

104
2 es.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EL PAPEL DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD
EN EL CONSUMO DE TABACO EN UNA MUESTRA
DE ENFERMERAS DE UN HOSPITAL DE URGENCIAS
DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N :
BERTHA ANGÉLICA GARIBAY GARCÍA
MARÍA ELVIRA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. FEDERICO G. PUENTE SILVA.

MÉXICO, D.F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

26387/2



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

ADIOS

A MI MAMÁ
POR SER LA MEJOR Y POR TODO TU APOYO

A MI PAPÁ
POR SER EL MEJOR Y PORQUE NUNCA TE HAS RINDO

A ISRAEL
POR NUESTRO AMOR Y TU VALIOSA AYUDA

A MIS HERMANOS CLAUDIA Y POLO
PORQUE SIEMPRE HEMOS ESTADO UNIDOS

A PAULLINA Y A OMAR
POR SER NUESTRA GRAN LUZ

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

A LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

AL DR. FEDERICO PUENTE
CON MUCHO CARINO POR SER UN GRAN MAESTRO Y UNA
EXCELENTE PERSONA.

A ELMIRA
POR NUESTRA AMISTAD

AL HOSPITAL XOCO

A LA DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y
REVALUACIÓN DE ESTUDIOS

A MIS ABUELOS

A MIS TÍOS

A MIS PRIMOS

A MIS SOBRINOS

A MIS AMIGOS

GRACIAS

BERTHA

**DEDICO ESTE TRABAJO A
TODAS LAS PERSONAS QUE
CON SU APOYO LO
HICIERON POSIBLE**

A DIOS

**A MIS PADRES FERNANDO
Y SARA POR SU AMOR,
CONSTANCIA Y PACIENCIA
INIGUALABLES, PERO
SOBRE TODO POR SU GRAN
APOYO EN CADA ETAPA DE
MI VIDA**

**A MIS HERMANOS
FERNANDO, ANGELICA Y
KARLA CON EL CARIÑO QUE
NOS UNE**

**A HÉCTOR COMPAÑERO
FIEL E INSEPARABLE EN
TODO MOMENTO**

**A MI HIJA XIMENA POR
ILUMINAR MI VIDA CON SU
ENORME CHISPA**

AL DR. FEDERICO PUENTE
SILVA POR SER UNA
PERSONA EJEMPLAR Y POR
SU VALIOSO APOYO Y
ORIENTACIÓN PARA LA
REALIZACIÓN DE ESTE
TRABAJO

A MI AMIGA BERTHA
GARIBAY CON MUCHO
CARIÑO

A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO, A LA FACULTAD
DE PSICOLOGÍA, Y A MIS
MAESTROS

AL PERSONAL DEL HOSPITAL
GENERAL XOCO SIN CUYA
VALIOSA COLABORACIÓN
NO HUBIERA SIDO POSIBLE
LA REALIZACIÓN DE ESTE
TRABAJO

A MI FAMILIA Y A MIS
AMIGOS, A TODOS MIL
GRACIAS

ELVIRA

ÍNDICE	Pag.
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I	
<i>PANORÁMICA DEL CONSUMO DEL TABACO EN EL MUNDO</i>	5
CAPITULO II	
<i>IMPLICACIONES DEL FUMAR Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD</i>	10
CAPITULO III	
<i>PANORÁMICA DEL CONSUMO DE TABACO APLICADA A NUESTRO PAÍS</i>	18
<ul style="list-style-type: none">• III.A ESTRATEGIA DE LEGISLACIÓN PARA PROTECCIÓN DE LA SALUD ANTE EL CONSUMO DEL TABACO	19
<ul style="list-style-type: none">• III B ESTRATEGIAS EN ATENCIÓN A LA SALUD	20
<ul style="list-style-type: none">• III. C ESTRATEGIAS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD	20
<ul style="list-style-type: none">• III. D ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN	21
CAPITULO IV	
<i>RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO Y LA PSICOLOGÍA</i>	24

• IV. A DEPENDENCIA FÍSICA	24
• IV. B DEPENDENCIA PSICOLÓGICA	25
• IV C FACTORES PSICOSOCIALES QUE INDUCEN EL INICIO DEL HABITO	26
• IV. D ANSIEDAD	28
• IV.D. 1 CLASIFICACIÓN DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD O NEUROSIS DE ANSIEDAD SEGÚN CIE 10 Y DSM IV	31
• IV E CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN CIE 10 Y DSM IV	39

CAPITULO V

<i>DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS</i>	47
• V. A. 1 INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE)	47
• V. A. 2 LOS CONCEPTOS DE ANSIEDAD-RASGO Y ANSIEDAD-ESTADO	48
• V. A. 3 APLICACIÓN	50
• V. A. 4 CALIFICACIÓN	52
• V. A. 5 DESARROLLO, CONTABILIDAD Y VALIDEZ	59
• V. A. 6 CONFIABILIDAD	60
• V. A. 7 VALIDEZ	61
• V. B ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG	62
• V. B. 1 CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA	62
• V. B. 2 CARACTERÍSTICAS DE LA (EAMD)	62
• V. B. 3 FORMA DE APLICACIÓN	63

• V. B. 4 FORMA DE CALIFICACIÓN	63
• V. B. 5 RELACIONES DE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN CON LOS TEMAS DE LAS EAMD	65
• V. B. 6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG	67
• V.C CUESTIONARIO DEL CONSUMO DE TABACO	68
• V. D FICHA SOCIOECONÓMICA DEMOGRÁFICA	68
• V.E. CUESTIONARIO DE LA HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR DE TABAQUISMO	69

CAPITULO VI

<i>MÉTODO</i>	71
---------------	----

CAPITULO VII

<i>RESULTADOS</i>	79
-------------------	----

CAPITULO VIII

<i>DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</i>	96
------------------------------------	----

CONCLUSIONES	114
APÉNDICES	119
BIBLIOGRAFÍA	135

**EL PAPEL DE LA DEPRESIÓN
Y LA ANSIEDAD
EN EL CONSUMO DE TABACO
EN UNA MUESTRA DE ENFERMERAS
DE UN HOSPITAL DE URGENCIAS
DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es la farmacodependencia más grave e importante que afecta a nuestro mundo. Diversos reportes de expertos internacionales consideran al tabaco como la causa principal de enfermedad y muerte que se puede prever en la sociedad moderna. (Rice, 1984)

Se ha encontrado que el tabaco, es en la actualidad una de las sustancias de mayor poder adictivo y la nicotina la responsable de dicha adicción.(Public Health Service, 1988)

En nuestro país el consumo de tabaco va en aumento, sobre todo en los grupos de alto riesgo, entre ellos se encuentran las mujeres y los adolescentes.(Puente Silva, 1986 y Tapia Conyer, 1994)

La finalidad del presente estudio fue investigar la correlación existente entre los estados emocionales de ansiedad y depresión que pueden predisponer al mantenimiento del consumo de tabaco así como a su iniciación, en un grupo de enfermeras de un hospital general de la ciudad de México.

La muestra empleada en este tipo de estudio fue de 80 enfermeras, no elegidas aleatoriamente, en un tipo de estudio comparativo de casos control.(Mac Mahon, 1970)

Los instrumentos que se utilizaron para la evaluación fueron: el Cuestionario de Consumo de Tabaco, Ficha socio-económico-demográfica, Cuestionario de la Historia Personal y Familiar de Tabaquismo, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y la Evaluación del Zung para la Depresión.

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo mediante el Método de Diferencias Entre Porcentajes.(Bradford, 1974)

CAPITULO I

**PANORÁMICA DEL
CONSUMO DE TABACO EN
EL MUNDO**

En la actualidad se vive una época caracterizada por la disminución de las enfermedades transmisibles y el incremento de patologías crónicas o degenerativas, accidentes, enfermedades mentales, violencia y adicionalmente algo muy característico de la modernidad: el crecimiento de las adicciones, un fenómeno presente en casi todos los países del mundo y con rasgos de pandemia que crece en un porcentaje de 2.1% anual en un número importante de países dentro de los que se encuentran los países en vías de desarrollo. Quienes por cierto se enfrentan a este grave problema sin haber podido resolver el problema de las enfermedades infecciosas. (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 1995)

El tabaquismo es una drogodependencia que ha tomado por sorpresa a todos los países integrantes de nuestro planeta, en lo que se refiere a los daños a la salud ocasionados por la adicción no existen diferencias importantes entre países con estructuras políticas diferentes.

Debido a estos daños que causa, el tabaquismo está considerado como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Un problema que no se limita únicamente al consumidor, ya que sus consecuencias alcanzan también a las personas no fumadoras que se exponen a la inhalación involuntaria del humo de los cigarrillos, convirtiéndose en fumadores pasivos. (Puente Silva, 1992)

Las muertes provocadas por el tabaco han alcanzado niveles alarmantes en algunas partes del mundo, que se incrementarán si no se toman medidas efectivas que desalienten su uso. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que el tabaco es la causa directa o indirecta de por lo menos tres

millones de muertes al año, de las cuales aproximadamente la tercera parte se produce en los países en vías de desarrollo. Se calcula que en estas mismas naciones ocurrirán siete millones de muertes anuales provocadas por esta farmacodependencia en los próximos veinte o treinta años si no se logra bajar el consumo de tabaco.

El consumo de tabaco en los Estados Unidos de Norteamérica produce cuatro muertes más, que las producidas por accidentes automovilísticos, alcoholismo y otras drogas y todas las demás causas de muerte prevenible en conjunto.

Hablando de los países en vías de desarrollo concurren otros procesos en el consumo de tabaco de la población, como son: una legislación antitabaquica menos definida, menos estricta y parcialmente implementada, situación que es ampliamente aprovechada por las compañías tabacaleras para promover el consumo de tabaco.

Aunque las grandes empresas tabacaleras insisten en que sus compañías no se dirigen a este sector de la población incluyendo a los jóvenes, se ha estimado que su gasto en publicidad y promoción (la mayor parte orientada al segmento menor de 18 años) asciende a unos 4.6 billones de dólares anuales. Estas compañías aprovechan que alrededor del 90% de los fumadores se inicien en el hábito antes de cumplir los 18 años, y estimulan o motivan a que diariamente 5 000 adolescentes fumen por primera vez.

No se puede dudar de la eficacia de los sistemas de comunicación de las compañías tabacaleras. Estas empresas saben utilizar el mercadeo y los medios de comunicación a su

alcance para estimular a los jóvenes hacia el consumo de su mercancía.

Por ejemplo, en la Unión Americana Joe Camel, personaje gracioso inventado en 1968, es el símbolo de uno de los productos de la compañía R.J. Reynolds que representa una serie de aspectos positivos que parecen asociarse con el fumador: sol, playa, sexo, amistades, diversión y todo tipo de eventos agradables. Joe Camel aparece en muy diversos productos como ejemplo de afabilidad y confianza hasta el grado que niños de 6 años lo reconocen y lo asocian con el acto de fumar. Un estudio entre esta población concluyó que Joe Camel es casi tan popular como Mickey Mouse, esto ha propiciado que desde su creación la venta ilegal de cigarrillos a menores de 18 años se incrementará de 0.5 a 32.8 %, lo que demostró la existencia aparente de una estrecha relación entre la publicidad y el comportamiento.

En la actualidad, Marlboro es la marca de cigarrillos que más consumen a nivel mundial los adolescentes fumadores. Sin embargo en muchas naciones los medios de comunicación han asumido por iniciativa propia un papel activo y comprometido en la disminución de adicciones. Existen diversos ejemplos de ello y gracias a estas acciones la imagen positiva de los no fumadores mejora cada vez más y cobra mayor importancia en la escala de valores de la sociedad.

El concepto generalizado de la aceptabilidad social en relación al fumador pierde terreno paulatinamente en un número cada vez mayor de países, y en muchos de estos la tendencia del hábito de fumar comienza a declinar. Se estima que el descenso

entre 1992 y el año 2000 será del 15 % en Estados Unidos y Canadá, y sobre el 2% en el norte de Europa.

Desgraciadamente, la situación que se presenta en los países más desarrollados no se manifiesta de igual manera en las naciones con otras condiciones, en donde la tendencia es hacia el aumento en el consumo.

El Día Mundial sin Fumar 31 de mayo de cada año, es un llamado a la población para sumar esfuerzos en favor de la salud pública universal. Es también la oportunidad de intensificar los esfuerzos que los gobiernos de los países y la sociedad civil realizan para evitar que los jóvenes se inicien en esta adicción y que, quienes ya son fumadores abandonen el hábito.(Consejo Nacional Contra las Adicciones, 1995).

CAPITULO II

**IMPLICACIONES DEL
FUMAR Y SUS
CONSECUENCIAS EN LA
SALUD**

El Tabaquismo y su Repercusión en la Salud.

Ya han transcurrido más de cuatro décadas desde que por primera vez se tuvo conocimiento de los daños que causa el tabaco. Las evidencias científicas se han acumulado rápidamente y ya no hay duda alguna de que el uso del tabaco causa enfermedades y muertes en gran escala. Desde mediados del siglo XX los productos de tabaco han causado la muerte, en los países desarrollados a más de 20 millones de personas.

El tabaco es una planta de la familia de las solanáceas y es consumido en prácticamente todo el mundo. Existen alrededor de 65 variedades, la totalidad de ellas del género nicotina. Las más utilizadas son la nicotina tabacum y la nicotina rústica.

En pruebas de laboratorio se han aislado más de 4,000 sustancias químicas contenidas en el humo de tabaco, la mayoría en niveles de subnanogramos o picogramos; sólo el monóxido de carbono y la nicotina pueden medirse en miligramos por cigarrillo.

De éstos compuestos químicos tóxicos se destacan cuatro en particular por su capacidad de producir patología: la nicotina, el monóxido de carbono, el alquitrán y las sustancias irritantes.

Nicotina: Es un alcaloide sin usos terapéuticos, que se absorbe en un 90% en los pulmones. El contenido de nicotina varía con el tipo de tabaco y con la forma en que se consume. Esta sustancia aumenta la adherencia plaquetaria y el contenido graso de la sangre lo que unido al prolongado efecto vasoconstrictor-periférico favorece la esclerosis vascular. La nicotina, transferida en humo de tabaco, no es carcinógena,

pero algunos compuestos de la degradación de esta tienen el potencial de serlo. Se dice que el humo de tabaco induce a mutaciones en los genes supresores de tumores malignos. (Secretaría de Salud, 1995)

Alquitrán: Este compuesto está formado por partículas condensadas de humo de cigarros. No es un compuesto único, ya que con este nombre se engloban alrededor de 400 compuestos diferentes donde se encuentran los agentes vinculados al cáncer. En el alquitrán se identifican a los hidrocarburos aromáticos policíclicos, las nitrosaminas y la beta-neftilamina, que se encuentran en pequeñas cantidades. En cuanto el humo se distribuye en los pulmones disminuye las defensas de los mismos afectando a la mucosa, que en condiciones normales se encarga de atrapar el polvo y los microbios; a los cilios, que estructuralmente desplazan la mucosidad hacia la garganta donde puede ser expulsada por la tos; y a los macrófagos celulares, cuya función es limpiar, aglutinar y concentrar las sustancias dañinas, el humo del cigarrillo inhalado directamente en los pulmones actividad de los macrófagos para digerir y expulsar el material extraño.

El alquitrán, por sí mismo, no es un carcinógeno simple, se trata de una mezcla compleja de iniciadores tumorales, cocarcinógenos, promotores tumorales y carcinógenos órgano-específicos. Se entiende por iniciador tumoral a aquella sustancia que actúa sobre una célula formando generalmente un enlace histológico con daño irreversible a este nivel.

Monóxido de carbono: Es un gas inodoro e incoloro producido por la combustión de tabaco y representa de 3 a 5 % del humo de cada cigarrillo fumado. Afecta los niveles de hemoglobina ya que ésta tiene una afinidad 200 veces mayor al monóxido de

carbono que al oxígeno, la unión se establece con el átomo de hierro de la hemoglobina y es de tan extraordinaria fijeza que aplica la acción tóxica del monóxido de carbono. La carboxihemoglobina que es el compuesto así formado es incapaz de transportar oxígeno perdiéndose hasta el 10% de la capacidad sanguínea total del transporte de oxígeno, disminuyendo así el rendimiento de los adultos normales acumulando el depósito de ácidos grasos en las paredes arteriales lo que dificulta una adecuada circulación de la sangre, provocando problemas cardiovasculares como son la hipertensión, infarto del miocardio e insuficiencia vascular periférica.(Public Health, 1988)

Sustancias irritantes: Son aquellas que dañan directamente a los órganos que conforman el aparato respiratorio (tráquea, bronquios y pulmones). Provocando irritación que incluso pueden provocar bronquitis crónica y enfisema pulmonar.

A la fecha se han encontrado 30 metales en la planta de tabaco, actuando como inductores tumorales algunos de ellos como son el níquel, plomo, cromo y cadmio, con una vida intrapulmonar superior a dos años. De la misma forma en condiciones experimentales el cadmio puede producir la aparición de tumores y tiene además relación con el desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfisema pulmonar.

Existe la evidencia que prueba la asociación de cáncer de pulmón y consumo de tabaco, pero no sólo el riesgo es para este órgano sino para todos los tejidos que están en contacto con las partículas de tabaco, como el cáncer de faringe y esófago que es de 6 a 10 veces más frecuente en fumadores.

También se ha observado que por fumar, mascar tabaco o inhalarlo se multiplican otras localizaciones de cáncer, como son el orofaríngeo, pancreático, renal y vesical.

En lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares, el hábito de fumar multiplica por dos o tres veces la frecuencia de problemas coronarios y por cinco las muertes por enfermedades cardíacas.

El tabaquismo favorece el desarrollo de la arteriosclerosis, que en particular afecta a las arterias medianas y grandes, con la consiguiente pérdida de elasticidad, depósito de materias grasas y disminución de calibre vascular.

Los fumadores son más susceptibles a las infecciones respiratorias agudas y a los problemas alérgicos, además, suelen demorar más tiempo en recuperarse.

El tabaquismo en la mujer incrementa el factor de cáncer cervicouterino y mamario. El efecto antiestrogénico del tabaco es causa de menopausia temprana y por la misma razón el tabaquismo en la mujer aumenta la frecuencia de fracturas osteoporóticas por descalcificación sobre todo en mujeres obesas. Se ha demostrado que existe relación entre el tabaquismo y la función reproductora y sobre los productos del embarazo provocando:

- Abortos espontáneos
- Muertes fetales
- Partos prematuros
- Recién nacidos de bajo peso
- Muertes neonatales
- Complicación del embarazo
- Malformaciones Congénitas

Además en la niñez y como consecuencia del tabaquismo pasivo se encuentran:

- Muerte infantil súbita
- Enfermedades pleuropulmonares
- Menor rendimiento escolar
- Menos crecimiento pondolongitudinal

En el hombre el hábito de fumar produce alteraciones espermáticas, cáncer en próstata, además de las afecciones orgánicas antes citadas.

