



COLEGIO PARTENÓN S. C.

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

“Asociación entre el consumo de tabaco y la depresión en una población adolescente a través del Inventario de Depresión Infantil (IDI)”.

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA
MARÍA JOSÉ ZAVALA SILVE

DIRECTORA: PATRICIA MARTÍNEZ CABRERA.

México, D. F.

Diciembre - 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

**A la Directora de Tesis,
Profa. Patricia Martínez Cabrera:**

Gracias por la dedicación y por darle vida a este proyecto, pero sobre todo por creer en mí. Gracias por guiarme, apoyarme y brindarme las palabras adecuadas en el momento exacto. Espero ser el profesional que es usted, me esmero y lucho por que así suceda. Mil gracias, quedo en deuda con usted.

**A la Asesora Metodológica,
Profa. Concepción Cruz Jiménez:**

Por que de todos los años que pase siendo estudiante de licenciatura fue mi maestra más temida y ahora que salgo al mundo profesional, me doy cuenta que puedo enfrentar con éxito cualquier tarea, gracias a lo que me enseñó y aprendí de usted. Me ha dado buenas herramientas y con ello, la seguridad que puedo mantener en mí. Mil gracias.

**Al Asesor,
Prof. Félix Carrillo Luna:**

Por que sé que tu compromiso con nosotros y con la educación sobre pasa cualquier otra cosa en tu

vida. He sentido tu cariño y la confianza que depositas en nosotros. En ti puse este sueño y se que hoy en respuesta a tu apoyo es una realidad. No solo estas forjando buenos psicólogos, si no mejores seres humanos, ya que nos enseñas fuera y dentro del salón de clases lo que es ser un gran profesionalista. Gracias por estar conmigo.

DEDICATORIAS.

A mi Papá:

Por que eres figura importante en mi vida, mi símbolo de fortaleza, nobleza y honestidad. De ti siempre aprendo los valores y por ti, realizo siempre lo correcto. Gracias por darme la oportunidad de guiarme por mis impulsos y cuidar por atrás mis pasos.

Hoy termino un largo camino en donde no he dejado de sentir tu apoyo, gracias por tu entrega y tu amor incondicional, este es nuestro triunfo. Te amo.

A mi mamá:

Por ser todo en mi vida, por que sin ti no existiría la persona que soy. Gracias por que nunca me has dejado caer, por cuidar de mí, por entenderme y darme las alas con las que hoy vuelo; por la libertad que me otorgaste, por darme tu confianza, por compartir todos mis triunfos y ayudarme a superar mis fracasos; por tu entrega y por darme tu vida. Creo que si es verdad que existen seres celestiales entre nosotros, llenos de

bondad y de amor, tú debes ser uno de ellos. Gracias infinitamente por todo cuanto recibo de ti. Te admiro y por siempre te venero.

A Martha:

Por que de ti siempre recibo el apoyo, el amor y la solidaridad. Mantengo una enorme admiración hacia ti, ya sea por que sacrificas tu vida para dármela ó por que sin querer te convertiste en otra madre para mi. Gracias por hacerme participe de tu vida, tus ilusiones y tus logros. Hoy alcanzamos a realizar un sueño conjunto. Gracias por ayudarme a realizar mis sueños y perseguir mis metas. Infinitamente te quiero.

A Cicio:

Por que te debo una vida en la que has estado acompañando mi camino. Por que no dudo en ti y por que me das la tranquilidad de la seguridad al estar a mi lado. Siempre has sido un buen contendiente en nuestras peleas, un buen amigo en los momentos en que necesito uno y un buen hermano en mi vida. Te adoro y no visualizo mi vida sin estar ligada a la tuya. Gracias.

A Carlos:

Por tu inagotable confianza en mi, por todos esos momentos de lucha y de alegría. Cursamos esta carrera, derrotando al tiempo y tras fuertes momentos en nuestras vidas, siempre juntos. Hoy nos titulamos los dos, este

trabajo es nuestro y es un sueño más de los muchos que nos quedan por realizar (ya que tengo la seguridad de que nos esperan grandes cosas en la vida). Eres un ser humano maravilloso, un gran hombre, un excelente amigo y un gran apoyo en todo momento. Te admiro muchísimo, por tu fuerza, tu entrega y tu compromiso. Gracias por que darne la paz, mantener mi alma tranquila y llenar mis días de felicidad. Contigo estoy completa. Te amo.

A mi Familia:

Gracias a mis Tíos y Tías por ser mis cómplices, mis guías, mis maestros y los mejores amigos que tengo. Gracias por estar conmigo y compartirme sus experiencias y sus vidas.

