello, F.S. y Garvey, A.J., (1996). Depression and

- smoking cessation: Characteristics of depressed smokers and effects of nicotine replacement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 791-798.
- Kinnunen, T., Henning, L. y Nordstrom, B.L. (1999). Smoking cessation in individuals with depression. *CNS Drugs*, 11, 93-103.
- Lerman, C., Audrain, J., Orleans, C.T., Boyd, R., Gold K., Main, D. y Caporaso, N. (1996). Investigation of mechanisms linking depressed mood to nicotine dependence. *Addictive Behaviors* 21, 9-19
- Plan Nacional sobre Drogas (1997). *Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Salive, M.E. y Blazer, D.G. (1993). Depression and smoking cessation in older adults: A longitudinal study. *Journal of American Geriatric Society*, 41, 1313-1316.
- Stage, K.B., Glassman, A.H. y Covey, L.S. (1996). Depression after smoking cessation: Case reports. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 467-469.
- Swan, G.E., Denk, C.E., Parker, S.D., Carmelli, D., Furze, C.T. y Rosenman, R.H. (1988). Risk factors for late relapse in male and female ex smokers. *Addictive Behaviors*, 13, 253-256.
- Swan, G., Ward, M. y Jack, L. (1996). Abstinence effects as predictors of 28-day relapse in smokers. *Addictive Behaviors*, 21, 481-490.
- Tsoh, J., Humfleet, G.L., Muñoz, R.F., Reus, V.I., Manderscheid, P. A., Hartz, D. y Hall, S.M. (en revisión). Development of major depression following smoking cessation treatment.
- Vázquez, F. y Becoña, E. (1998a). ¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión? *Psicothema*, 10, 229-239.
- Vázquez, F.L. y Becoña, E. (1998b). Treatment of major depression associated with smoking cessation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 507-508.
- Vázquez, F.L. y Becoña, E. (1999). Depression and smoking in a smoking cessation programme. *Journal of Affective Disorders*, 55, 125-132.
- Vázquez, F.L., Becoña, E. y Míguez, M.C. (en revisión). *Depresión and anxiety in a behavior program for smoking cessation*.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Zelman, D., Brandon, T., Jorenby, D. y Baker, T. (1992). Measures of affect and nicotine dependence predict differential response to smoking cessation treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 943-952.

---

### Correspondencia:

Fernando L. Vázquez

Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología.

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología.

15706 Campus Universitario Sur. Santiago de Compostela, Galicia.

E-mail: pcfer@uscmail.usc.es