Las complicaciones secundarias del tabaquismo no terminan ahí, algunos problemas dermatológicos como la psoriasis son más comunes entre fumadores, otra situación frecuente entre las personas que consumen tabaco, es la enfermedad acidopéptica, demostrada por un aumento en la secreción de ácido a nivel estomacal, quienes sufren una disminución en sus niveles de secreción de bicarbonato como sustancia amortiguadora.

A diferencia de otras adicciones, las secuelas del uso del tabaco no se presentan necesariamente en todos los individuos, lo que ha sido utilizado como justificación constante e inconscientemente por quienes lo consumen o venden.

Frecuentemente los fumadores utilizan para defender y reafirmar su adicción, argumentos como el que dejar el cigarrillo conduce a la obesidad, principalmente en mujeres debido a que el aumento de peso es un hecho concomitante que se establece con el cese del tabaquismo y se le considera como un factor que inhibe los intentos de suspender el hábito. La

preocupación por aumentar de peso es una barrera particularmente importante para las mujeres que intentan dejar de fumar, las causas de aumento de peso cuando se deja de fumar no se han aclarado por completo; sin embargo, una de las posibles explicaciones es que la nicotina incrementa de manera aguda el metabolismo basal, en tanto que al dejar de fumar suele haber un aumento transitorio en la ingestión calórica.(Mundo Médico, 1997)

Es un hecho que el tabaquismo es causa de muchas enfermedades. Por ello, prevenirlo es una gran preocupación para los epidemiólogos, ya que constituye la principal causa evitable de muerte en el mundo, por lo tanto, las medidas orientadas a evitar la aparición de nuevos fumadores, o bien favorecer el abandono del tabaco, serán siempre insuficientes, comparadas con el alto costo en salud ocasionado por esta sustancia. (Mac Mahon 1970)

Así como fumar activamente produce enfermedad en diversos órganos, existen evidencias recientes que se incrementan paulatinamente, en donde se demuestra que la exposición involuntaria al humo de tabaco condiciona la aparición de enfermedades en una magnitud casi equiparable con el sujeto fumador.

Un gran número de personas expuestas al humo de tabaco en sitios cerrados como oficinas, aulas de clase, salas de espera e incluso en el propio hogar, tienen de alguna manera la capacidad de reclamar o alejarse ante las molestias causadas por el humo del tabaco.

Existen evidencias que confirman que anualmente, en Estados Unidos ocurren unos 53,000 fallecimientos secundarios a la

exposición involuntaria al humo del tabaco (tabaquismo pasivo o tabaco de segunda mano), ocasionando que los niveles de colesterol aumenten en los individuos expuestos así como la presencia de infecciones en los oídos y las crisis asmáticas, favoreciendo el desarrollo de las enfermedades respiratorias.

CAPITULO III

**PANORÁMICA DEL
CONSUMO DE TABACO
APLICADA A NUESTRO
PAÍS**

En años recientes, diversas investigaciones han revelado elementos importantes del problema de tabaquismo en México, no obstante, es necesario asentar que estos estudios han sido realizados en poblaciones restringidas.

Investigaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud sobre la prevalencia del consumo de tabaco en América Latina indica que 44.7% de la población masculina y 16.5% de la población femenina, es decir cerca de la tercera parte de la población adulta de México fuma cigarrillos. En los últimos años se han realizado encuestas en México, con objeto de determinar la prevalencia, incidencia, edad de inicio, y cantidad de cigarrillos que se consumen diariamente. (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 1995)

La producción de tabaco es considerada de gran importancia para la economía mexicana; nuestro país ocupa el décimo octavo lugar entre los exportadores de esta planta, con un promedio anual de 22,000 toneladas. Durante 1980 y 1981 se obtuvieron 48 millones de dólares por concepto de exportaciones (calculado del 40% del ingreso total), lo que significó 711,000 horas/hombre de trabajo.

En la economía de la industria del tabaco figuran de manera importante los gastos anuales destinados a propaganda comercial. Cabe destacar que el tabaco oscila entre el tercero y quinto lugar entre los principales productos anunciados en la televisión y que un porcentaje considerable de los mensajes transmitidos están dirigidos a jóvenes y mujeres. Aunque la industria tabacalera sostiene que su estrategia de mercado consiste en lograr que el fumador cambie de marca de cigarrillo (aunque estadísticamente está comprobado que el fumador

adicto difícilmente lo hace) y no es tratar de inducir a los niños a fumar.

Según las proyecciones de la Secretaría de Programación y Presupuesto y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), se espera que tanto la producción como el consumo de tabaco en México aumente o se mantenga estable con tendencia a un crecimiento progresivo en los próximos 20 años. (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 1995)

De acuerdo con el Programa Contra el Tabaquismo del Consejo Nacional contra las Adicciones existen cuatro estrategias contra el tabaquismo:

III. A ESTRATEGIA DE LEGISLACIÓN PARA PROTECCIÓN DE LA SALUD ANTE EL CONSUMO DEL TABACO

El 7 de febrero de 1984 apareció en el diario oficial de la federación la Ley General de Salud, que reconoce por primera vez el consumo de tabaco como una conducta de alto riesgo, tendiente al desarrollo de padecimientos crónicos y causa importante de mortalidad.

La Ley otorga prioridad a la educación de grupos de alto riesgo (niños, adolescentes y mujeres) sobre los efectos de dicho hábito en la salud. Establece la importancia de la investigación científica de los factores que propician el consumo de tabaco, así como, la programación de actividades preventivas. Por lo tanto se requiere que se definan normas, limitando el alcance de la publicidad a información sobre las características, calidad

y técnicas de elaboración de los productos que por ningún motivo deberán representarse como asociados al bienestar o la salud o bien a celebraciones cívicas y religiosas.

Esta legislación también reprueba asociar el consumo de tabaco con ideas o imágenes de éxito en la vida, proyectadas como sexualidad, prestigio social o actividades recreativas y deportivas.

Sin embargo, en la actualidad la propaganda diseminada por los medios masivos utiliza todos estos elementos para promover el consumo e inducir al uso de tabaco a los no iniciados.

Finalmente, la ley exige que las cajetillas de cigarros lleven el aviso de que el consumo del producto es nocivo para la salud, además de información sobre el contenido preciso de compuestos químicos patógenos, tales como las concentraciones de nicotina y alquitrán, que desempeñan un papel importante en el desarrollo de problemas cardiovasculares y cáncer, respectivamente. (MaGinnis, 1983)

III. B ESTRATEGIAS EN ATENCIÓN A LA SALUD

Establecer la medidas de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación del fumador, así mismo llevando a cabo un diagnóstico temprano y tratamiento del fumador involuntario y desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica sobre el tabaquismo.

III. C ESTRATEGIAS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Desarrollar actividades de educación para la salud, con el fin de modificar hábitos, actitudes y conductas que se relacionan con esta adicción y que permiten la disminución y el rechazo al tabaquismo, para desarrollar actividades de enseñanza encaminadas a la capacitación del personal de salud, docentes y grupos afines, estimular la participación social mediante la integración de grupos que desarrollen actividades sobre prevención del tabaquismo y concertar la coordinación intersectorial salud-educación para aunar esfuerzos en esta cruzada.

III. D ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

Realizar actividades de apoyo a la investigación que fomenten la formación de recursos humanos y refuercen la infraestructura necesaria para el desarrollo de proyectos de investigación en la materia, desarrollar proyectos de investigación encaminados a la generación de conocimientos del problema, para la operación de programas de acción específicos, promover el establecimiento de sistemas de evaluación sobre el impacto de las acciones. (Programa Contra el Tabaquismo, 1993)

Por lo que se refiere al problema de tabaquismo, en los últimos años, tanto expertos nacionales como internacionales han asegurado que de no tomarse una serie de medidas estrictas en los países en vías de desarrollo, en cuanto a la venta y distribución de cigarrillos; reglamentación de su consumo en lugares públicos; campañas de publicidad y programas de

educación para la salud; las repercusiones y daños sobre la salud pública de la población de estos países, alcanzará la magnitud de los problemas de salud pública de los países desarrollados (McGinnis, 1983).

CAPITULO IV

**RELACIÓN ENTRE EL
CONSUMO DEL TABACO Y
LA PSICOLOGÍA**

El tabaquismo involucra primordialmente dos conceptos de dependencia: la física y la psicológica.

IV. A DEPENDENCIA FÍSICA

Es un estado de adaptación del organismo que se manifiesta por la aparición de trastornos, cuando se interrumpe la ingestión de la sustancia adictiva. Al conjunto de estas alteraciones se le conoce con el nombre de síndrome de abstinencia, que es la manifestación de signos y síntomas de naturaleza psicológica y física. La profundidad del síndrome depende de la dosis total diaria consumida, de la frecuencia de la administración y del tiempo que tiene la dependencia.

En años recientes, la evidencia de que el consumo de cigarrillos predispone a una variedad de trastornos orgánicos, ha conducido a muchos fumadores a intentar dejar el hábito tabáquico. Muchos son incapaces de dejarlo completamente o si lo hacen a menudo reinciden. La dificultad de abandonar el hábito o reincidir después de un periodo puede deberse al carácter desagradable del síndrome de abstinencia, el cual es originado por el cese o reducción significativa del hábito de fumar.

El síndrome incluye un gran deseo, una particular urgencia para fumar, irritabilidad, ansiedad, dificultad para concentrarse, insomnio, dolor de cabeza, fatiga y algunos trastornos gastrointestinales. Se asume que estas manifestaciones son causadas por la necesidad de nicotina en el organismo, ya que es esta la responsable del bienestar psicológico y de la dependencia biológica del fumador, además

de ser el principal componente farmacológico activo en el tabaco y causante de la adicción. (DSM III)

La sensación de urgencia de fumar, así como el resto de los síntomas aparecen en las siguientes 24 horas después de haber fumado el último cigarrillo, de ahí va disminuyendo gradualmente hasta que existe una desintoxicación completa de las sustancias del tabaco en el organismo, esto sucede alrededor de tres a cuatro semanas, pasando este tiempo se habrá superado la dependencia física.

IV.B DEPENDENCIA PSICOLÓGICA

Se refiere al uso compulsivo de una droga, sin desarrollo de dependencia física pero que implica peligro para el individuo, ya que al suspenderla siente la necesidad de ella. La dependencia psicológica es muchas veces más difícil de eliminar que la física, ya que llegan a existir asociaciones muy fuertes entre la droga y condiciones gratificantes. En el caso del cigarro el individuo asocia a este con ciertas actividades y sentimientos atribuyéndole un valor importante.

Desde el punto de vista conductual el hábito de fumar es una condición aprendida o condicionada entre una secuencia estímulo-respuesta y un reforzador, cada inhalación (golpe) representa un reforzador, si tomamos en cuenta la cantidad de fumadas por cigarro y la cantidad de cigarros por día, tenemos una cantidad enorme de reforzadores lo cual nos lleva a concluir que fumar es una conducta altamente reforzante.

Otro factor que influye en la dependencia psicológica es la asociación del cigarro con una serie de conductas positivas: placer, éxito, seguridad, confianza, libertad, personalidad, etc. y esto tiene como consecuencia que el sujeto llega a integrar al cigarro no solamente con los aspectos positivos antes mencionados sino inclusive con la estructura perceptual de sí mismo o del yo, de tal manera que el sujeto fumador reporta frecuentemente que le falta algo, que se siente desnudo, que se siente mal por no tener un cigarro en la mano. Esto es debido en gran parte a la influencia de la publicidad.

IV. C FACTORES PSICOSOCIALES QUE INDUCEN EL INICIO DEL HABITO

Según modelo de Russell (1974):

- La disponibilidad: para una persona es más fácil fumar si tiene acceso al cigarro.
- La curiosidad: muchas personas inician su hábito simplemente por la curiosidad de saber que se siente al fumar.
- Rebeldía: en los adolescentes este es un mecanismo importante muchos jóvenes empiezan a fumar para demostrar alguna inconformidad.
- La obstinación : muchos jóvenes fuman a pesar de que los primeros cigarros no les resulten agradables e incluso a pesar de que se les explique el daño que les ocasiona el tabaco.

- Anticipación a la adultez: a través de los medios de comunicación la radio (la televisión, etc.) se transmite la imagen que asocia a la persona que fuma cómo una persona adulta, con dinero, éxito, etc. y los jóvenes empiezan a fumar para sentirse o parecer adultos con esas características.

- Seguridad social: cuando un joven pertenece a un grupo social en el que todos los miembros fuman, esta persona comenzará a fumar para sentirse parte del grupo.

- El ejemplo de los padres: los niños y los adolescentes obtienen una gran cantidad de información a través de los padres, ya que los observan y tienden a seguir sus ejemplos, si estos fuman tenderán a imitarlos.

- Hermanos mayores y amigos fumadores: éstos pueden funcionar como ejemplo para que cualquier niño se inicie en el hábito tabáquico, el cual se inicia generalmente en la adolescencia, ya sea como una forma de llamar la atención y de ser tomado en cuenta (Hayashi, 1995).

En estudios realizados en México se ha considerado que la alta proporción de casos son el resultado de varios factores, los principales son la Ansiedad y la Depresión, resultado del Síndrome de Dependencia al tabaco, los cuales son elementos importantes que obstaculizan el abandono del hábito (Hayashi, 1997).

Cada vez se reconoce mejor la asociación entre depresión mayor y ansiedad, se calcula que hasta el 95% de los pacientes con estos padecimientos no presenta en exclusiva alguna al azar, sino, que tienen altas probabilidades de presentar

conjuntamente ambos. Se ha calculado que cerca del 2 % de la población estadounidense presenta depresión asociada a ansiedad en un periodo de 6 meses y que las mujeres tienen más del doble de probabilidad de presentar en forma conjunta los síntomas de depresión y ansiedad. De hecho, hay autores que mencionan que estas dos entidades no pueden distinguirse una de la otra y no pueden existir como entidades únicas (Psiquiatría Vol,10, 1994).

IV.D ANSIEDAD

El concepto de ansiedad resulta ya un clásico dentro del mundo de la medicina: a finales del siglo pasado James y Lange emitieron la hipótesis de que la experiencia subjetiva de distintos cambios corporales que -después se comprobó aparecían- creaba tal sensación. Pero fue treinta años más tarde, con Cannon, cuando se planteó de modo definitivo el hecho de que la respuesta generalizada que se produce en el organismo ante una situación inesperada parte del simpático a través de la participación de las estructuras talámicas y encefálicas.

Selye es quien introduce el concepto tal como hoy lo conocemos: El Síndrome General de Adaptación es un conjunto de reacciones inespecíficas del organismo desencadenadas por elementos de carácter tóxico, infeccioso o emocional. A partir de su descripción es cuando el psiquismo comienza a ser considerado como relevante en el campo de la medicina en tanto en cuanto un estímulo psicológico o una determinada condición psicopatológica es capaz de originar una enfermedad somática.

Siguiendo con Selye se observa que en la reacción somática a la ansiedad aparecen tres estadios: El primero de ellos (la reacción de alarma), con cambios típicos de carácter emocional, el segundo llamado de resistencia a la ansiedad y el tercero de agotamiento. En cada uno de ellos y en el síndrome en conjunto el autor describe los cambios bioquímicos y hormonales que constituyen el correlato de sus concepciones teóricas (Pena Andreu, J.M., 1997).

En una observación frecuente en clínica el hecho de que la ansiedad puede presentarse en casi todos los síndromes psiquiátricos: como una parte integral del síndrome (por ejemplo en la esquizofrenia en forma de ansiedad psicótica); como un fenómeno reactivo(ansiedad frente a una enfermedad orgánica); o como consecuencia de la pérdida de cierta capacidad de autocontrol (como sucede ocasionalmente en los estadios iniciales de la demencia de Alzheimer).

Pero la ansiedad puede presentarse por si misma en ausencia de alteraciones somáticas no vinculadas a otras alteraciones psiquiátricas como esquizofrenias o depresiones y desligada de desencadenantes externos que puedan motivarla: Constituyen los "Trastornos de ansiedad" según la denominación del DSM.IV.

La ansiedad no es necesariamente patológica, sino que se produce habitualmente en un tipo de vida activo pleno de tensiones de carácter profesional y social no exento de importantes niveles de competitividad. El problema surge cuando dificulta y limita la vida del sujeto pues aparece sin causa concreta, es decir, no como una respuesta frente a un acontecimiento externo que nos haga prepararnos para la

acción, y si como un modo de conducta que persiste en ausencia de un desencadenante adecuado. Cuando esto sucede, es decir, cuando la ansiedad es el trastorno más relevante de la sintomatología del paciente el diagnóstico de “Trastornos de ansiedad” puede ser correctamente aplicado.

De hecho los síntomas de ansiedad son muy similares a los del miedo y corresponden al Síndrome General de Adaptación. El miedo intenso va acompañado de síntomas tales como palpitaciones, palidez, sensación lipotímica, disnea, pérdida de apetito, náuseas, poliuria, temblor, sudoración. Pues bien, los mismos síntomas son los que acompañan a la ansiedad pero, mientras que en el miedo la causa que lo provoca es conocida, en la ansiedad la causa es desconocida, permaneciendo su existencia oculta a los ojos del observador y del propio paciente.

El propósito inicial de la respuesta fisiológica al miedo es el de la preparación para el ataque o la huida.

En los trastornos de ansiedad, la atención interior se puede exteriorizar de alguna forma mediante descargas emotivas, motoras o psicósomáticas; o bien ser contenida bajo un estado de alerta e hipervigilancia mantenido que provoca con frecuencia el insomnio del que suelen quejarse estos pacientes, la permanente contracción de la musculatura paravertebral que provoca lumbalgias, dorsalgias, cefaleas tensionales etc. , que finalmente provoca la sensación de cansancio y de fatiga crónica característica en estos pacientes y que ha recibido diversos nombres a lo largo de la historia de la psiquiatría como el de neurastenia de Beard o el de Psicostenia de Janet (Pena Andreu J.M. 1997).

IV.D.1 Clasificación de los Estados de ansiedad o neurosis de ansiedad según C.I.E. 10 Y DSM-IV

Trastornos por angustia.

Los rasgos esenciales son crisis de angustia recurrente que se presentan a veces de forma impredecible aunque pueden ir asociadas a determinadas situaciones.

Una de las complicaciones más comunes de este trastorno es el desarrollo de un miedo anticipatorio de desamparo o de pérdida de control durante la crisis de angustia.

Sintomatología asociada. El individuo desarrolla a menudo varios grados de nerviosismo y de aprensión ante las crisis. El nerviosismo y la aprensión se caracterizan por las manifestaciones generales de expectación aprensiva, vigilancia y escrutinio, tensión motora e hiperactividad vegetativa.

Edad de Comienzo. El trastorno empieza a menudo al final de la adolescencia o en la primera época de la edad madura pero puede presentarse inicialmente en la edad media de la vida.

Curso. La alteración puede limitarse a un breve y único periodo que dura diversas semanas o meses, puede repetirse algunas veces, o hacerse crónica.

Deterioro. Excepto cuando la alteración es grave o complicada por la agorafobia, casi nunca es incapacitante.

Complicaciones. Ya se ha mencionado antes la complicación de la agorafobia con crisis de angustia. Otras complicaciones

pueden ser el abusos de alcohol o de medicaciones ansiolíticas y los trastornos depresivos.