He aprendido mucho de ustedes, cosas que están plasmadas en todo lo que hago y en lo que soy.

La vida nos ha dado inevitablemente enormes dilemas, afortunadamente hemos estado juntos para pasarlos y superarlos, sin ustedes todo se hubiera quedado en el intento.

A mis primos, que son seres extraordinarios que admiro y amo. Gracias por darne una niñez llena de amor y de diversión; una adolescencia excitante, y un hoy, una compañía, un apoyo y un cariño incondicional. Lo que me ata a ustedes va mas allá de los lazos consanguíneos y esta más cerca de la amistad. Gracias.

† A mi Abuela y a mi tío:

Tío Arturo, siempre estarás en nuestros corazones... a muchos nos inspiraste valor, valor que sobrellevaste a lo largo de tu vida, valor que necesitamos a diario para soportar las tempestades, valor que adquirimos al ver el sufrimiento a la puerta de nuestra casa..... Valor!.....

Legado de fortaleza que nos dejas hoy... Gracias.

Ahora tú y mi abuela, ya forman parte de la energía cósmica que me ilumina cuando todas las demás luces se han extinguido. No me ha dolido dejarlos ir por que ahora están juntos cuidando nuestros pasos. Los amo y por toda la eternidad estarán conmigo. Gracias.

A mis amigas:

Gracias a Maritza de los Ríos, Lizbeth Altamarino, Karina Arrollo y Montserrat Gorocica. Hemos crecido juntas y hemos tomado otros caminos. Las conocí siendo diferente a lo que tal vez soy hoy, pero cerca de ustedes siento que realmente siempre hemos sido las mismas. Gracias por su apoyo de siempre, por ser incondicionales y parciales. Me han lastimado con la verdad, pero jamás me han decepcionado con mentiras, esto se los agradezco. Las quiero.

INDICE.

RESUMEN.....	10
--------------	----

INTRODUCCIÓN.....	11
-------------------	----

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO.

1.1 LA DEPRESIÓN.

1.1.1 Definición.....	15
1.1.2 Antecedentes históricos de la depresión.....	16
1.1.3 Diferencia entre duelo, depresión y melancolía.....	18
1.1.4 Algunas aportaciones de las diferentes teorías en psicología.	
1.1.4.1 El psicoanálisis.....	20
1.1.4.2 La teoría cognitiva.....	23
1.1.4.3 El enfoque sociológico.....	25
1.1.4.4 El modelo biológico.....	28
1.1.5 Cuadro clínico de la depresión.....	29
1.1.6 Clasificación de la depresión.....	33
1.1.7 Diagnóstico para la depresión.....	35

1.2 EL TABAQUISMO.

1.2.1. Antecedentes históricos del tabaco.....	38
1.2.2 La química del tabaco.....	43
1.2.3 La Adicción al tabaco.....	47
1.2.4 Diagnóstico de la adicción al tabaco.....	49

1.2.5	Síndrome de abstinencia	51
1.2.6	El tabaquismo	52
1.2.7	Su repercusión en la salud.....	54
1.2.8	Tabaquismo asociado a ciertos trastornos mentales	60
1.3	LA ADOLESCENCIA.	
1.3.1	Definición.....	62
1.3.2	La depresión en la adolescencia.....	63
1.3.2.1	¿Por que los adolescentes se deprimen?	65
1.3.2.2	Antecedentes de la depresión en la adolescencia.	66
1.3.2.3	Sintomatología.....	68
1.3.3	La adolescencia y las adicciones	73
1.3.4	El tabaquismo y la adolescencia.	79
1.3.4.1	Motivos de inicio.	80
1.3.4.2	Motivos de mantenimiento.....	82
CAPITULO II.	MÉTODO.....	84
CAPITULO III.	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	100
CAPITULO IV.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	120
4.1	Limitaciones y sugerencias.....	130
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		131

RESUMEN.

Este estudio se llevó a cabo con el fin de investigar si ciertos rasgos de depresión van ligados al tabaquismo en adolescentes; y si se relaciona con el patrón de consumo, con la edad, el grado escolar, la edad de inicio de consumo de tabaco y del tiempo que se lleva fumando.

El instrumento utilizado fue el Inventario de Depresión Infantil (IDI), que se aplicó en forma grupal a una muestra de 457 adolescentes pertenecientes a diferentes escuelas secundarias gubernamentales vespertinas del Distrito Federal.