Factores predisponentes. El trastorno por angustia de separación en la niñez y la perdida repentina de objeto predisponen aparentemente al desarrollo de esta alteración .

Prevalencia. La alteración es aparentemente común.

Incidencia. En ambos sexos. Esta alteración se diagnostica mucho más frecuentemente en las mujeres.

Diagnóstico Diferencial. Deben descartarse trastornos físicos del tipo de la hipoglucemia, del feocromositoma y del hipertiroidismo todos los cuales pueden presentar síntomas similares.

En la abstinencia de algunas sustancias tales como los barbitúricos y en algunas intoxicaciones por sustancias del tipo de la cafeína o las anfetaminas pueden presentarse crisis de angustia. No debe hablarse de trastorno por angustia cuando estos ataques son debidos a alteraciones mentales orgánicas producidas por sustancias químicas.

En la esquizofrenia, en la depresión mayor o en los trastornos por somatización pueden presentarse también crisis de angustia sin embargo cuando las crisis son debidas a estas alteraciones no debe establecerse el diagnóstico de crisis de angustia.

El trastorno por ansiedad generalizada puede confundirse con la ansiedad crónica que a menudo se desarrolla entre las crisis del trastorno por angustia. La historia de crisis de angustia

recurrente excluye el trastorno por ansiedad generalizada (CIE 10, 1992).

Criterios para el diagnóstico de trastornos por angustia.

a) Por lo menos tres crisis de angustia en un periodo de tres semanas en circunstancias distintas a las de un esfuerzo físico intenso o de una situación amenazante para la vida, además, los ataques no deben ser provocados por la exposición a estímulos fóbicos circunscritos.

b) Las crisis de angustia van asociadas a periodos de aprensión o de miedo y, cuando aparecen, por lo menos deben darse 4 de los siguientes síntomas en cada crisis:

1) disnea, 2) palpitaciones, 3) dolor o malestar precordial, 4) apnea o sensaciones de ahogo, 5) mareo, vértigo o sensación de inestabilidad, 6) sentimiento de irrealidad, 7) parestesia (cosquilleo en manos o pies) 8) oleadas de calor y de frío, 9) sudoración, 10) debilidad, 11) temblor o estremecimiento, 12) miedo a morir, a volverse loco o a realiza cualquier cosa descontrolada durante el ataque.

c) Todo lo anterior no es debido a trastornos físicos ni a otros trastornos mentales como la depresión mayor, los trastornos por somatización o la esquizofrenia.

d) El trastorno no esta asociado con la agorafobia (DSMIII).

Trastorno de Ansiedad Generalizada.

La característica de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una angustia libre flotante). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables pero los más frecuentes son: quejas de sentirse nervioso, temblores, tensión muscular, sudoración mareos, palpitaciones, vértigos, molestias gástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores de que uno mismo o un familiar vaya a enfermarse o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Ese trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Pautas para el Diagnóstico. El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante meses, varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de :

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, dolores de cabeza debido a tensión , temblores, incapacidad de relajarse).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia, molestias gástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

La presencia transitoria de otros síntomas, en particular de depresión no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no debe satisfacer la pauta de episodio depresivo, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de pánico o trastorno obsesivo - compulsivo.

Incluye: Estado de ansiedad, neurosis de ansiedad y reacción de ansiedad.

Excluye: Neurastenia.

Trastorno de Pánico

Los síntomas de un ataque de pánico se manifiestan por: palpitaciones, dolores en el pecho, mareos o vértigos, náusea o problemas estomacales, sofocos o escalofríos, falta de aire o una sensación de asfixia, hormigueo o entumecimiento, estremecimiento o temblores, sensación de irrealidad, terror, sensación de falta de control o estarse volviendo loco, temor a morir y transpiración.

Quienes padecen de trastornos de pánico experimentan sensaciones de terror que les llega repentina y repetidamente sin previo aviso. No puede anticipar cuando les va a ocurrir un ataque y muchas personas pueden manifestar ansiedad intensa entre cada uno al preocuparse de cuando y donde les llegara el siguiente. Entre tanto, existe una continua preocupación de que en cualquier momento se va a presentar otro ataque.

Este trastorno ataca por lo menos al 1.6% de la población y es doblemente más común en las mujeres que en los hombres. Puede presentarse a cualquier edad, en los niños o en los ancianos, pero casi siempre comienza en los adultos jóvenes. No todos los que sufren ataques de pánico terminan teniendo trastornos de pánico, el trastorno de pánico frecuentemente va acompañado de otros problemas tales como depresión o alcoholismo y puede engendrar fobias relacionadas con lugares o situaciones en donde los ataques de pánico han ocurrido. La tendencia a trastornos de pánico y a algunas fobias tiende a ser hereditario.

Un tratamiento efectivo generalmente involucra cierto tipo de terapia de conocimiento cognoscitivo llamada insensibilización o de exposición, en la cual los pacientes se exponen gradualmente a lo que los asusta hasta que el miedo comienza a desaparecer.

Trastorno Obsesivo Compulsivo

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un trastorno caracterizado por presentar pensamientos o rituales de ansiedad que no se pueden controlar. Los pensamientos o las imágenes preocupantes se llaman obsesiones y los rituales que se celebran para tratar de prevenirlas o disciparlas se llaman impulsos. Muchas personas saludables pueden presentar algunos de estos síntomas pero se diagnostica trastorno únicamente cuando dichas actividades consumen cuando menos una hora al día, son muy angustiosas o interfieren con la vida diaria. El trastorno obsesivo compulsivo afecta a hombres y a mujeres aproximadamente en igual número y aflige a más o

menos 1 de cada 50 personas. Puede aparecer en la niñez, en la adolescencia o en la edad madura pero como promedio se detecta en los jóvenes o en los adultos jóvenes. Un tercio de los adultos con TOC experimentaron sus primeros síntomas en la niñez. El curso que sigue la enfermedad es variable, los síntomas pueden ir y venir, mitigarse por un tiempo o empeorar progresivamente.

La Depresión u otros trastornos de ansiedad pueden acompañar al TOC. Además, algunas personas con TOC sufren de trastornos alimenticios o pueden tratar de usar tabaco, alcohol o drogas para calmarse.

Una de las alternativas para tratar el TOC es la terapia de Comportamiento, llamada prevención por exposición y respuesta, que consiste en exponer a la persona a lo que causa el problema y luego ayudarla a hacer a un lado el ritual acostumbrado.

Trastorno Postraumático por Tensión

El Trastorno Postraumático por Tensión (TPT) es una condición debilitante que sigue a un evento de terror. Frecuentemente las personas que sufren el TPT tienen frecuentemente memorias y pensamientos espantosos de su experiencia y se sienten emocionalmente paralizadas, especialmente hacia personas que antes estuvieron cerca de ella. El evento que desata este trastorno puede ser algo que amenace la vida de esa persona o la vida de alguien cercano a ella o bien, puede ser alguna situación que presencié. Cualquiera que sea la razón del problema, algunas personas con TPT repetidamente vuelven a

vivir el traumas en forma de pesadillas y recuerdos inquietantes durante el día. Pueden también experimentar problemas de sueño, depresión, sensaciones de indiferencia o de entumecimiento o se sobresaltan fácilmente. Pueden perder el interés en cosas que antes les causaba alegría y les cuesta trabajo sentir afecto. Es posible que se sientan irritables, más agresivas que antes o hasta violentas.

El TPT puede presentarse a cualquier edad incluyendo la niñez. El trastorno puede venir acompañado de depresión, de abuso de sustancias químicas o de ansiedad, los síntomas pueden ser ligeros o graves, las personas pueden irritarse fácilmente o tener violentos arranques de cólera o de mal humor. Los eventos ordinarios pueden traer el trauma a la mente o iniciar recuerdos retrospectivos que pueden hacer que la persona pierda el contacto con la realidad y vuelva a vivir el evento durante un periodo de unos segundos o por horas y estos recuerdos pueden presentarse en forma de imágenes, sonidos, olores o sensaciones, generalmente cree que el evento traumático esta volviendo a repetirse.

Se diagnostica TPT únicamente si los síntomas duran más de un mes. En aquellas personas que tienen TPT los síntomas generalmente comienzan después de tres meses del trauma y el curso de la enfermedad varia, ocasionalmente la enfermedad no se detecta sino hasta varios años después del evento traumático, se pueden disminuir los síntomas de la depresión y los problemas de sueño por medio de psicoterapia incluyendo la terapia de comportamiento cognoscitivo en el que se expone a lo que el paciente recuerda del trauma (Pena Andreu J.M. 1997).

IV. E CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN CIE-10 Y DSM-IV

La depresión es un estado de ánimo en el que predominan sentimientos de tristeza, soledad y desilusión, llevando a la persona que la sufre a aislarse, perdiendo contacto con sus actividades, con sus familiares y amigos.

Todas las personas experimentan cierto ánimo deprimido o momentos de llanto y han padecido de diversas maneras y en distintos momentos y etapas de la vida las mismas cosas que le suceden al depresivo. Aunque hablaremos de depresión solamente cuando estas circunstancias sean severas y duraderas, de manera que el dolor y los problemas borren en anhelo por vivir la mayor parte del tiempo.

La depresión afecta los pensamientos y las emociones, el cuerpo y el comportamiento. Por lo menos una de cada cinco personas se enferma de depresión en algún momento de su vida, pero por lo general la persona no se da cuenta o no lo reconoce, por lo que se le dificulta encontrar solución a su padecimiento.

La depresión a veces se origina en experiencias que generan gran tensión, como la pérdida de un ser querido, mientras que otras veces aparece de repente y sin razón. Algunas personas la padecen una sola vez en la vida, mientras que a otras se les repite. En ocasiones los síntomas son tan severos que a la persona se le imposibilita llevar una vida normal, y otras veces se presentan formas crónicas, que no impiden funcionar, pero tampoco dejan sentirse realmente bien, en algunos individuos aparecen periodos de felicidad absoluta y satisfacción plena, pero en momentos se sienten sumamente mal.

Las raíces más profundas de la depresión se encuentran en los tres primeros años de vida, cuando son trascendentales para el desarrollo posterior. Durante esta etapa, las pérdidas significativas y grandes, como la muerte de alguno de los padres dan origen a los que posteriormente será depresión. Algunas veces lo que produce depresión no es una sola pérdida, sino la sumatoria de muchas perdidas similares.

Sintomatología.

Sensaciones de desamparo y desesperanza, pesimismo, temor, tristeza, pérdida o disminución de la capacidad de sentir placer y gozo por vivir, dormir excesivo o insomnio, pobre concepto de sí mismo, baja autoestima, autorreproches, períodos ocasionales de llanto, fatiga, apatía y/o falta de interés por las actividades de la vida (trabajo, acontecimientos importantes, deseo sexual), disminuyen o desaparecen las manifestaciones de sentimientos cálidos hacia familiares y amigos, mala digestión, dolores de estómago, náuseas, estreñimiento y diarrea, comer poco o en exceso, irritabilidad, dolores en diversas partes del cuerpo como cabeza, espalda, articulaciones y extremidades, tendencia al aislamiento, sentimiento de soledad, sensación de vacío, angustia, sentimiento de abandono, sentimiento de culpa, trastornos variables en las funciones de memoria, atención, concentración y toma de decisiones, demanda interminable de afecto ya que el individuo nunca se llena, nada le es suficiente, pensamientos repetitivos de muerte que pueden estar relacionado con ideas suicidas, síntomas maniacos o hipomaniacos.

Algunas personas presentan periodos en los que su comportamiento manifiesto es opuesto a lo anteriormente descrito, por lo que presentan: sentimientos de grandeza y omnipotencia, tienden a hablar rápido y a repetir las ideas, se distraen con facilidad, sienten que sus pensamientos van muy rápido, presentan hiperactividad y tienden a hacer las cosas sin antes pensarlas.

En niños y en ancianos es común que el único síntoma distinguible sea la irritabilidad.

La Depresión y las Drogas. Existe una fuerte correlación entre la depresión y el uso y abuso de drogas, por lo que las personas con depresión tienen mayores probabilidades de iniciar el uso de alguna droga, esto sucede porque al depresivo la realidad le parece intolerable, mientras que la droga le parece una “realidad alternativa” mucho más soportable y agradable.

El alcohol, el tabaco, la marihuana y la cocaína son las drogas más usadas por los deprimidos. Al ingerir alcohol o al fumar, algunas personas logran mejorar artificialmente su autoconfianza y recuperan parcialmente sus vínculos con el mundo. La marihuana tiende a ayudar en el control de descargas destructivas, tanto hacia sí mismo como hacia el mundo, aunque también algunas personas la usan para sentir menos culpa sobre actos destructivos o ilícitos. La cocaína por el contrario, tiende a servir para incrementar la actividad hacia el mundo, despertando sensación de lucidez plena, que por definición también alivian el malestar de los síntomas de la depresión, esto opera en términos del principio del placer, de tal manera que dan un beneficio inmediato y por completo,

pero su efecto no es duradero, es efímero, por lo que obliga a repetir el consumo muchas veces.

Depresión y Duelo. La depresión de cualquier intensidad es consecuencia de pérdidas importantes, como perder a los padres, pareja, hermanos, amigos, hijos o cualquier valor importante, ya sea en el trabajo, la escuela, el hogar, la patria, el amor, o un anhelo que no pudo cumplirse y esto es algo que tarde o temprano se enfrenta a lo largo de la vida. Mientras más pequeña sea la persona que sufre pérdidas importantes y mayor el número e intensidad, mayor será su predisposición a sufrir depresión. Ante estas pérdidas se genera un proceso de duelo que incluye emociones y comportamientos que no pueden ser considerados como normales bajo otras circunstancias. Las etapas del proceso de Duelo son: negar la pérdida, dolor por la pérdida, tristeza, rabia, coraje, identificación con lo perdido, búsqueda de alternativas para seguir la vida y finalmente, aceptación.

Estas etapas no transcurren en forma progresiva, sino que es común que se vuelva a pasar por etapas que ya se creían superadas, por lo que es necesario que la persona no ponga resistencia a ninguna de las etapas.

Tratamientos para la Depresión:

1. **Farmacoterapia.** Una medicación adecuada y oportuna puede ser de gran importancia ya que la gente con una depresión mayor tiene pocos neurotransmisores como son: dopamina, serotonina, acetilcolina y triptofan, por lo que es de suma importancia seguir estrictamente un tratamiento profesional con medicamentos antidepressivos.

Existen tres tipos de antidepresivos:

- IMAO (inhibidores de la mono-amino-oxidasa). Tienen cierto riesgo y son complicados pues las personas que los usan deben hacerlo bajo una estricta supervisión y disciplina, porque durante el tratamiento las personas pueden desarrollar cuadros alérgicos si consumen chocolates, lácteos y vinos.

- Tricíclicos. Son muy eficaces, fáciles de manejar, la mayoría no tienen contraindicaciones,(Himipramina, Amitriptilina), requieren receta médica.

- Fluoxetina. No tiene contraindicaciones, requiere receta medica, a algunas personas les quita el apetito, por lo que puede ocasionar pérdida de peso.

2. Psicoterapia. El tratamiento psicoterapéutico para la depresión es indicado en todos los caso graves en lo que la persona ya se encuentre medicada, y para todas las demás formas de depresión, ya sean leves, moderadas, por crisis o por duelo.

3. Terapias Alternativas. Musicoterapia, delfinoterapia, flores de Bach, etc.

Episodio Depresivo Mayor

Sintomatología. Para el diagnostico del Episodio Depresivo Mayor tienen que tomarse en cuenta los siguientes nueve síntomas, de los cuales uno de los dos primeros debe aparecer forzosamente, y al menos cinco de los de los siete restantes.

1. Animo depresivo casi todo el día y casi todos los días, sin importar si lo reporta el mismo sujeto o lo reporta otra persona.
Nota: En niños y en ancianos se puede permutar el síntoma, ánimo depresivo por el síntoma irritabilidad.

2. Anhedonia. Disminución marcada del interés o del placer en todas o casi todas las actividades diarias, casi todos los días. No importa si lo reporta el sujeto o alguien cercano.

3. Cambio de más del 5% en el peso corporal (que no sea por una dieta específica).
Nota: En niños se presenta imposibilidad para alcanzar las ganancias en peso esperadas.

4. Insomnio o hipersomnias casi diarias.

5. Agitación o retardo psicomotor casi diarias.

6. Fatiga o pérdida de energía casi diarias.

7. Sentimientos de que nada tiene sentido o de culpa, excesivos o inapropiados.

Puede que lleguen a ser delirantes o que ocurran casi diario.

8. Disminución de la concentración y/o de la capacidad de tomar decisiones casi diario. Lo reporta el sujeto u otra persona.

9. Pensamientos recurrentes de muerte, con ideas de morir, ideas suicidas, con o sin intentos suicidas, previos, actuales o con plan específico de acción (DSMIV).

No debe estar presente:

1. Que los síntomas no concuerden con el criterio de un episodio maniaco-depresivo.

2. Que los síntomas no se deban a efectos psicológicos directos de una sustancia o de una condición médica general (hipotiroidismo relacionado con manejo de las emociones, por disminución en la producción de hormonas tiroideas que se confunden con un episodio maniaco-depresivo).

3. Que no puedan ser mejor atribuidos a procesos de duelo por pérdidas mayores (DSMIV).

CAPITULO V

**DESCRIPCIÓN DE LOS
INSTRUMENTOS**

V. A. 1. INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE)

Para medir la ansiedad se empleó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), versión en español del STAI State Trait-Anxiety Inventory elaborado por los doctores Charles D. Spielberg, Richard L. Gorsuch y colaboradores, constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1. La llamada Ansiedad-Estado (A-Estado) y la Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) que aún cuando se desarrolló originalmente para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, se ha demostrado que es también útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato, y en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos. La escala A-Estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos. Puede también utilizarse para medir los cambios de intensidad en A-Estado que ocurren en esas situaciones. Las características esenciales que pueden evaluarse con la escala A-Estado involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

El IDARE también ha resultado útil en el trabajo clínico. La escala A-Rasgo es utilizada para la identificación de estudiantes de bachillerato y profesional, que sean propensos a la ansiedad; y para evaluar el grado hasta el cual los estudiantes que solicitan los servicios del consejo psicológico o de orientación, son afectados por problemas de ansiedad neurótica.

La escala Ansiedad-Rasgo del inventario de la ansiedad consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado. Ambas escalas se encuentran en una sola hoja, impresa por ambos lados.

V. A. 2 LOS CONCEPTOS DE ANSIEDAD-ESTADO Y DE ANSIEDAD-RASGO

La Ansiedad-Estado es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La Ansiedad-Rasgo se refiere a las diferencias individuales relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes y como elevaciones de la intensidad de la Ansiedad-Estado.

Como concepto psicológico, la Ansiedad-Rasgo tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson (1964) llama "motivos" y que Campbell (1963) conceptualiza como "disposiciones conductuales adquiridas". Los motivos son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación las activan. Las disposiciones conductuales adquiridas, de acuerdo con

Campbell, involucran residuos de experiencias pasadas que predisponen al individuo tanto a ver el mundo en la forma especial, como a manifestar tendencias de respuesta "objeto consistentes".

Los conceptos de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo pueden concebirse como análogos, en cierto sentido, a los conceptos de energía cinética y potencial en la física. La Ansiedad-Estado es como la energía cinética, se refiere a un proceso empírico de reacción que se realiza en un momento particular y en un determinado grado de intensidad. La Ansiedad-Rasgo, como la energía potencial, indica las diferencias de grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción. En donde la energía potencial destaca las diferencias entre los objetos físicos, respecto a la cantidad de energía cinética que puede ser liberada si se le dispara a través de una fuerza apropiada. La Ansiedad-Rasgo implica las diferencias entre las personas en la disposición para responder a situaciones de tensión con cantidades variables de Ansiedad-Estado.

Se podría anticipar en general, que quienes califican alto en A-Rasgo, exhibirán elevaciones de Ansiedad-Estado más frecuentemente que los individuos que califican bajo en Ansiedad-Rasgo, ya que los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fuesen peligrosas o amenazantes. Las personas con alta Ansiedad-Rasgo también responderán muy probablemente con un incremento en la intensidad de Ansiedad-Estado en situaciones que implican relaciones interpersonales que amenazan la autoestima.

V.A.3 APLICACIÓN

El IDARE fue diseñado para ser autoadministrable y puede ser aplicado ya sea individualmente o en grupo. Las instrucciones completas están impresas en el protocolo de ambas escalas, tanto la escala de Ansiedad-Rasgo como la de Ansiedad-Estado.(VER APÉNDICE 1).

La aplicación del inventario no tiene límite de tiempo. Los estudiantes universitarios generalmente requieren de 6 a 8 minutos para contestar cualesquiera de las dos escalas y menos de 15 minutos para contestar ambas. Las personas con menor nivel educativo y, o con disturbios emocionales, pueden requerir de 10 a 12 minutos para contestar una de las escalas y aproximadamente 20 minutos para contestar las dos. Las aplicaciones repetidas de la escala Ansiedad-Estado típicamente requieren de 5 minutos o menos.

Aún cuando muchos de los reactivos del IDARE tiene validez de contenido como medidas de "ansiedad", el examinador no deberá utilizar este término al aplicar el inventario.

Por el contrario, deberá consistentemente referirse al Inventario y a sus escalas como el Inventario de Autoevaluación, ya que es precisamente el título que esta impreso en el protocolo.

La validez del IDARE se fundamenta en el supuesto de que el examinado entiende claramente las instrucciones que se le dan, en relación con el "estado" él debe reportar como se siente en este momento específico, y de las instrucciones que se le dan en relación con el "rasgo" se le pide que indique como se siente generalmente. La atención del examinado debe ser dirigida al hecho de que las instrucciones son distintas para las dos partes

del inventario y se le deberá decir que en ambas instrucciones se debe leer con todo cuidado, tanto en un lado como en el otro. Generalmente es útil hacer que el examinado lea las instrucciones en voz alta y, además dar al examinado la oportunidad de hacer preguntas.

En el proceso de estandarización del IDARE se aplicó primero la escala Ansiedad -Estado (forma SXE) y en seguida la escala Ansiedad-Rasgo (forma SXR). Este es el orden que se recomienda cuando ambas escalas se aplican juntas. Puesto que la escala A-Estado fue diseñada con el fin de que fuese sensitiva a las condiciones bajo las cuales se aplica el inventario, las calificaciones en esta escala pueden ser influenciadas por la atmósfera emocional que se puede crear si se aplica primero la escala A-Rasgo. En contraste, ha sido demostrado que las escalas A-Rasgo son relativamente inmunes al efecto de las condiciones bajo las cuales son aplicadas (Johnson, 1968; Jonhson & Spielberger., 1968; Land, 1969).

El examinado responde a cada uno de los reactivos del IDARE, llenando el círculo del número apropiado que se encuentra a la derecha de cada uno de los reactivos del protocolo. El IDARE puede aplicarse también con una hoja de respuestas de elección múltiple que permita obtener la calificación por medio de computadoras.

La mayor parte de los datos normativos que se reportan en este Manual, fueron obtenidos con hojas de respuesta, IBM Serie 1230. Con este tipo de hojas de respuesta, (el total de las tarjetas de una máquina de calificar 1230), puede ser alimentado directamente a un programa de computadora diseñado para calificar pruebas con respuestas de diferentes pesos (tales

programas pueden obtenerse para la mayoría de las computadoras).

Las instrucciones para la escala A-Rasgo del IDARE deberán ser siempre las que están impresas en el protocolo respectivo.

V. A. 4 CALIFICACIÓN

La dispersión de posibles puntuaciones para el "Inventario de Autoevaluación" del IDARE varía desde una puntuación mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80, tanto en la escala Ansiedad-Estado como en la escala Ansiedad-Rasgo.

Los sujetos responden a cada uno de los reactivos del IDARE valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos. Las cuatro categorías para la escala Ansiedad-Estado son: 1. no en lo absoluto. 2. un poco. 3. bastante. 4. mucho. Las categorías para la escala Ansiedad-Rasgo son: 1. casi nunca. 2. algunas veces. 3. frecuentemente y 4. casi siempre.

Algunos de los reactivos del IDARE por ejemplo: "estoy tenso" se formularon de tal manera que una valoración (4) indica un alto nivel de ansiedad, mientras que otros reactivos por ejemplo: "me siento bien" se formularon de tal manera, que una valoración alta (4) indica muy poca ansiedad. El valor numérico de la calificación para los reactivos en los cuales las valoraciones altas indican gran ansiedad son los mismos representados por el número que se haya sombreado. Para aquellos reactivos en los cuales una valoración alta indica poca ansiedad en valor numérico de la calificación es inverso. Así pues, el valor numérico para las respuestas marcadas 1, 2, 3, 4,

en caso de los reactivos inversos, viene a ser de 4, 3, 2 y 1 respectivamente.

Para reducir la posible influencia de una respuesta indiscriminada a las respuestas del IDARE, sería conveniente balancear las escalas Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo, con un número igual de reactivos para los cuales las valoraciones altas indiquen ansiedad.

La escala Ansiedad-Estado del IDARE está balanceada para evitar la respuesta indiscriminada mediante 10 reactivos con calificación invertida. Sin embargo, no fue posible desarrollar una escala A-Rasgo balanceada a partir de los reactivos originales. La escala A-Rasgo del IDARE tiene siete reactivos invertidos y 13 reactivos de calificación directa.

Los reactivos invertidos de las escalas del IDARE son los siguientes:

Escala A-Estado : 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

Escala A- Rasgo : 1, 6, 10, 13, 16 y 19.

Hay plantillas para la calificación manual de las escalas A-Rasgo y A-Estado del IDARE. Para calificar simplemente se coloca la plantilla sobre el protocolo y se dan los valores numéricos de la respuesta que aparecen impresos en la clave de cada reactivo. (VER APENDICE 2). Esto se hace de manera más conveniente con un contador de mano simple, también se puede sumar mentalmente o utilizar una máquina calculadora mecánica o electrónica; es importante cerciorarse que se está utilizando la plantilla correcta para calificar los protocolos de cada una de las escalas. Las calificaciones finales de cada escala

pueden ser registradas en cualquier lugar conveniente del protocolo .

La mayoría de las personas que tienen habilidad de leer, responden espontáneamente a todos los reactivos del IDARE sin necesidad de recibir instrucciones especiales o ayuda. Aquellos individuos que no lo hacen, no han entendido las instrucciones rutinarias, o no comprenden el contenido de algunos de los reactivos.

Si un sujeto omite uno o dos reactivos en cualesquiera de las escalas, la calificación prorrateada de toda la escala puede ser obtenida a través del siguiente procedimiento:

1. Determinése la calificación media para los reactivos a los cuales el sujeto ha respondido.
2. Multiplíquese ese valor por 20.
3. Ajuste el producto al número entero inmediatamente superior que corresponda. Sin embargo, si tres o más reactivos son omitidos la validez de la escala debe considerarse dudosa.

Las normas del IDARE han sido obtenidas en grandes muestras de alumnos universitarios del primer año de licenciatura, otras antes de la maestría de nivel universitario y estudiantes de bachillerato. Se han reportado también datos normativos para pacientes psiquiátricos del sexo masculino, pacientes de medicina general y de cirugía, y reclusos jóvenes.

En el proceso de obtener los datos de las muestras normativas, la escala Ansiedad-Estado siempre se explicó primero y en

seguida la escala Ansiedad-Rasgo. Aún cuando las normas del IDARE no se basan en muestras representativas o estratificadas, la información provista permite comparar las calificaciones obtenidas en grupos de referencia.

Las normas del IDARE para estudiantes universitarios se basan en dos muestras separadas de estudiantes de la universidad estatal de Florida: (a) 982 estudiantes por ingresar al primer año (334 hombres, 648 mujeres) y b) 484 estudiantes no graduados (253 hombres y 231 mujeres). Las puntuaciones T normalizan (media igual a 50 y desviación estándar igual a 10) y los rangos percentiles para ambas muestras, son representados en los cuadros 1 y 2 respectivamente separados los hombres de las mujeres. El IDARE fue aplicado a los estudiantes por ingresar al primer año antes de su entrada al mismo mientras se realizaba un programa de orientación. Todos los aquí denominados estudiantes no graduados participaban en un curso introductorio de psicología y contestaron el inventario durante una de sus clases. A muchos de estos estudiantes se les explicó el inventario por segunda vez para determinar su confiabilidad (estabilidad).

El IDARE fue aplicado a 377 estudiantes de los primeros grados (190 hombres y 187 mujeres) de la escuela de bachilleres de Long Beach, Nueva York. El IDARE les fue aplicado en una sesión de examen colectivo bien integrada que fue parte de un proyecto especial de investigación acerca de las relaciones existentes entre ansiedad, el desempeño en pruebas de inteligencia y el aprovechamiento académico. Los datos normativos para estudiantes de bachillerato aparecen en los cuadros 1 y 2.

A fin de encontrar una puntuación T o un rango percentil en los cuadros de las normas, que corresponda a una puntuación obtenida por un individuo en la escala A- Estado, se recomienda el siguiente procedimiento: 1. Determínese la muestra normativa que parece ser la más apropiada para el caso en cuestión y consúltese el cuadro para esa muestra. 2. Búsquese la puntuación en bruto obtenida en la columna a la extrema izquierda o extrema derecha del cuadro 3. Léase la puntuación T o el rango percentil que corresponde al sujeto en la columna apropiada.

Las calificaciones promedio de Ansiedad-Estado para los estudiantes universitarios del primer año, son ligeramente más altas que sus calificaciones de Ansiedad-Rasgo y también algo más altas que las obtenidas en los otros grupos normativos. Para las otras dos muestras, las calificaciones de Ansiedad-Estado fueron o bien, aproximadamente las mismas o un poco más bajas que las calificaciones correspondientes de Ansiedad-Rasgo. Puesto que los estudiantes universitarios del primer año contestaron el IDARE durante el programa de orientación, y de examen mientras los otros estudiantes universitarios y de bachillerato contestaron el cuestionario bajo circunstancias menos amenazantes, estas diferencias en las calificaciones sugieren que la escala Ansiedad-Estado es en verdad sensitiva a las condiciones bajo las cuales se aplica el inventario. Los datos normativos en la escala A-Estado deberían por lo tanto ser interpretados, tomando en cuenta estos hechos.

La edad promedio de los pacientes neuropsiquiátricos, fue de 43 años y su nivel de estudios promedio fue de 10 años de escolaridad. El promedio de edad y el nivel de estudios de los pacientes de medicina general y cirugía fue de 55 años y de 10 de escolaridad.

Cuadro 1. Puntuaciones T normalizadas para las escalas de Rasgo y Estado del IDARE

Punt. en bruto	Universitarios de primer año				Universitarios no graduados				Bachillerato				Pacientes NP*		Pacientes MGE*		Reclusos*		Punt. en bruto
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	
	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	
20					21	23	21						25		25				20
21			20	20	26	26	26	21	22	22	28		27	26	26	29			21
22	20	20	23	23	29	27	30	25	27	24	30		29	27	31	32			22
23	23	26	25	26	32	30	33	28	30	26	32	22	31	29	34	34	25	27	23
24	25	28	26	29	35	32	35	31	32	28	34	30	32	32	36	35	27	29	24
25	26	30	29	31	38	35	37	33	34	30	36	33	33	33	37	36	29	32	25
26	29	32	31	34	40	37	39	34	36	33	38	34	34	34	39	37	31	33	26
27	32	35	33	36	40	38	41	36	38	36	40	35	35	34	40	38	33	33	27
28	33	37	35	37	41	39	43	37	39	37	42	37	36	36	41	39	34	35	28
29	34	39	37	38	43	41	44	38	41	38	43	38	37	37	42	40	34	36	29
30	36	41	39	40	44	43	46	40	44	40	45	39	37	37	42	41	35	37	30
31	38	43	41	41	46	44	47	41	45	41	46	41	38	38	43	42	37	38	31
32	40	44	42	43	47	46	49	43	46	42	47	42	38	39	44	43	38	39	32
33	41	45	43	44	48	47	50	45	47	44	48	43	39	40	44	44	38	40	33
34	43	46	44	45	49	48	51	46	48	45	49	44	40	40	45	44	40	40	34
35	44	47	46	47	50	49	52	47	49	46	50	46	41	41	46	45	40	41	35
36	46	48	47	48	51	50	53	49	51	47	51	47	42	42	46	46	41	42	36
37	47	49	48	50	52	51	54	50	52	48	52	48	43	43	46	47	42	44	37
38	48	50	49	51	53	51	55	51	53	50	53	49	43	44	47	47	43	45	38
39	50	52	50	52	54	52	56	52	53	51	54	49	44	44	48	48	44	46	39
40	51	53	52	53	55	53	56	54	54	52	55	50	45	45	48	49	45	46	40
41	52	54	53	54	56	54	57	55	56	53	56	51	45	46	49	50	46	47	41
42	54	56	54	55	57	55	58	56	57	54	57	51	46	46	50	51	47	47	42
43	55	57	55	56	58	56	60	57	57	55	57	52	47	47	50	52	48	48	43
44	56	58	56	57	59	57	60	58	57	57	57	53	47	48	51	52	49	49	44
45	57	59	57	59	60	58	61	59	58	58	58	54	48	49	52	53	49	49	45
46	58	60	58	60	60	59	61	60	59	59	58	54	48	49	53	54	50	50	46
47	60	60	59	61	61	60	62	61	60	60	59	55	49	50	53	55	51	51	47
48	61	61	60	62	62	61	63	61	61	60	60	56	50	51	54	56	51	52	48
49	61	62	61	63	63	62	64	61	62	61	60	57	51	52	55	57	53	53	49
50	62	63	62	64	63	62	65	62	62	61	61	58	52	53	57	57	54	54	50
51	63	64	62	65	64	63	66	64	64	62	61	58	53	54	58	58	55	56	51
52	64	65	63	66	65	64	66	65	64	62	61	59	53	55	59	59	56	57	52
53	65	67	64	66	66	65	66	65	66	63	62	60	54	55	59	60	57	58	53
54	66	68	65	67	66	66	66	66	67	63	62	61	55	56	59	61	57	60	54
55	67	69	66	68	67	67	67	66	68	64	62	62	56	57	59	62	58	61	55
56	67	70	67	68	68	67	68	67	69	66	63	62	57	57	60	63	59	62	56
57	69	71	68	69	68	68	69	67	69	66	63	62	58	58	60	64	59	62	57
58	70	72	69	71	69	69	70	67	71	67	63	63	58	59	61	64	61	63	58
59	72	73	70	72	69	69	71	68	72	67	64	63	59	60	61	65	62	64	59
60	73	73	71	73	69	69	71	69	73	67	64	64	59	60	62	66	63	65	60
61	74	74	72	73	69	69	71	69	74	68	65	65	60	61	63	66	64	66	61
62	76	75	72	74	70	69	72	69	76	69	66	67	60	62	64	66	65	67	62
63		76	73	74	71	70	73	70	76	69	66	68	61	62	64	66	65	67	63
64			73	75	71	70	74	70	76	70	67	69	61	63	64	66	66	68	64
65			75	76	73	72	74	70	76	70	69	69	62	64	65	66	66	69	65
66			77		75	74	74	72	76	72	69	70	62	65	66	66	66	70	66
67					77	74	74	74	76	76	70	71	63	66	66	66	67	72	67
68					77	75	74	74	76	71	71	64	67	67	67	67	69		68
69				69	77	77	75	74	76	71	71	65	68	68	68	70			69
70				70	79	79	76	75	78	71	71	66	69	68	70	71			70
71				71			76	76		71	71	67	70	68	72	71			71
72										71	71	68	71	68	74	72			72
73												69	72	69					73
74												70	70						74
75												72	71						75

*Solamente varones

Cuadro 2. Rangos percentiles para las escalas de Rasgo y Estado del IDARE

Punt. en bruto	Universitarios de primer año				Universitarios no graduados				Bachillerato				Percentiles NP*		Percentiles MGC*		Reclusos*		Punt. en bruto	
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.		
	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.		
20																			20	
21					1	1	1				1		1	1	1	2			21	
22					2	1	2	1		1	1	2	2	1	3	3			22	
23		1	1	1	4	2	4	2		2	1	3	3	2	6	5	1	1	23	
24		1	1	1	7	4	6	3		3	1	5	2	4	3	8	6	1	2	24
25		1	2	2	12	7	9	5		6	2	8	4	4	4	10	7	2	3	25
26		2	4	3	15	9	13	6		8	4	11	5	5	5	13	10	3	4	26
27		3	7	5	17	11	17	7		11	7	15	7	6	6	16	12	4	5	27
28		4	10	7	19	14	23	10		14	10	20	9	8	8	19	13	5	6	28
29		6	14	10	23	19	28	12		19	12	24	11	9	9	20	16	6	8	29
30		8	17	13	28	24	33	15		26	15	29	14	10	11	21	19	7	9	30
31		11	23	17	33	29	39	20		31	18	34	18	11	12	24	22	9	11	31
32		15	27	21	38	34	45	24		34	22	39	21	12	14	26	23	12	13	32
33		20	31	25	41	39	49	30		39	27	43	25	14	15	29	26	12	15	33
34		24	35	29	45	42	54	36		43	31	48	29	15	17	31	29	15	17	34
35		28	38	34	50	46	59	40		48	34	52	33	18	19	33	31	17	19	35
36		33	42	39	54	50	63	45		53	38	56	38	21	21	34	33	19	22	36
37		39	46	43	58	53	65	51		58	43	59	42	23	24	36	37	22	26	37
38		43	50	47	61	55	68	55		60	48	62	45	25	26	38	40	25	29	38
39		48	56	51	65	57	71	60		62	54	65	48	28	28	41	43	28	32	39
40		52	62	56	70	61	74	65		67	60	68	50	30	31	43	46	32	34	40
41		57	66	61	73	64	76	70		72	63	72	53	32	33	46	50	36	37	41
42		64	72	66	75	68	80	73		75	67	75	55	34	36	48	54	39	40	42
43		69	77	70	78	73	83	76		77	70	76	58	37	39	51	57	42	43	43
44		73	80	73	81	76	85	79		77	75	77	62	39	41	55	59	45	45	44
45		76	82	76	83	79	86	81		79	77	79	64	41	45	58	62	47	48	45
46		80	84	79	85	81	87	84		82	80	80	66	43	48	60	65	50	52	46
47		84	85	83	87	84	89	86		84	83	82	69	45	51	61	68	53	55	47
48		86	87	85	88	86	91	86		87	85	83	72	48	54	64	72	56	59	48
49		87	89	86	90	88	92	87		88	86	85	75	52	57	70	75	60	63	49
50		88	91	88	91	89	93	89		89	87	86	78	56	61	75	77	65	67	50
51		90	92	89	92	91	94	91		91	88	87	80	60	64	78	79	68	71	51
52		91	94	91	93	92	95	93		93	89	87	82	63	67	80	82	71	74	52
53		93	95	92	94	93	95	94		94	90	88	85	66	70	82	85	75	79	53
54		94	97	93	95	94	95	94		96	91	89	87	70	72	82	87	76	84	54
55		95	97	94	95	95	96	95		97	93	89	88	73	75	83	89	79	86	55
56		96	98	95	96	96	96	95		97	94	90	89	75	77	84	91	81	87	56
57		97	98	96	97	97	97	96		97	95	90	89	77	79	85	92	83	89	57
58		98	98	97	97	97	98	96		98	95	90	90	80	81	86	92	85	90	58
59		99	99	98	97	97	98	96		99	96	91	91	81	83	87	94	88	92	59
60				98	97	97	98	97			96	92	92	82	85	89	94	91	93	60
61			99		97	97	98	97		96	93	94		83	86	91	94	92	94	61
62					98	97	98	97		97	94	95		84	88	92	94	93	95	62
63					98	98	99	98		97	95	97		86	89	92	94	94	96	63
64					98	98		98		98	95	97		86	90	92	94	94	96	64
65					99	99		98		98	97	97		88	92	93	94	94	97	65
66								98		98	97	98		89	94	94	95	95	98	66
67								99		99	98	98		90	95	95	95	96	99	67
68										98	98			92	95	96	96	97		68
69										98	98			93	97	96	97	98		69
70										98	98			95	97	96	97	98		70
71											98	98		95	98	96	98	98		71
72											98	98		96	98	97	99	99		72
73														97	99	97				73
74														98		98				74
75														99		98				75

*Solamente varones

V. A. 5 DESARROLLO, CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

La construcción del IDARE se inició en 1964 con la meta de desarrollar una sola escala, que proporcionara medidas objetivas de autoevaluación tanto de la Ansiedad-Estado como de la Ansiedad-Rasgo.