Las edades fluctúan entre los 13 y 17 años. De estos, 190 son del género femenino y 267 del género masculino. De estos, 235 son ya fumadores contra 222 que aun no ha tenido contacto con el cigarro ó no ha desarrollado este hábito.

Este trabajo se realizó en cuatro diferentes tiempos: El primero fue realizar un análisis descriptivo de la población y de las variables demográficas. El segundo, hacer una descripción de los resultados de depresión entre grupos. El tercero, aplicar los análisis de varianza y prueba "t" de Student para hacer la comparación estadística entre grupos y escalas. Y por último el cuarto consistió en realizar comparaciones y análisis de la relación tabaquismo – depresión en las diferentes variables.

De acuerdo a los resultados se encontró que sí existen diferencias significativas en la severidad de los síntomas depresivos medidos con el IDI, entre los adolescentes consumidores de tabaco y los no fumadores. Así, los adolescentes fumadores presentan con mayor fuerza síntomas depresivos, como serían: baja autoestima, Inefectividad, anhedonia, problemas interpersonales y humor negativo.

Este trabajo apoya la idea de que el fumador se asocia con características depresivas que pueden ser importantes en el inicio y mantenimiento de la adicción al tabaco. Ocasionalmente, que estos adolescentes vulnerables, caigan en otras adicciones, tales como las drogas y el alcohol. Por ello, investigar y entender los factores psicológicos ligados a las adicciones se vuelve de vital importancia.

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad, los sectores de salud consideran al tabaquismo como una de las causas más importantes de muerte y de enfermedad en el mundo. Se considera que el fumar es una conducta adictiva, no menos importante que la provocada por otras sustancias con propiedades o potencial adictivo como la marihuana y la cocaína. Es por ello, que aunque es una adicción que puede prevenirse, a quien la padece le es difícil de erradicar.

Desde hace más de 40 años, la comunidad científica mundial estableció la relación entre ciertas enfermedades cardiopulmonares y otras entidades con el hábito de fumar.

Es así como se ha comprobado que el cigarrillo es la causa más importante de bronquitis crónica en los Estados Unidos, e incrementa el riesgo de morir por cáncer y enfisema.

En los últimos años, se ha puesto mayor atención a los aspectos psicológicos del hábito tabáquico, que a los aspectos médicos, ya que se piensa que los primeros pueden ayudar a explicar por qué la gente se inicia en el consumo, cómo es que la persona se mantiene y cómo es que la mayoría o al menos una parte importante de fumadores, no puede dejar el cigarro aunque así lo desee o lo necesite.

El fumador obtiene algo al fumar. Se ha estudiado que aún sabiendo los daños irreversibles que causa el cigarro en el cuerpo, el fumador lo sigue haciendo, comprobando que no importa que tanta información se tenga, el hábito es difícil de erradicar.

Por esto, se han tratado de descifrar las diversas satisfacciones que obtiene el fumador, cuando enciende un cigarro, atribuyendo las causas del tabaquismo al nivel puramente psicológico, demostrando así, que este problema no solo se da para la medicina sino también en el área de psicología, quien puede ayudar a la Organización Mundial de la Salud ha alcanzar su meta de “un mundo libre de humo de cigarro”.

En las dos últimas décadas, se ha centrado en el estudio de la relación entre el fumar y algunas psicopatologías. Por ejemplo, se ha encontrado evidencia de la relación entre fumar y sujetos con depresión, ansiedad, alcoholismo y esquizofrenia.

La relación entre fumar y estos trastornos psiquiátricos se traduce en una mayor dificultad de estas personas para dejar de fumar y, si lo consiguen, una mayor vulnerabilidad a la recaída.

Una de las relaciones mejor documentada de la clase de patologías asociadas con fumar es la depresión.

La depresión mayor, actual o posterior a la abstinencia, representa un desafío para muchos fumadores cuando dejan de fumar. Se ha encontrado relación entre fumar y la sintomatología depresiva tanto a nivel clínico, como a nivel poblacional y al efecto negativo.

La relación entre fumar y depresión o sintomatología depresiva está bien establecida al inicio del hábito de fumar, en el mantenimiento de la adicción a la nicotina, cuando se deja de fumar y en la recaída.

El tabaquismo y la depresión son dos de los principales problemas de salud en el mundo occidental, y aunque en el pasado se creía que sólo los adultos eran víctimas de depresión, hoy en día se ha demostrado que ésta afecta también a jóvenes y niños.