En el desarrollo del IDARE se presupuso, que los reactivos con una relación demostrada con otras medidas de la ansiedad, serían más útiles en un inventario diseñado para medir tanto la Ansiedad-Estado como la Ansiedad-Rasgo. Puesto que la mayoría de las escalas existentes medían la Ansiedad-Rasgo (Spielberger, 1966a) a un gran número de reactivos cuyo contenido tenía comprobada relación con las escalas A-Rasgo más ampliamente usadas, fueron reestructurados, de tal manera que permitiesen que cada reactivo fuera utilizado como una medida tanto de Ansiedad-Estado como de Ansiedad-Rasgo. El resultado fue una sola escala, el IDARE (forma A) que podría ser aplicada con diferentes instrucciones para medir tanto A-Rasgo como A-Estado.

Debido a las propiedades psicolingüísticas de algunos de los reactivos del IDARE (forma A) que llevaban consigo significados que interferían en la utilización como medidas, tanto de Ansiedad-Estado como Ansiedad-Rasgo, la estrategia de construcción del IDARE fue subsecuentemente modificada, en el sentido de seleccionar un grupo de reactivos que incluyera los mejores que se habían desarrollado para la medición de Ansiedad-Estado, y otro grupo de reactivos que permitieran la mejor medida de Ansiedad-Rasgo.

Las escalas resultantes del IDARE fueron SXR (A-Rasgo) y SXE (A-Estado).

Aún cuando pocos reactivos resultaron ser igualmente útiles como medidas de los reactivos sólo logró llenar los criterios de validación para una de las escalas. Hay cinco reactivos que se han incluido tanto en la escala Ansiedad-Rasgo, como en la Ansiedad-Estado. Tres de estos han sido expresados exactamente en la misma forma en cada escala y dos contienen los mismos términos claves. Los 15 reactivos restantes de cada escala son suficientemente diferentes en contenido o connotación, como para ser considerados como reactivos independientes .

V. A. 6 CONFIABILIDAD

La confiabilidad del TEST-RETEST del IDARE de los cinco subgrupos de sujetos que fueron incluidos en la muestra normativa de estudiantes universitarios no graduados, que ha sido descrita en la sección anterior. Los estudiantes que recibieron el retest después de un hora, fueron expuestos sucesivamente entre el intervalo de una y otra aplicación a las siguientes condiciones experimentales:

Un periodo breve de entrenamiento en relajación, una prueba difícil para medir el coeficiente intelectual y una película en la cual presentaron accidentes en los que se produjeron lesiones graves o la muerte de los participantes.

Las correlaciones de test-retest para la escala Ansiedad-Rasgo, fueron bastante altas variando desde 0.73, para un intervalo de 104 días a 0.86, mientras que las correlaciones para la escala Ansiedad-Estado fueron relativamente bajas, variando desde 0.16 a 0.54 con una mediana para las correlaciones de solo 0.32

para los subgrupos. Las correlaciones bajas para la escala Ansiedad-Estado deberán reflejar la influencia de factores situacionales únicos que se presenten en el momento del examen.

Dada la naturaleza transitoria de los estados de ansiedad, las medidas de consistencia interna, tales como el coeficiente alfa, proveen un índice más adecuado de la confiabilidad de las escalas Ansiedad-Estado que las correlaciones de test-retest. Los coeficientes alfa para las escalas de IDARE fueron calculados a partir de la fórmula K-R 20 con la modificación introducida por Cronbach (1951) utilizando las muestras normativas. Estos coeficientes de confiabilidad que variaron de 0.83 a 0.92 para Ansiedad-Estado, junto con los de A-Rasgo que resultaron igualmente altos, así pues, la consistencia interna de las dos escalas del IDARE es bastante buena.

V. A. 7. VALIDEZ.

En la construcción del IDARE se requirió que los reactivos individuales llenarán los criterios de validez prescritos para la Ansiedad-Estado y para la Ansiedad-Rasgo, en cada una de las etapas del proceso de construcción del inventario a fin de poder ser conservados para la evaluación y validación.(Spielberger y Diaz, 1975).

V. B ESCALA DE AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG.

V. B. 1 CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA

La Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD) fue creada por los Doctores William W.Zung y D.C. Durham. profesores e investigadores del Centro Médico de la Universidad de Duke en Estados Unidos, en 1961.

Esta escala se creó por la necesidad de contar con un instrumento que evaluara satisfactoriamente la depresión como efecto, como síntoma o como enfermedad, de forma sencilla, lo cual no era posible hasta que fue realizada la escala.

Los criterios para el diagnóstico clínico y para la elaboración de la escala fueron instrumentados por Grinker y colaboradores en 1961, Overall en 1962 y Friedlman y colaboradores en 1963. Los criterios se encuentran divididos en :

A) Afecto profundo; B) Equivalentes y Concomitantes Fisiológicos y C) Concomitantes Psicológicos.

V. B. 2 CARACTERÍSTICAS DE LA (EAMD)

Para construir los reactivos se determinaron las características más frecuentes de los diversos tipos de depresión y se hizo una pregunta por cada característica que fuera representativa del síntoma

Esta escala posee veinte reactivos de los cuales diez están hechos para tener una respuesta sintomáticamente positiva y diez para una respuesta sintomáticamente negativa. La menor puntuación es para los menos deprimidos.

Cada uno de los reactivos tiene cuatro alternativas de respuesta que son: a) Muy pocas veces; b) Algunas veces; c) La mayor parte del tiempo y d) Continuamente.
(Ver apéndice 3).

V. B. 3 FORMA DE APLICACIÓN

Para aplicarla solamente es necesario la hoja de declaraciones y un lápiz o pluma. Se da al sujeto la lista de declaraciones y se le pide que señale la aseveración que se apege más a su caso en ese momento; si surgiera alguna duda puede ser aclarada sin ningún problema.

V. B. 4 FORMA DE CALIFICACIÓN

La calificación se lleva a cabo por medio de una plantilla transparente(Ver apéndice 4) que incluye el protocolo y que trae grabado el peso que corresponde a cada alternativa de respuesta, la calificación es de 1,2,3,4, ó 4,3,2,1, dependiendo de la puntuación.

Las calificaciones obtenidas se colocan del lado derecho de la hoja, se suman y se anota el resultado final. En seguida se remite a una tabla que convierte la calificación básica al índice AMD.(Ver apéndice5).

El índice AMD se deriva de dividir la suma de los valores de la calificación cruda obtenida de los 20 reactivos y se multiplica por la calificación máxima posible que es de 80, convertida a decimal y multiplicada por 100.

Una vez obtenido el índice AMD es posible deducir el diagnóstico final auxiliándose de la siguiente tabla:

DIAGNÓSTICO DE LOS GRUPOS DE VALORACIÓN	ÍNDICE AMD PROMEDIO	RANGOS
Controles Normales	33	25-43
Deprimidos Hospitalizados	74	50-78
Deprimidos Ambulatorios	64	63-90
Reacciones de Ansiedad	53	40-68
Desórdenes de Personalidad	53	42-68
Reacciones de Ajuste	53	38-68

Cuando una prueba arroja un resultado que cabe en dos diagnósticos, es necesario revisar las preguntas una por una para saber cuales de estas corresponden a las puntuaciones más altas y así saber a que grupo corresponde el sujeto.

V. B. 5 RELACIONES DE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN CON LOS TEMAS DE LAS EAMD.

SÍNTOMAS DE LOS DESORDENES DEPRESIVOS

TEMAS DE LA ESCALA AMD Y NÚMERO DE PREGUNTA

a) Afectivos Persistentes:

-Deprimido, triste, melancólico

1. Me siento abatido y melancólico.

-Accesos de llanto.

3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.

b)Equivalentes fisiológicos

-Variación diurna:

2. En la mañana me siento mejor.

exageración de síntomas en la mañana y algún alivio conforme avanza el día.

-Sueño: despertar temprano frecuentemente.

4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.

-Apetito: disminución en la ingestión de los alimentos.

5. Como igual que antes solía hacerlo.

-Pérdida de peso: asociada con ingestión disminuida de alimentos o metabolismo aumentado y reposo disminuido.

7. Noto que estoy perdiendo peso.

-Sexuales: libido disminuido.

6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.

-Gastrointestinales: Estreñimiento.

8. Tengo molestias de estreñimiento.

-Cardiovascular: Taquicardia.

9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.

-Musculoesquelético: fatiga

10. Me canso sin hacer nada.

c) Equivalentes psicológicos:

Agitación Psicomotora:

13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.

-Retardo psicomotor.

12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.

-Confusión.

11. Tengo la mente tan clara como antes.

-Vacuidad.

18. Mi vida tiene bastante interés.

-Desesperanza.

14. Tengo esperanza el futuro.

-Indecisión.

16. Me resulta fácil tomar decisiones.

-Irritabilidad.

15. Estoy más irritable de lo usual.

-Insatisfacción.

20. Todavía disfruto de las mismas cosas.

-Devaluación personal.

17. Siento que soy útil y necesario.

-Rumiación suicida.

19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.

V. B. 6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE LA AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG

En 1965 W.W. Zung y colaboradores realizaron un estudio con el objeto de validar la EAMD con 152 pacientes de consulta externa. A estos pacientes les fue aplicado previamente el Ohio Literacy test, esta prueba se califica por niveles y los sujetos elegidos para este estudio fueron los que quedaron clasificados en el quinto nivel, después de una consulta inicial les eran aplicados el MMPI y la EAMD. El MMPI fue utilizado como prueba control por ser válida y confiable.

Los datos con los que se trabajó para la validación de la escala fueron: el resultado de las pruebas Ohio Literacy Test, MMPI y EAMD; impresión clínica y diagnóstico final.

A estos datos se les aplico el análisis de correlación múltiple del que se obtuvo la ecuación de regresión:

$$y = 0.75 + 31.7$$

Para medir el índice de correlación entre la EAMD y las once escalas del MMPI se utilizó la correlación de Pearson Producto-Momento de donde se observó que el mayor índice de correlación entre ambas escalas es con la escala D (depresión) que contiene un valor de $r = 0.07$. El siguiente índice en importancia es con la escala PT (psicastenia) $r = 0.68$, que se da por el tipo de población que fue estudiada y por la alta correlación entre las escalas D y PT que es de $r = 0.79$. La menor correlación es con la escala MA (manía) donde $r = 0.13$.

El análisis de varianza para la escala D del MMPI diferencia los grupos depresivos y con reacciones de ansiedad a un nivel de

significancia de 0.05; mientras el análisis de los índices de la AMD los diferencia a un nivel de significancia de 0.01, lo que sugiere que esta puede ser un parámetro más sensible para medir la depresión.

Lara Tapia, H. y colaboradores realizaron en 1976 un estudio en la Ciudad de México con el propósito de adaptar y estandarizar la EAMD a nuestro país. En el estudio se incluyeron enfermos psiquiátricos, enfermos no psiquiátricos y sujetos sanos que se encontraban entre los 17 y 64 años. Se utilizó como prueba control el MMPI. Los resultados obtenidos permitieron concluir que la escala y sus normas de calificación son válidas para nuestro país y que la EAMD es un instrumento que ayuda en la detección de la depresión como síndrome y de la depresión oculta en otros síntomas, estos resultados han sido corroborados por el autor en otros estudios a través del uso de la escala (ZUNG, 1963).

V. C CUESTIONARIO DEL CONSUMO DE TABACO

Constituido por ocho reactivos realizado por Federico Puente Silva, Bertha Garibay García y Elvira Rodríguez, y se realizó con el propósito de seleccionar de la población la muestra y separar a las enfermeras fumadoras de las no fumadoras y poder localizar en qué turnos se encontraban, su nivel y estado civil (Apéndice 6).

V. D FICHA SOCIO ECONÓMICO DEMOGRÁFICA

Se elaboro con la finalidad de obtener información en cuanto a los datos generales de la población, enfocada específicamente

en cuanto a su situación social, económica y escolar, y determinar sus estatus dentro del mismo hospital y dentro de la sociedad. Esta ficha esta constituida por 18 reactivos seleccionados del cuestionario de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Cuestionario de Tabaquismo de la Clínica de Tabaquismo del Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. (Apéndice 7)

V. E CUESTIONARIO DE LA HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR DE TABAQUISMO

Consta de 13 reactivos de opción múltiple, seleccionadas de la versión original F. Puente y colaboradores (1996) mediante las cuales se recopilo información acerca del hábito tabáquico de cada una de las personas a las que se les aplico. (Apéndice 8).

CAPITULO VI

MÉTODO

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El consumo de tabaco desafortunadamente ha ido en aumento en nuestro país. Los diferentes reportes muestran que en particular el consumo de tabaco en mujeres ha aumentado. Se ha dado gran importancia al papel de los medios masivos de información, en este caso a la publicidad que sigue siendo legal en nuestro país. Otros estudios indican el posible papel de estados emocionales en el inicio y sobre todo en el mantenimiento del hábito tabáquico, en particular la ansiedad y la depresión. (Puente Silva, 1992) Por otra parte se cuenta con evidencia de la capacidad que tiene el tabaco a través de numerosos componentes como la nicotina de producir adicción dentro de la sintomatología reportada, en su síndrome de abstinencia se encuentran elementos tanto de ansiedad como depresión. Existen reportes de que condiciones de estrés propician el consumo del tabaco por lo que el presente estudio pretende evaluar el papel de la depresión y de la ansiedad en el consumo de tabaco en un grupo de Enfermeras de un Hospital de Urgencias de la Ciudad de México.

Por otra parte es importante recalcar que el personal de que el personal del equipo de salud se encuentre libre del hábito tabáquico ya que esto tendrá un impacto significativo en los programas de educación para la salud para que la población general deje de fumar o evite su iniciación. (Organización Mundial de la Salud)

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS CONCEPTUAL: El consumo de tabaco se ve incrementado como consecuencia de los factores depresión-

ansiedad, en una muestra de enfermeras de un Hospital de Urgencias de la Ciudad de México.

HIPOTESIS ESTADÍSTICAS

Hipótesis Alternativa: Es estadísticamente significativa la relación entre depresión -ansiedad y el consumo de tabaco en una muestra de enfermeras de un Hospital de Urgencias de la Ciudad de México.

Hipótesis Nula: No es estadísticamente significativa la relación entre depresión-ansiedad y el consumo de tabaco en una muestra de enfermeras de un Hospital de Urgencias de la Ciudad de México

VARIABLES

Variable Independiente: Depresión-Ansiedad

Variable Dependiente: Consumo de Tabaco (tabaquismo).

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

TABAQUISMO: Acto que implica la autoexposición deliberada y repetida de inhalación de una mezcla de aire y humo que contiene más de 4000 compuestos químicos diferentes, de los que 30 son reconocidos nocivos para la salud. En el presente

estudio nos referiremos a personas que consumen tabaco en las siguientes tres categorías:

CANTIDAD	DURACIÓN	CATEGORÍA
20 ó más cigarrillos	5 años ó más	FUMADOR SEVERO
		CRÓNICO
10 a 19 cigarrillos	2 a 5 años	FUMADOR INTERMEDIO
Menos de 10 cigarrillos	menos de 2 años	FUMADOR LEVE

De las categorías anteriores se excluye tabaquismo ocasional entendiéndose por este el consumo de hasta cinco cigarrillos por semana.

DEPRESIÓN: En los episodios depresivos típicos de las tres formas existentes, por lo general el enfermo que la padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

El término depresión se utiliza a menudo para designar un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognoscitivas y de

la conducta que no se presenta como un trastorno psiquiátrico definido. (CIE 10, 1992).

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día a otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico del episodio depresivo habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

ESTADOS DE ANSIEDAD (O NEUROSIS DE ANSIEDAD). Los rasgos esenciales son crisis de angustia recurrente que se presentan a veces de forma impredecible, aunque pueden ir asociadas a determinadas situaciones. No debe denominarse crisis de angustia a este mismo cuadro clínico cuando se presenta después de un ejercicio físico intenso o en una situación de peligro para la vida.

Las crisis de ansiedad se definen por la aparición repentina de una aprensión intensa, miedo o terror, a menudo asociados con sentimientos de catástrofe inminente. Una de las complicaciones más comunes es el desarrollo de un miedo anticipado de desamparo o de pérdida. (CIE 10, 1992)

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

TABAQUISMO: Acto que consiste en el consumo de tabaco por medio de los cigarrillos y cuyos efectos producen dependencia física y psicológica.

DEPRESIÓN: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo acompañado de sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos de actos suicidas y autoagresiones, trastorno de sueño, pérdida de apetito, inhibición o agitación psicomotrices claras.

Incluye: episodios aislados de reacción depresiva, depresión psicógena, depresión reactiva y depresión mayor (CIE 10, 1992).

ANSIEDAD: Desarrollo de varios grados de nerviosismo y de aprensión que se caracterizan por manifestaciones generales de expectación aprensiva, vigilancia y escrutinio, tensión motora e hiperactividad vegetativa. Los síntomas más comunes son disnea, palpitaciones, sensaciones de ahogo, mareo, vértigo, sentimiento de irrealidad, cosquilleo en manos y pies, oleadas de calor o de frío, sudoración, debilidad, temblor o estremecimientos.

Incluye: zoofobias, claustrofobia, acrofobia, fobia simple.(CIE 10, 1992)

SUJETOS

El estudio se llevará a cabo en dos muestras no aleatorias de 40 enfermeras cada una con apareamiento de variables. Estas son:

- A) EDAD:
- 19 ó menos
 - 20 - 29
 - 30 - 39
 - 40 - 49
 - 50 ó más
- B) ESTADO CIVIL:
- 1) Casada o unión libre.
 - 2) Soltera, divorciada o viuda (sin pareja)
- C) NÚMERO DE HIJOS VIVOS:
- 1) 0 - 1
 - 2) 1 - 2
 - 3) 3 o más

Y la variable estudiada fue la presencia versus ausencia de consumo de tabaco y su relación con los estados emocionales depresión ansiedad.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se empleó un muestreo comparativo no aleatorio en un tipo de estudio comparativo casos-control , el tipo de diseño utilizado fue Estudio de Casos- Control con apareamiento de variables en dos grupos: Control (no fumadoras) y casos(fumadoras), el número de sujetos empleado fue de 40 fumadoras y 40 no fumadoras.

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo mediante el método de Diferencias Entre Porcentajes el cual se inicia con la fórmula básica:

$$Sp = \sqrt{\frac{pq}{N}}$$

En donde:

- Sp= Error estándar de cada proporción.
- p= porcentaje del universo en una categoría.
- q= porcentaje de la otra categoría.
- N= valor poblacional.

(y)

$$Sp = \sqrt{\frac{pxq}{n1} + \frac{pxq}{n2}}$$

En donde:

- n1= grupo control (no fumadores) n2= casos (Fumadores)
- Se utilizó $P < 0.05$ para establecer el nivel de significancia.
- (Bradford, A. 1971).

CAPITULO VII

RESULTADOS

TABLA 1. TURNO DE TRABAJO

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
MATUTINO	17	42.5	8	20	21	22.5	P < 0.05
VESPERTINO	7	17.5	18	45	19.8	27.5	P < 0.05
NOCTURNO	16	40	14	35	21.7	5	
TOTAL	40	100	40	100			

TABLA 2. GRUPOS DE EDAD

EDAD	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %
	N	%	N	%		
20 A 29	18	45	16	40	22.06	5
30 A 39	17	42.5	19	47.5	22.2	5
40 A 49	5	12.5	5	12.5	14.78	0
TOTAL	40	100	40	100	0	0

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

TABLA 3. SEXO

	FUMAN		NO FUMAN	
	N	%	N	%
FEMENINO	40	100	40	100
MASCULINO	0	0	0	0
TOTAL	40	100	40	100

TABLA 4. ESTADO CIVIL

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
CASADA	14	35	25	62.5	21.48	27.5	P < 0.05
SOLTERA	26	65	15	37.5	21.48	27.5	P < 0.05
TOTAL	40	100	40	100			

TABLA 5. ESCOLARIDAD

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %
	N	%	N	%		
TECNICO	23	57.5	29	72.5	21.06	15
LICENCIATURA	11	27.5	8	20	18.5	7.5
POSGRADO	1	2.5	1	2.5	6.96	0
OTRA	5	12.5	2	5	13.2	7.5
TOTAL	40	100	40	100		

TABLA 6. NACIONALIDAD

	FUMAN		NO FUMAN	
	N	%	N	%
MEXICANA	40	100	40	100
OTRA	0	0	0	0
TOTAL	40	100	40	100

TABLA 7. OCUPACIÓN

	FUMAN		NO FUMAN		2ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
ENF /AMA DE CASA	1	2.5	12	30	15.3	27.5	P < 0.05
ENFERMERA	34	85	18	40	19.16	45	P < 0.05
ENF / ESTUDIANTE	5	12.5	12	30	17.86	17.5	
TOTAL	40	100	40	100			

TABLA. 8 ORIGEN

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %
	N	%	N	%		
DISTRITO FEDERAL	35	87.5	31	77.5	16.86	10
PROVINCIA	5	12.5	9	22.5	33.68	10.5
OTRA	0	0	0	0	0	0
TOTAL	40	100	40	100		

TABLA 9. RESIDENCIA ACTUAL

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %
	N	%	N	%		
DISTRITO FEDERAL	32	80	36	90	15.8	10
ESTADO DE MEXICO	6	15	3	7.5	14.02	7.5
MORELOS	2	5	1	2.5	8.43	2.5
TOTAL	40	100	40	100		

TABLA 10. OCUPACIÓN DEL CONYUGE

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
PROFESIONISTA / COMERCIANTE	5	12.5	17	37.5	18.54	25	P < 0.05
EMPLEADO	6	15	5	12.5	15.38	2.5	
OFICIO	3	7.5	3	7.5	11.76	0	
PROFESIONISTA / COMERCIANTE	5	12.5	17	37.5	18.54	25	P < 0.05
EMPLEADO	6	15	5	12.5	15.38	2.5	
OFICIO	3	7.5	3	7.5	11.76	0	
SIN CONYUGE	26	65	15	37.5	21.48	27.5	P < 0.05
TOTAL	40	100	40	100			

TABLA 11. NUMERO DE HIJOS

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %
	N	%	N	%		
SIN HIJOS	20	50	16	40	22.12	10
1 A 2	16	40	19	47.5	22.12	7.5
3 HIJOS O MÁS	4	10	5	12.5	14.1	2.5
TOTAL	40	100	40	100		

TABLA 12. EDAD DE LOS HIJOS

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
DE 0 A 9 AÑOS	14	35	17	42.5	21.72	7.5	P < 0.05
DE 10 A 19 AÑOS	13	32.5	4	10	17.58	22.5	
20 O MÁS	0	0	3	7.5	8.32	7.5	
SIN HIJOS	13	20	16	40	20	20	

TABLA 13. OCUPACIÓN DE LOS HIJOS

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
LACTANTE	3	7.5	10	25	18.02	17.5	P < 0.05
PREESCOLAR	7	20	3	7.5	15.14	12.5	
PRIMARIA	9	32.5	9	22.5	10.84	10	
SECUNDARIA	7	17.5	5	12.5	15.92	5	
CASADO	1	2.5	0	0	4.92	2.5	
SIN HIJOS	13	20	13	32.5	19.46	12.5	
TOTAL	40	100	40	100			

TABLA 14. DEPENDIENTES ECONÓMICOS

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
NINGUNO	12	30	2	5	16.04	25	P < 0.05
DE 1 A 2	21	52.5	19	47.5	22.32	5	
DE 3 A 5	7	17.5	17	42.5	19.7	25	P < 0.05
5 Ó MÁS	0	0	2	5	6.88	5	
TOTAL	40	100	40	100			

TABLA 15. INGRESO MENSUAL

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %
	N	%	N	%		
MENOS DE \$1,000	4	10	6	15	14.74	5
DE \$1,000 A \$1,995	21	52.5	18	45	22.28	7.5
DE \$1,995 A \$2,995	10	25	14	35	20.36	10
MÁS DE \$3,000	5	12.5	2	5	12.52	7.5
TOTAL	40	100	40	100		

TABLA 16. CON QUIEN VIVE

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
ESOSO-HIJOS / HIJOS	13	32.5	27	67.5	20.94	35	P < 0.05
PARIENTES, PADRES							
OTROS	27	75	13	42.5	20.78	32.5	

TABLA 17. TIPO DE VIVIENDA

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
PROPIA	28	70	22	55	21.38	15	P < 0.05
RENTADA	9	22.5	5	12.5	16.84	10	
HUESPEDES	0	0	1	2.5	4.92	2.5	
PADRES	3	7.5	12	30	16.7	22.5	
TOTAL	40	100	40	100			

TABLA 18. FORMA DE TABACO EMPLEADA

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
CIGARRILLO	40	100	8	20	17.7	80	P < 0.05
PURO	0	0	0	0			
PIPA	0	0	0	0			
NINGUNA	0	0	32	80			
TOTAL	40	100	40	100			

TABLA 19. EDAD DE INICIO DE CONSUMO

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
14 AÑOS O MENOS	2	5	1	2.5	8.46	2.5	P < 0.05
DE 15 A 19 AÑOS	22	55	2	5	17.16	50	P < 0.05
DE 20 A 29 AÑOS	13	32.5	2	5	8.16	27.5	P < 0.05
30 AÑOS O MÁS	3	7.5	3	7.5	11.76	0	
NUNCA HA FUMADO	0	0	32	80	12.64	80	P < 0.05
TOTAL	40	100	40	100			

TABLA 20. CONSUMO DIARIO DE TABACO

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %
	N	%	N	%		
DE 1 A 5	33	82.5	0	0		
DE 6 A 10	4	10	0	0		
DE 11 A 20	2	5	0	0		
DE 21 A 30	1	2.5	0	0		
DE 31 A 40	0	0	0	0		
41 O MÁS	0	0	0	0		
CERO	0	0	40	100		
TOTAL	40	100	40	100		

TABLA 21. TIEMPO QUE LLEVA FUMANDO O FUMO EN EL PASADO

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
MENOS DE 1 AÑO	5	12.5	6	15	15.38	2.5	
DE 1 A 4 AÑOS	11	27.5	2	5	15.7	22.5	P < 0.05
DE 5 A 9 AÑOS	11	27.5	0	0	14.1	27.5	P < 0.05
DE 10 A 14 AÑOS	7	17.5	0	0	12	17.5	P < 0.05
15 AÑOS O MÁS	6	15	0	0	11.28	15	P < 0.05
NUNCA HA FUMADO	0	0	32	80	12.64	80	P < 0.05
TOTAL	40	100	40	100			

TABLA 22. CLASE DE CIGARRILLO EMPLEADO

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
FUERTE CON FILTRO	22	55	0	20	15.73	55	P < 0.05
SUAVE CON FILTRO	18	45	8	0	20.18	25	P < 0.05
SIN FILTRO	0	0	0	0	0	0	
NINGUNA	0	0	32	80	12.64	32	P < 0.05
TOTAL	40	100	40	100			

TABLA 23. CONSUMO

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
HA AUMENTADO	11	27.5	0	0	14.1	27.5	P < 0.05
ES EL MISMO	14	35	0	0	15.08	35	P < 0.05
HA DISMINUIDO	15	37.5	8	20	19.84	17.5	
NINGUNA DE LAS ANTERIORES	0	0	32	80	12.64	80	P < 0.05
TOTAL	40	100	40	100			

TABLA 24. HA DEJADO DE FUMAR

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
SI	29	72.5	8	20	18.94	52.5	P < 0.05
NO	11	27.5	0	0	14.1	27.5	P < 0.05
NO FUMA	0	0	32	80	12.64	80	P < 0.05
TOTAL	40	100	40	100			

TABLA 25. TIEMPO QUE HA DEJADO DE FUMAR

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
HASTA 6 MESES	13	32.5	1	2.5	15.6	30	P < 0.05
DE 7 MESES A 1 AÑO	11	27.5	1	2.5	14.94	25	P < 0.05
HASTA 2 AÑOS	4	10	0	0	9.48	10	
MÁS DE 2 AÑOS	3	7.5	6	15	14.02	7.5	
NUNCA HA FUMADO	0	0	32	80	12.64	80	P < 0.05
NO HA DEJADO DE FUMAR	9	22.5	0	0	13.2	22.5	P < 0.05
TOTAL	40	100	40	100			

TABLA 26. MOTIVO POR EL QUE VOLVIÓ A FUMAR

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
ANSIEDAD Y NERVIOSISMO	7	17.5	0	0	12	17.5	P < 0.05
DEPRESION TRISTEZA	3	7.5	0	0	8.32	7.5	
FALTA DE VOLUNTAD PARA ESTAR DESPIERTO Y ACTIVO	5	12.5	0	0	10.44	12.5	P < 0.05
PRESION SOCIAL	4	10	1	2.5	10.68	7.5	
POR GUSTO	2	5	4	10	11.72	5	
POR NECESIDAD	10	25	0	0	13.68	25	P < 0.05
NUNCA DEJO DE FUMAR	1	2.5	3	7.5	9.68	5	
NUNCA HA FUMADO	8	20	0	0	12.64	20	P < 0.05
TOTAL	0	0	32	80	12.64	80	P < 0.05
	40	100	40	100			

TABLA 27. FAMILIARES FUMADORES

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %	%
	N	%	N	%			
MADRE / PADRE	28	70	15	37.5	21.06	32.8	P < 0.05
HERMANOS	26	65	15	37.5	21.48	27.5	P < 0.05
CONYUGE	10	25	7	17.5	18.54	7.5	P < 0.05
HIJOS	1	2.5	1	2.5			
NINGUNO	0	0	2	5	3.44	5	P < 0.05

TABLA 28. FAMILIARES ENFERMOS POR FUMAR

	FUMAN		NO FUMAN		2 ES ERROR ESTANDAR	DIFERENCIA ENTRE %
	N	%	N	%		
SI	5	12.5	11	27.5	17.56	5
NO	35	87.5	29	72.5	18.7	15
TOTAL	40	100	40	100		

TABLA 29. EL TABACO ES NOCIVO PARA LA SALUD

	FUMAN		NO FUMAN	
	N	%	N	%
SI	40	100	40	100
NO	0	0	0	0
TOTAL	40	100	40	100

TABLA 30. Z U N G

	F U M A		N O F U M A		2 E S E R R O R E S T A N D A R	D I F E R E N C I A E N T R E %	%
	N	%	N	%			
Controles Normales	15	37.5	21	52.5	21.98	15	P < 0.05
Deprimidos hospitalizados	1	2.5	0	0	4.92	2.5	
Deprimidos Ambulatorios	7	17.5	1	2.5	12.98	15	
Relación de Ansiedad	6	15	11	27.5	18.06	12.5	
esordenes de Personalidad	0	0	3	7.5	8.32	7.5	
reacciones de Ajuste	11	27.5	4	10	17	17.5	

TABLA 31. IDARE

	FUMAN		NO FUMAN				2 ES	DIFERENCIA DE %			
	S %	X R %	S X E N %	S X R N %	S X R N %	S X R N %					
HIPANSIEDAD	18	45	17	42.5	39	97.5	39	97.5	16.48	52.5	P < 0.05
HIPERANSIEDAD	8	20	11	27.5	0	0	1	2.5	12.64	20	P < 0.05
ANSIEDAD NORMAL	14	35	12	30	1	2.5	0	0	15.86	32.5	P < 0.05

CAPITULO VIII

**DISCUSIÓN DE LOS
RESULTADOS**

DISCUSIÓN

En la actualidad , el Programa Nacional Contra el Tabaquismo en México (1984-1985) es un fracaso, para entender este fracaso en la rehabilitación de una farmacodependencia los estudiosos de este tema coinciden en que un concepto potencialmente útil es el de ambivalencia (Orford, 1985), que en este contexto no significa simplemente una renuencia a hacer algo, sino la vivencia de un agudo conflicto psicológico respecto a la elección de dos vías de acción. En el caso de los fumadores, por ejemplo, el conflicto será entre fumar y abstenerse. La ambivalencia ante una modificación de conducta es difícil de resolver porque cada lado del conflicto implica tanto costos como beneficios, (Martínez Montes de Oca, 1995) lo anterior apoya el hecho de que las enfermeras hayan dejado de fumar, el tiempo que dejaron de fumar y el motivo por el que volvieron a fumar.

Por lo que se puede prever que dentro de 10 años esta farmacodependencia podrá causar muchos problemas respiratorios y de cáncer en la población en general ya que el país carece de infraestructura y medios económicos para llevar a cabo más investigaciones y elaboración de programas para combatirlo. Trabajos realizados recientemente en Estados Unidos(Robbins, 1998) reportan que en 1994 más de 400,000 Norteamericanos murieron por problemas ocasionados por el tabaquismo y los costos de esta nación para solventar los gastos en materia de salud son de 50 billones de dólares anuales, los daños del tabaquismo dependen de tres factores fundamentales, el tiempo de exposición al humo de cigarrillo durante el total de vida, número de cigarrillos fumados cada

día y el número de años que la persona ha fumado. Además se debe considerar a las personas que están expuestas al humo del cigarrillo como fumadores pasivos, en 1992 se clasificó a éste grupo como de alto riesgo dentro del que se encuentran los niños y los adolescentes y las mujeres quienes presentan una alta propensión a contraer problemas respiratorios o cáncer.

Sin embargo se ha descubierto que dejar de fumar oportunamente disminuye el incremento de riesgos en la salud inmediatamente que el hábito es dejado y declina gradualmente cada año.

A pesar de estos resultados la población de enfermeras fumadoras reportó que no existe una relación entre el consumo de tabaco y enfermedades ocasionadas por fumar en familiares directos y el 100% reconoció el daño que puede producir el tabaquismo, por lo que los resultados presentan una negación y contradicción con las investigaciones antes mencionadas.

Estamos en una época en el mundo y en México de Depresión y Ansiedad y mucha gente maneja sus problemas psicológicos en forma equivocada por medio de el tabaquismo y otras sustancias adictivas, lo anterior se puede deber a que las personas con autoestima baja no son afectivas, equilibradas ni competentes, son incapaces de acciones creativas y dependientes, su nivel de ansiedad es alto y no tienen habilidad para tratar la angustia, incapaces de tratar con situaciones y circunstancias externas de una manera directa, sus relaciones sociales son afectadas por dificultades personales, con frecuencia se sienten llenos de ansiedad, deprimidos e infelices, tienen poca fe y confianza en sí mismos (Ramírez Millán, 1992).

Estudios realizados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias reportan que en general el fumador es más ansioso que el no fumador y que el dejar de fumar durante el transcurso de un tratamiento antitabáquico incrementa esta ansiedad, esto aunado al síndrome de abstinencia que resulta muy desagradable para el paciente y en ocasiones llega a provocar la reincidencia del hábito (Hayashi Villagran, 1987).

Además de aumento de los riesgos de enfermedades cardíacas y pulmonares, de cáncer y complicaciones prenatales, que produce el tabaquismo, se señala que un gran número de investigaciones recientes demuestran que las personas que sufren una depresión crónica tienen dos veces más riesgo de caer en el tabaquismo que los no depresivos. Recíprocamente el porcentaje de depresiones en los fumadores incipientes es unas dos veces más elevado que entre los no fumadores. Se señala que según las estadísticas realizadas en una muestra de adolescentes y de adultos, la presencia de síntomas depresivos hacia los 15 a 16 años predice el consumo de tabaco 9 años más tarde. En el segmento de edad entre 21 y 30 años, el 5.4% de los sujetos que han sufrido una depresión se han convertido en fumadores regulares 14 meses más tarde, frente al 2.4% de sujetos sanos sin antecedentes.

En los fumadores habituales, el consumo de tabaco está subordinado a estados negativos. Los sujetos vulnerables a los estados negativos de ánimo se revelan menos sensibles que los otros a los tratamientos clásicos que intentan inculcarles un comportamiento diferente, cuando tienen una necesidad imperiosa de fumar. Se plantea la interrogante de como explicar que los estados negativos y depresivos inciten al consumo de tabaco. Aunque todavía no se conoce con precisión los

mecanismos que intervienen, se puede pensar que los fumadores aprenden a utilizar la nicotina para regular su estado de ánimo. En un fumador con estado de abstinencia el cigarrillo atenúa la irritabilidad, la depresión, la angustia, los dolores de cabeza y las náuseas y por tanto mejora su estado de ánimo. La nicotina aumenta también la actividad de algunas sustancias químicas del cerebro, generalmente asociadas a estados de bienestar, además el hecho de fumar desvía la atención del fumador de lo que podría causarle ansiedad. Así los cigarrillos en este tipo de fumadores, se volverían indispensables para hacer frente a la ansiedad y depresión (estados negativos).

Se indica que los fumadores depresivos responden mejor a los tratamientos que insisten en una ayuda psicológica personalizada que a los tratamientos clásicos, incluso cuando estos últimos incluyen un acompañamiento psicológico. Varias investigaciones prueban actualmente tratamientos antitabáquicos que incluyen técnicas que tienden a atenuar el estado depresivo del fumador (Brandon, I.H.; Collins, B.N. 1995).

En otras investigaciones, Cherry y Kierman, (1979 en Baer y Mailat, 1991) realizaron un estudio longitudinal sobre tabaquismo y personalidad tanto en hombres como en mujeres miembros del Instituto Nacional de Salud y Desarrollo de Gran Bretaña que constituyó una muestra estratificada de jóvenes seguidos desde su nacimiento. Sus fechas de nacimiento comprendían del 3 al 9 de marzo de 1946 y habían sido seguidos desde al menos dos meses de edad. Entre 1962 y 1963 como a los 10 años llenaron la versión corta del inventario de personalidad Maudsley y cuando sobrepasaron los 20 años

completaron un cuestionario en el que reportaban su edad de inicio en el fumar, su consumo diario, y si le daban el golpe al cigarrillo o no. A los 25 años en 1971 se les preguntó si inhalaban profundamente, moderadamente, levemente o nada, también se les interrogó por la marca de cigarrillos preferida.

El estudio comprendió a 2753 sujetos fumadores solo de cigarrillo. Lo que se pretendía encontrar era la hipótesis de que o eran extrovertidos o eran introvertidos que ha sido tan ampliamente estudiada (Colley y cols. 1973; Kiernan y cols. 1976. En Cherry y Kiernan) pero en esta ocasión el intento inicial fue observar resultados globales de que los extrovertidos son más fumadores que los introvertidos y sobre la idea de que la extroversión es antes que el tabaquismo y no como consecuencia de los mismo.

Dentro de los primeros resultados se encontró que los no fumadores eran menos extrovertidos y más estables y quienes eran fumadores desde edad muy temprana eran más extrovertidos y más neuróticos que los que iniciaban a fumar después de los 16 años, también se encontró que los sujetos que se iniciaban a fumar más tempranamente eran después fumadores más pesados, esto es, una cajetilla diaria y también eran más extrovertidos y más neuróticos, así mismo además del consumo diario todas las demás variables se relacionaron tanto con la extroversión como con neurotismo.

En la muestra de no fumadores, el 44% de los hombres y el 32% de las mujeres calificaron como introvertidos y en la muestra de fumadores el 73 % de los hombres y el 62% de las mujeres calificaron como extrovertidos y correlativamente como neuróticos.(Martínez M.G.; 1995).

TURNO DE TRABAJO

Con respecto al turno encontramos que hay más enfermeras en el turno matutino que fuman y esto es estadísticamente significativo. En este turno hay más fumadoras que no fumadoras, esto puede deberse a que la parte más importante y medular de un hospital es el turno matutino, ya que generalmente es donde se encuentran los directivos, los jefes y por lo tanto en donde se toman las decisiones y se establecen las políticas, hay más movimiento y mayores exigencias y como consecuencia mayor estrés y presión; en la tarde disminuye el número de fumadoras y por la noche vuelve a incrementar, podemos decir que esto se debe probablemente a que en la noche hay más incidentes y a que el enfermo grave tiende a empeorar durante la noche.

Desde el punto de vista de educación para la salud esto tiene un impacto negativo pues los médicos y enfermeras son promotores de la salud y modelos a seguir.

GRUPOS DE EDAD

Aquí se puede demostrar que ambos grupos (el de FUMADORAS y el de NO FUMADORA) son comparables desde el punto de vista estadístico, al menos desde la variable de Grupos de Edad porque son homogéneos, ya en las FUMADORAS el rango de edad comprendido entre los 20 a los 29 años corresponde a un 45% mientras que en las NO FUMADORAS para el mismo rango de edad corresponde a un 40 %, posteriormente para el segundo rango de edad comprendido entre 30 y 39 años el porcentaje correspondiente a

las fumadoras es de 42.5% mientras que para las NO FUMADORAS corresponde a un 47.5% y finalmente para el último rango comprendido entre 40 y 49 años el porcentaje es de 12.5% para ambos grupos.

SEXO

La muestra sólo contempló mujeres por lo que el 100% evidentemente es femenino.

ESTADO CIVIL

Entre las solteras podemos apreciar que hay un predominio de FUMADORAS observándose una imagen en espejo con respecto a que el mayor porcentaje de NO FUMADORAS son casadas.

ESCOLARIDAD

No podemos argumentar que el nivel escolar sea un factor determinante relacionado con el consumo del tabaco, en general del grupo de las FUMADORAS la mayoría pertenece a la clase media baja y baja; cuyos propósitos de progresar se ven frustrados por la falta de infraestructura provocándoles probablemente estrés y consecuentemente consumo de tabaco.

NACIONALIDAD

Como se puede observar en la tabla número 6 el 100% son mexicanas. Es interesante mencionar que en otras partes del mundo como en Estados Unidos y en algunos países de Europa con mucha frecuencia las enfermeras son emigrantes de países pobres.

OCUPACIÓN

Es interesante observar que las NO FUMADORAS tienen ocupaciones combinadas, mientras que el 85% que representa a las FUMADORAS se dedican exclusivamente a la enfermería a diferencia del 45% de las NO FUMADORAS, lo que implica que las que fuman presentan perfil de personalidad sólo de enfermeras, mientras que las NO FUMADORAS pueden diversificar sus actividades, como el ser ama de casa o estudiante, mientras que las FUMADORAS sólo dedican su día a la tarea de ser enfermera y lo que esto implica. Es muy difícil tan sólo ser enfermera ya que el contenido diario de su vida se orienta tan sólo al dolor y muerte.

Parte de la ayuda a estas enfermeras sería sugerir al hospital que les impartan algunos programas recreativos y de esparcimiento como ejercicio físico, videos y excursiones.

ORIGEN

En esta tabla podemos apreciar que la mayoría de las enfermeras tomadas de esta población tienen su origen en el Distrito Federal es esto un 60%, mientras que el restante 40% nacieron en provincia e inmigraron a la Capital.

RESIDENCIA ACTUAL

El 20 % de las FUMADORAS sumado viven en el Estado de México y Morelos mientras que el 10% de las NO FUMADORAS vive en los dos Estados, lo que representa el doble, el 70% restante habita el Área metropolitana.

En la actualidad el habitar en una ciudad como la Ciudad de México representa un costo muy alto en todos los aspectos, el hecho de trasladarse en el Distrito Federal representa un desgaste en la economía familiar también desgaste físico, lo que aunado a la excesiva cantidad de vehículos que se desplazan diariamente a través de la ciudad provoca en la mayoría de las personas que a diario se ven en la necesidad de atravesarla para llegar a sus destinos, cansancio y costos.

OCUPACIÓN DEL CÓNYUGE

En las NO FUMADORAS se aprecia que la mayoría de ellas se encuentran casadas con profesionistas o comerciantes lo que en teoría proporciona cierta estabilidad.

De el 65% las FUMADORAS (13 de cada 20)no tienen pareja lo que en un país latinoamericano tiene muchas implicaciones ya que el matrimonio todavía sigue siendo muy importante estableciendo dos tipos de mujeres: las casadas o con pareja y las que no tienen pareja y las consecuencias que esto acarrea.

NUMERO DE HIJOS

Entre las FUMADORAS encontramos que existe un alto porcentaje de madres solteras, sin pareja.

Insistimos en todas las implicaciones que social, económica y psicológicamente esto trae como consecuencia.

EDAD DE LOS HIJOS

Se ve claramente en esta tabla que en las FUMADORAS las edades de los hijos se encuentran en un rango entre los 10 y los 19 años, entrando en plena adolescencia, este es un grupo de edad difícil por diversas razones , que se complican con el hecho de que al tener una madre que se ve en la necesidad de trabajar todo el día sus posibilidades de ser orientados y pertenecer a una familia integrada se disminuyen acarreando problemas de drogadicción, embarazo en adolescentes, desorientación y vandalismo entre otros muchos.

OCUPACIÓN DE LOS HIJOS

La mayoría se encuentra evidentemente entre los últimos años de la educación primaria y la secundaria en ambos grupos (50%

secundaria en las FUMADORAS versus 45% en las NO FUMADORAS), y se observa un porcentaje mayor y estadísticamente significativo de lactantes en las NO FUMADORAS, esto es importante por que es bien sabido que durante el embarazo y el período de lactancia las mujeres que fuman se ven en la necesidad de reducir su consumo de tabaco o abandonarlo, y durante esta etapa que se deberían llevar a cabo programas para reforzar el abandono del habito tabáquico.

DEPENDIENTES ECONÓMICOS

En el grupo de las NO FUMADORAS encontramos que tienen entre 3 y 5 dependientes económicos y que los dos grupos se parecen en la parte del medio y son opuestos en los dos extremos por ejemplo: encontramos que las que no fuman tienen entre 3 y 5 dependientes económicos por lo que suponemos que tienen más responsabilidades y compromisos que las que fuman que pueden darse el lujo de gastar parte de sus ingresos económicos en cigarrillos. La mayoría de las personas que fuman consideran al cigarrillo como un fiel compañero.

INGRESO MENSUAL

Se puede observar que en ambos grupos no hay diferencias estadísticamente significativas, sin embargo lo que si resulta claro es que la mayor parte es decir el 60% de ambos grupos obtiene una percepción mensual de \$ 2000 o menos y que el 40% de ambos grupos tiene un ingreso de \$ 2000 o más. Sus ingresos no son muy altos y el trabajo es muy cansado y con

mucha presión, sin embargo es paradójico que perciban poco y gasten en cigarrillos en vez de artículos de primera necesidad, lo que les produce un gasto y a la larga problemas en la salud que pueda incapacitarlas para seguir trabajando y sobrevivir.

VIVE CON...

Del grupo de las NO FUMADORAS observamos que viven con su esposo e hijos, lo que aparentemente hablaría de una estabilidad, mientras que las NO FUMADORAS viven con parientes e hijos en caso de tenerlos.

TIPO DE VIVIENDA

El 55% de las no fumadoras viven en casa propia, y el 30% de este mismo grupo viven aún con sus padres.

Esto les dará estabilidad?

FORMA DE TABACO EMPLEADA

El 100% de las enfermeras que fuman emplean cigarrillo. Hay que insistir que todo tipo de cigarrillos causan daños a la salud.

EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO

Generalmente el inicio de consumo de tabaco se establece antes de los veinte años entrando a la etapa de la adolescencia inclusive antes de los 14 años, estadísticamente está comprobado

a nivel mundial que uno de los grupos de alto riesgo son los adolescentes ya que las campañas de publicidad dirigen sus estrategias a este sector de la población, asociando el consumo de tabaco con imágenes de éxito, liberación mostrando una personalidad inteligente y asertiva asociada con el consumo de tabaco. Con respecto a esto las autoridades en salud deben actuar limitando estas campañas.

CONSUMO DIARIO DE TABACO

Actualmente se sabe que la gente tiende a reportar por debajo de la realidad cuando un tema es doloroso (Under Reported) es decir reportar por debajo, negación de un asunto doloroso, por lo que es casi un hecho que el consumo reportado pueda ser el doble.

DURACIÓN EN EL CONSUMO DE TABACO

Aquí encontramos que la mayor parte de las FUMADORAS el 40% reportan que llevan menos de 5 años fumando, otro 45% lleva entre 5 y 15 años fumando, por lo que necesitan mayor apoyo para dejar de fumar, mientras que el 15% restante llevan más de 15 años fumando.

Esto es relevante pues sería importante que el hospital actuara sobre las enfermeras que llevan menos de 5 años fumando porque a menos tiempo de fumar las posibilidades de abandonar el hábito son mayores que en las personas que llevan más de 5 años fumando, pudiendo servir de modelos para las que llevan más de 5 años fumando, ya que estas

necesitan más apoyo e incluso medicamentos como parches o chicles con nicotina, para poder abandonar el hábito.

CLASE DE CIGARRILLO EMPLEADO

Aquí hay dos puntos importantes que se podrían destacar; 1) el 55% fuman cigarrillos fuertes pudiera esto estar relacionado con fatiga, estrés, depresión y consumo de tabaco, 2) el 100% que fuma consume cigarrillos con filtro con la idea de que el filtro ayudará a reducir los efectos de la nicotina en el organismo lo cual es totalmente falso ya que no existe cigarrillo que no produzca efectos secundarios.

CONSUMO

Esta tabla es muy importante pues el 62.5% es decir 6 de cada 10 reportan que el consumo de tabaco no disminuye sino por el contrario se mantiene igual o aumenta, esto es muy importante pues se sabe por las Compañías Tabacaleras, la Organización de las Naciones Unidas y el Sector Salud que la nicotina es una de las drogas más peligrosas y adictivas que existen y una vez que la gente se engancha es muy difícil dejarlo.

HAN DEJADO DE FUMAR

7 de cada 10 lo han intentado y han fracasado, se sabe que mucha gente requiere de 7 intentos para dejar de fumar lo que es muy difícil y para lo cual se requiere de ayuda, de aquí que las compañías educativas juegan un papel importante y determinante. Cabe mencionar de las enfermeras que no fuman 1 de cada 5 fumó en el pasado.

TIEMPO QUE HA DEJADO DE FUMAR

Estos resultados coinciden con la experiencia mundial, el 60 % que ha dejado de fumar recaen, necesitando un tratamiento, ya que por si solos la mayoría no puede abandonar el hábito.

MOTIVO POR EL QUE VOLVIÓ A FUMAR

Un porcentaje alto (alrededor del 40%) reporta abiertamente que recayó por algún problema emocional, otro 25% dice que por gusto en busca de algún satisfactor (tabaco) para sentirse a gusto, estas personas presentan anhedonia es decir incapacidad para disfrutar por lo que se vieron en la necesidad de buscar algo que les produjera gusto, si se sabe ambos porcentajes son estadísticamente significativos e implican algo psicológicamente emocional lo que explica su reincidencia.

Conductualmente los dos móviles por los cuales recae la persona en el hábito tabáquico son por un lado castigo, dolor, tristeza y por otra parte anhedonia, que traducido en términos conductuales sería reforzamiento negativo que se quita en el momento que se fuma.

FAMILIARES FUMADORES

Se puede observar que un alto porcentaje de las FUMADORAS tienen padres y hermanos fumadores, mientras que los padres y hermanos de las enfermeras NO FUMADORAS no tiene el hábito de fumar, siendo esto estadísticamente significativo.

FAMILIARES ENFERMOS POR FUMAR

En ambos grupos hay negación, ya que las NO FUMADORAS reportan que no se ha presentado enfermedad a consecuencia del consumo de tabaco, lo cual consideramos que se contradice con los resultados de la tabla anterior.

EL TABACO ES NOCIVO PARA LA SALUD

El 100% en ambos grupos tiene absolutamente claro que el cigarro es peligroso para la salud.

EVALUACIÓN DE ZUNG PARA LA DEPRESIÓN

Resulta muy claro que dentro de el grupo de las enfermeras que fuman prevalece DEPRESIÓN AMBULATORIA, lo que es estadísticamente significativo, esto quiere decir que dentro de la gente que fuma hay más personas tristes. En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) está reportado y publicada la presencia de DEPRESIÓN como un elemento que explica porque la gente fuma y se mantiene fumando.

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE)

Encontramos con mucha claridad una imagen de espejo: las enfermeras que no fuman manejan muy bien su ANSIEDAD

(son personas con familia estable, con educación en salud; etc) y las enfermeras que fuman si sumamos ANSIEDAD NORMAL E HIPERANSIEDAD son un 55% versus 1%.

Es muy claro que las enfermeras que fuman presentan más angustia y/o ansiedad y presentan también más depresión. Por lo que parte del tratamiento para dejar de fumar tendría que consistir en un paquete terapéutico que incluya Educación para la Salud de los problemas físicos que produce el tabaco y también de lo que es depresión y ansiedad, además debe incluir técnicas de relajación, sugerir al paciente ejercicio físico, actividades recreativas, un programa de reestructuración cognoscitiva y muy probablemente los paciente se podrían beneficiar con coadyuvantes farmacológicos: por una parte nicotina transdérmica en parches o tabletas masticables de nicotina; y dentro de los medicamentos principalmente el uso de antidepresivos tricíclicos en sus dos vertientes: energizantes tipo Imipramina o inductores del sueño como la amitriptilina.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES GENERALES

1. En países en vías de desarrollo como México los programas educativos y preventivos para el tabaquismo son escasos y deficientes.
2. En México no existe programa alguno de control sobre la publicidad de tabaco en medios masivos de comunicación, por lo que el consumo de tabaco se encuentra en aumento.
3. México carece de normas y reglamentos que se cumplan dentro del sector educativo y del sector salud, por lo que paradójicamente profesores y personal de salud continúan fumando en su zona de trabajo.
4. El tabaco es una droga que presenta una buena disponibilidad (se puede adquirir en cualquier lugar) y una buena accesibilidad (se puede encontrar a bajo costo). Situaciones que promueven el consumo de tabaco.

CONCLUSIONES ESPECIFICAS

5. Algunos seres humanos y específicamente las enfermeras de un hospital de urgencias de urgencias de la ciudad de México , van a manejar su angustia y depresión con productos a su alcance como es el caso del tabaco.
6. El mayor porcentaje de enfermeras fumadoras se encuentra en el turno matutino.
7. La edad de las enfermeras no es una variable determinante para el consumo de tabaco.

8. La mayoría de enfermeras fumadoras son solteras.
9. El nivel escolar de las enfermeras no es un factor determinante para el consumo de tabaco.
10. El 85% de las enfermeras fumadoras sólo se dedican a la enfermería.
11. La mayoría de las enfermeras de esta muestra tienen su origen en el Distrito Federal.
12. El 70% de las enfermeras fumadoras habita en el área metropolitana del D.F.
13. La mayoría de enfermeras no fumadoras se encuentran casadas con profesionistas o comerciantes demostrando cierta estabilidad.
14. Entre las enfermeras fumadoras hay un alto porcentaje de madres solteras.
15. En las enfermeras fumadoras las edades de los hijos se encuentran entre los 10 y los 19 años (adolescentes).
16. La mayoría de enfermeras no fumadoras tienen hijos lactantes.
17. Las enfermeras no fumadoras tienen más dependientes económicos y por lo tanto mayores responsabilidades.

18. El ingreso económico mensual de las enfermeras no es una variable determinante para el consumo de tabaco.
19. Las enfermeras no fumadoras viven con su esposo e hijos lo que demuestra mayor estabilidad.
20. El 7.5 de las enfermeras fumadoras vive con sus padres.
21. El 100% de las enfermeras fumadoras emplean cigarrillo con filtro.
22. El inicio del consumo de tabaco entre las enfermeras se establece antes de los 20 años.
23. El 40% de las enfermeras fumadoras reportan que llevan menos de 5 años fumando.
24. El 55% de las enfermeras fumadoras consumen cigarrillos fuertes.
25. El 62.5 % (6 de cada 10) de las enfermeras fumadoras reportan que su consumo de tabaco no disminuye.
26. 7 de cada 10 enfermeras fumadoras han fracasado al intentar dejar de fumar
27. El 60% de las enfermeras que han dejado de fumar recaen.
28. Alrededor del 40% de las enfermeras que han dejado de fumar reporta que recayó por algún problema emocional.
29. El 25% de las enfermeras que han dejado de fumar reporta que recayó por gusto.

30. La mayoría de las enfermeras fumadoras tienen padres y hermanos fumadores.

31. Los dos grupos de enfermeras reportan que no han tenido familiares enfermos por fumar.

32. El 100% de ambos grupos tiene la certeza de que el tabaco es nocivo para la salud.

33. Dentro del grupo de la enfermeras fumadoras predomina la DEPRESIÓN AMBULATORIA.

34. El 55% de las enfermeras que fuman presentan ANSIEDAD NORMAL e HIPERANSIEDAD.

35. ES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA LA RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN-ANSIEDAD Y EL CONSUMO DE TABACO, EN UNA MUESTRA DE ENFERMERAS DE UN HOSPITAL DE URGENCIAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

APÉNDICES

APÉNDICE 1 IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutía, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado (a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro (a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso (a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado (a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado (a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado (a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso (a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo (a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo (a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso (a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado (a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado (a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho (a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado (a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado (a) y aturdido (a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

APÉNDICE 1 (PARTE 2)

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado (a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo (a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro (a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico (a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho (a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a)	①	②	③	④

APÉNDICE 2
 PLANTILLA DE CLAVES DE CALIFICACIÓN
 IDARE (FORMA SXE)

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1.	4	3	2	1
2.	4	3	2	1
3.	1	2	3	4
4.	1	2	3	4
5.	4	3	2	1
6.	1	2	3	4
7.	1	2	3	4
8.	4	3	2	1
9.	1	2	3	4
10.	4	3	2	1
11.	4	3	2	1
12.	1	2	3	4
13.	1	2	3	4
14.	1	2	3	4
15.	4	3	2	1
16.	4	3	2	1
17.	1	2	3	4
18.	1	2	3	4
19.	4	3	2	1
20.	4	3	2	1

APÉNDICE 2 (PARTE 2)
PLANTILLA DE CLAVES DE CALIFICACIÓN
IDARE (FORMA SXR)

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21	4	3	2	1
22.	1	2	3	4
23.	1	2	3	4
24.	1	2	3	4
25.	1	2	3	4
26.	4	3	2	1
27.	4	3	2	1
28.	1	2	3	4
29.	1	2	3	4
30.	4	3	2	1
31.	1	2	3	4
32.	1	2	3	4
33.	4	3	2	1
34.	1	2	3	4
35.	1	2	3	4
36.	4	3	2	1
37.	1	2	3	4
38.	1	2	3	4
39.	4	3	2	1
40.	1	2	3	4

APÉNDICE 3

ESCALA DE AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN ZUNG

SÍNTOMAS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE
1. Me siento abatido y melancólico				
2. En la mañana me siento mejor				
3. Tengo accesos de llanto y deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormirme por las noches				
5. Como igual que antes solía hacerlo				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7. <i>Noto que estoy perdiendo peso</i>				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10. Me canso sin hacer nada				
11. Tengo la mente tan clara como antes				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanza en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo usual				
16. Me resulta fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Mi vida tiene bastante interés				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20. Todavía disfruto de las mismas cosas				

Paciente: _____	Fecha: _____
Dr: _____	
Diagnóstico: _____	TOTAL CALIF BÁSICA
Observaciones: _____	TOTAL CALIF A.M.D

APÉNDICE 4

PLANTILLA DE CALIFICACIÓN ZUNG

	A	B	C	D		A	B	C	D
1.	1	2	3	4	11.	4	3	2	1
2.	4	3	2	1	12.	4	3	2	1
3.	1	2	3	4	13.	1	2	3	4
4.	1	2	3	4	14.	4	3	2	1
5.	4	3	2	1	15.	1	2	3	4
6.	4	3	2	1	16.	4	3	2	1
7.	1	2	3	4	17.	4	3	2	1
8.	1	2	3	4	18.	4	3	2	1
9.	1	2	3	4	19.	1	2	3	4
10.	1	2	3	4	20.	4	3	2	1

APÉNDICE 5
TABLA DE CONVERSION DE CALIFICACIÓN BÁSICA
A INDICE DE AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN
(AMD)

C.B*	A.M.D*	C.B	A.M.D.	C.B.	A.M.D.
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
28	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

APÉNDICE 7

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
GARIBAY GARCÍA BERTHA ANGÉLICA
RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ MARÍA ELVIRA

CUESTIONARIO SOCIO ECONÓMICO DEMOGRÁFICO

INSTRUCCIONES POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CIUDADOSAMENTE Y CRUCE CON UNA "X" EL PARÉNTESIS QUE USTED CONSIDERA CONTEGA LA RESPUESTA CORRECTA, EN LA MISMA PREGUNTA USTED PUEDE CRUZAR MÁS DE UN PARÉNTESIS SEGÚN SEA SU CASO GRACIAS

FECHA DE APLICACIÓN ----/----/----

CLAVE ---- - - - - -

1 NOMBRE _____
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

2 EDAD _____
 AÑOS CUMPLIDOS

3 DOMICILIO _____

4 ESTADO CIVIL

- A) SOLTERO ()
B) CASADO ()
C) VIUDO ()
D) DIVORCIADO ()
E) UNIÓN LIBRE ()
F) OTRO () ESPECIFICAR: _____

5 ESCOLARIDAD: _____

6 NACIONALIDAD _____

7 OCUPACIÓN _____

8. LUGAR DE ORIGEN:

- A) ZONA METROPOLITANA ()
B) PROVINCIA () ESPECIFICAR: _____
C) EXTRANJERO () ESPECIFICAR: _____

9. ACTUAL RESIDENCIA:

- A) ZONA METROPOLITANA ()
B) ESTADO DE MÉXICO ()
C) PUEBLA ()
D) MORELOS ()

10. EN CASO DE ESTAR CASADA EDAD Y OCUPACION DEL COYUGE

EDAD _____ OCUPACIÓN: _____

11. NÚMERO DE HIJOS: _____

12. EDADES: _____

13 OCUPACIÓN DE CADA UNO DE ELLOS: _____

14 ¿CUÁNTAS PERSONAS DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE USTED? _____

15. INGRESO:

- A) \$3000 Ó MÁS ()
B) DE \$2000, A \$2995 ()
C) DE \$ 1000 A \$1995 ()
D) MENOS DE \$1000 ()

16 ¿ CON QUIÉN VIVE?

- A) ESPOSO E HIJOS ()
B) PARIENTES ()
C) CASA DE ASISTENCIA ()
D) OTRO () ESPECIFICAR: _____

17 LA CASA QUE HABITA ES

- A) PROPIA ()
- B) RENTADA ()
- C) OTRO ()

3 ACTUALMENTE ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS EN PROMEDIO FUMA DIARIMENTE?

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| A) NO FUMO DIARIO | ESPECIFICAR: _____ |
| B) DE 1 A 5 CIGARRILLOS | () |
| C) 10 CIGARRILLOS | () |
| D) 30 CIGARRILLOS | () |
| E) 40 CIGARRILLOS O MÁS | () |

4 ¿POR CUÁNTO TIEMPO HA FUMADO CIGARRILLOS DURANTE SU VIDA?

- | | |
|--------------------|-----|
| A) MENOS DE 1 AÑO | () |
| B) DE 1 A 4 AÑOS | () |
| C) DE 5 A 9 AÑOS | () |
| D) DE 10 A 14 AÑOS | () |
| E) MÁS DE 15 AÑOS | () |

5 ¿QUÉ CLASE DE CIGARRILLO FUMA?

- | | |
|---------------|-----|
| A) FUERTE | () |
| B) SUAVE | () |
| C) CON FILTRO | () |
| D) SIN FILTRO | () |

6 HA NOTADO QUE SU CONSUMO DE CIGARRILLOS.

- | | |
|------------------|-----|
| A) VA EN AUMENTO | () |
| B) ES EL MISMO | () |
| C) DISMINUYE | () |

7. ¿ALGUNA VEZ HA DEJADO DE FUMAR?

- | | |
|-------|-----|
| A) SI | () |
| B) NO | () |

8 ¿POR CUÁNTO TIEMPO HA DEJADO DE FUMAR?

- | | |
|-----------------------|-----|
| A) HASTA 6 MESES | () |
| B) DE 7 MESES A 1 AÑO | () |
| C) HASTA 2 AÑOS | () |
| D) MÁS DE 2 AÑOS | () |

9 ¿POR QUÉ VOLVIÓ A FUMAR?

- | | |
|---------------------------|-----|
| A) NO HE DEJADO DE FUMAR | () |
| B) ANSIEDAD O NERVIOSISMO | () |

- C) DEPRESIÓN O TRISTEZA ()
- D) FALTA DE VOLUNTAD ()
- E) PARA SENTIRME ALERTA O DESPIERTO ()
- F) PRESIÓN SOCIAL(EN FIESTAS O REUNIONES) ()
- G) POR GUSTO ()
- H) POR NECESIDAD ()

10 ¿ QUIÉNES DE SUS FAMILIARES CERCANOS FUMAN O FUMARON (AUN SI YA FALLECIERON)?

	SI	NO
MADRE	()	()
PADRE	()	()
HERMANOS	()	()
CONYUGE	()	()
HIJOS	()	()

11 ADEMÁS DE LOS FAMILIARES ANTERIORMENTE MENCIONADOS, EXISTE ALGUNA OTRA PERSONA CON LA QUE USTED CONVIVE QUE FUME?

- A) SI ()
- B) NO ()

12 ¿ALGUNA PERSONA DE SU FAMILIA PADECE O PADECIÓ ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL CONSUMO DEL TABACO?

- A) SI ()
- B) NO ()

13 ¿ COSIDERA USTED QUE EL CONSUMO DE TABACO ES NOCIVO PARA LA SALUD?

- A) SI ()
- B) NO ()

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RICE, D.P. et al.: (1984). *The Economic Costs of Smoking in the United States*. A Physician Talks About Smoking.

The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction., A Report of The Surgeon General. Rockville, MD., Us. Public Health Service (1988) Us. Dept. of Health and Human Services Publication.

Puente-Silva, F.G.: (1986) *Tabaquismo en México*, Vol. of Sanit. Panam. 10¹ (3), 234, O.P.S.

Tapia-Conyer, R. (1994) *Encuesta Nacional de Tabaquismo*. Secretaria de Salud, México.

Mac-Mahon, B., Pugh, T.: (1970) *Epidemiology Principles and Methods*., Published by Little, Brown and Company Boston.

Bradford, A.: *Principles de Medical Statistics*., Published by The Lancet Limited London.

Consejo Nacional Contra las Adicciones., No. 20 . México. 1995.

Puente-Silva F.G(1992) *Stress, Depresion, consumo de Tabaco.*

Información Básica Sobre el Tabaquismo. (1995) Secretaria de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones. México.

Reducción de Peso en Mujeres Después que Dejan de Fumar .
Mundo Médico
Vol. XXIV , México.Enero 1997.

Programa Contra el Tabaquismo. Subsecretaria de Coordinación y Desarrollo, Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaria de Salud. México, 1993.

MaGinnis, J.M., Ordoñez, B, 1983.

Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades No. 10 (CIE 10) Ginebra Suiza . 1992.

DSM III

DSM IV

Spielberger, Diaz-Guerrero.:(1975) Inventario de Ansiedad:
Rasgo-Estado Manual e Instructivo. De. Manual Moderno.

Zung , William W. Durham. D.C .(1963) Escala de Automedición de la Depresión de Zung, Estados Unidos.

Organización Mundial de la Salud . El Papel del Personal de Salud en los Programas para la Prevención y el Abandono del Consumo de Tabaco. Ginebra Suiza.

Programa de experiencia clínica para evaluar la eficacia y seguridad del clorhidrato de fluoxetina en depresión mayor asociada a ansiedad. Psiquiatría. Vol. 10. No. 2 Mayo Agosto 1994.

Hayashi- V M. (1987) Ansiedad y Tabaquismo . UNAM ; 1987.

Martínez- M.G. (1995) LA motivación al logro como resultado de un Tratamiento para Dejar de Fumar , UNAM.

Ramírez- M.M. (1992) Diferencias en Autoestima y Locus de control en Fumadores Crónico's, Incipientes y No fumadores, UNAM.

<http://www.panenet.com/websalud/sitiosdroga.htm>.
Tabaco , Alcohol y otras Drogas. 1998.

Abelin-J. (1989) Effectives of a Transdermal Nicotine System in Smoking Cessation Studies. *Meth & Find Exp Clin Pharmacol.* Vol. 11

Aneshensel- C:S y Huba, G:J. (1983). Depression, Alcohol Use and smoking Over on Year, A four-weve longitudinal causal model, *Journal of Abnormal Psychology.* Vol. 92

Aragones- R. (1981), *El Tabaquismo UNAM*

Ball, K. (1986), *El Tabaquismo: Epidemia Mortal, Mexico.* Foro Mundial de la Salud

Campbell, I.A. (1988). Stopping Patients Smoking. *Br. J. Dis Chest.* Vol. 82

Dogana, F. (1980). *Psicopatología del Consumo Cotidiano* , Barcelona. Gedisa.

Seligman, E.P. (1983) *Indefensión*, Madrid, Editorial Debate.

Eiser, J:R: y Van Der Pligt, J. (1986): Sick or Hooked: smokers Percepciones of ther Addiction. *Addictive Behavior.* Vol. 11

Flanagan, J:M:H:S: (1982): Smoking and Depression. American Journal of Psychiatry. Vol. 139

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). Boletín Especial. Mayo de 1993. México.

Alcalay, A. (1985) Es mejor prevenir que curar ., Un currículo de prevención de tabaquismo para jóvenes adolescentes. Crónica de la OMS, enero

Bernstein, D. (1970) The modification of smoking behavior: an evaluative review. En Hunt, W. Learning mechanisms in smoking, Aldine.

Bringss, W. (1973). Cigarette smoking and infertility to men. Medicine journal

Cavazos. O. Y Del Río, Z. (1989). Año se vida potencial perdidos. Su utilidad en el análisis de la mortalidad en México. Salud Pública de México

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Efectos farmacológicos del Tabaco. Documento interno, Clínica de Tabaquismo.

Horn, D. (1977) Tabaquismo y enfermedad. Medidas necesarias. Crónica de la OMS.

Lara Cantú A. (1984) Programa Conductual para el manejo del Tabaquismo. Investigaciones Clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Rogers, W., Wilbur, R., Bass, R. Y Johnson, D. (1985). Effects of cigarette nicotine content on smoking behaviors of baboons. Addictive behaviors.

Rosen, T.y Shipley, R. (1983). A stage analysis of self initiated smoking reductions. Addictive behaviors.

Ruiz, C. (1991) Utilidad de parche transdérmico con nicotina. Memorias, Congreso bienal de la Federación Mundial de Salud Mental, México.

Russell, M. (1974) The clasification of smoking by factorial structure of motives. The Royal Statical Society.

Russell, M. (1974) The smoking habit and its clasification. The pract.

Stuart. C. (1991) Prevención y tratamientos de la adicción a la nicotina. Memorias, Congreso Bienal de la Federación Mundial de Salud Mental.

Tapia, J. (1980) Tabaquismo. Salud Mental de México.

Tapia, C., Lazcano, R., Medina, M., Solche, León, Otero y col. (1990). El hábito de fumar en la ciudad de México. Epidemiología.

Yáñez, C. (1991) Legislación y Tabaquismo. Memorias, Congreso Bienal de la Federación Mundial de Salud Mental.

Real, O, J,. (1997)"El hábito de fumar y sus consecuencias"
Gaseta UNAM SI.abril-mayo.

Pena A,(1997). 1.Stress y Ansiedad.
Internet:http://www.cofaran.es/porg9596/tema5_1.html

Clinica y Ansiedad. (1997). Internet:
http://www.cofaran.es/prog9596/tema5_2.htm

Trastornos de Ansiedad (1997). Internet:
<http://www.nimh.nih.gov/publicat/spanxiet.htm>

Anderson, A. (1997). Diccionario ASAP para Desordenes de Panico y Ansiedad. Internet: <http://www.netaxs.com/people/aca3/AD-ESP.HTM>

Brandon, T.H.; Collins, B, N. (1995) Nicotina y Depresión. Mundo Cientifico (Barcelona)
Internet:
<http://www.congreso.cl/biblioteca/estudios/depresio.htm>

Desordenes Medicos (1997), Internet:
<http://www.netaxs.com/people/aca3/ad-esp-d.htm>

Salgado,V. ; Maldonado, M,. (1994) Caarakterísticas Psicometricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en Mujeres Mexicanas Adultas de Areas Rurales. Internet: <http://www.insp.mx/salud/36/362-10s.html>

Fleet,R,P. (1996)"PanicDisorder in Emergency Department Chest Pain Patients: Prevalence, Comorbidity, Suicidal Ideation, and Physician Recognition;" American Journal of Medicine.

"The Epidemiology of Mental Illness," Medical Sciences Bulletin, 1994, published by Pharmaceutical Informacion Associates, Ltd.

Gorman, "Treatment of Panic Disorder"

Ronald F. Borne, Ph.D. (1994), "Serotonin: The Neurotransmitter for the 90s", Drug Topics.

Wong D.T., (1995), Bymaster F.P., Engleman E.A., (fluoxetine, Lilly 110140), The First Selective Serotonin Uptake Inhibitor and an Antidepressant Drug: Twenty years Since Its First Publication,"Eli Lilly and Company.