Una investigación que aparece publicada en la última edición de la revista médica *Pediatrics* (1995), realizada por médicos del Hospital de Niños de Cincinnati, analizó datos de un estudio a gran escala sobre salud en la adolescencia. Este estudio, señala que el cigarrillo aumenta hasta 4 veces el riesgo de sufrir depresión.

Aunque estudios como éste han comprobado que el tabaquismo a lo largo del tiempo produce la depresión, otros han señalado que la depresión que existe en los jóvenes y niños es la causa para iniciarse en el tabaquismo.

Así, la relación es muy estrecha entre el fumar y la depresión, aunque no se sabe a ciencia cierta si está psicopatología es determinante en el consumo del tabaco a corta edad.

Ésta es una de las máximas preocupaciones para los sectores de salud en la actualidad, ya que se ha visto que el inicio del consumo del tabaco es cada vez a menor edad. Lo que puede provocar adicciones más intensas y perdurables.

En una investigación realizada y presentada en cartel por psicólogos de la UNAM en 1996, denominada “Correlación entre depresión y consumo de tabaquismo; implicación para los tratamientos para dejar de fumar” encabezado por la psicóloga Cecilia Ojeda, demostró que la edad de inicio para el consumo del tabaco, oscila de entre los 7 y 30 años. También indicó que las personas con depresión profunda tenían menos probabilidad de dejar el cigarro en comparación con los que no son depresivos.

Este estudio señala que la depresión es un verdadero obstáculo para evitar el consumo del tabaco. Así, las personas que fuman de alguna forma padecen síntomas depresivos y que estos forman parte esencial del hábito del fumar.

En México, no se han hecho muchos estudios sobre esta relación, no se tienen cifras exactas sobre que número de población padece síntomas depresivos y es consumidor de tabaco.

Por ello, y en base a las inquietudes de la autora, esta investigación pretende establecer que sí existen síntomas depresivos dentro de la población adolescente fumadora de una muestra tomada de los pobladores de la Ciudad de México, al igual que mientras menor es la edad de inicio del hábito tabáquico, mayor es la presencia de la sintomatología depresiva.

Así, la presente investigación, busca establecer la relación entre el tabaquismo y los síntomas depresivos medidos por el IDI, siendo ésta la causa de que algunos adolescentes sean más vulnerables al fumar que los que no la padecen. De corroborarse esta hipótesis, se podrá ayudar a visualizar una de las principales causas del inicio y mantenimiento del hábito tabáquico en la población infantil y adolescente, logrando auxiliar a eliminar esta adicción.

Esto es verdaderamente importante, ya que en estudios realizados por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER, 2000), se ha encontrado que el tabaquismo en niños y jóvenes es la puerta de entrada más frecuente a otras adicciones, como la marihuana, la cocaína y el alcohol. Afirmando, que los niños y adolescentes que

fuman faltan más a menudo a la escuela que los alumnos que no fuman, ya que se hacen vulnerables a enfermedades tales como resfríos, catarro y tos.

Este estudio afirma que los niños y jóvenes fumadores frecuentemente mantienen bajo rendimiento escolar, lo que abre una cadena y círculo vicioso, en donde el fumar no solo perjudica la salud, sino, el nivel de vida. (Gutiérrez & Rubio, 1994)

Se liga a los adolescentes con bajo rendimiento y depresión; también a consumidores de drogas y alcohol con la depresión; al ausentismo escolar y depresión; y esta investigación pretende entablar la relación del tabaquismo y la depresión en adolescentes, siendo esta última, la patología que da inicio a todos los demás síntomas que forman la cadena viciosa. Es de suma importancia conocer si existe la depresión en los jóvenes fumadores, ya que solo así se podría atender la causa y frenar las consecuencias.

CAPITULO I.

MARCO TEÓRICO.

1.1 LA DEPRESIÓN.

1.1.1 Definición.

La depresión es un estado mental mórbido caracterizado por la tristeza, desaliento y fatiga acompañado con frecuencia de ansiedad más o menos acentuada. Forma mínima de la melancolía.

Del latín *depressio*, hundimiento, Tal es el estado experimentado por quienes la padecen, como una sensación de hundirse lenta y gradualmente. Tanto el estado depresivo como la depresión propiamente dicha, interfieren en la persona produciendo alteraciones en su medio, en su familia, en el trabajo y en su sexualidad. Una de las características principales que acompañan este cuadro es el estado de ansiedad.

Es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona, a cualquier edad y no tiene en cuenta la raza, el sexo, los factores étnicos, ni religiosos, pero generalmente es más frecuente en personas con antecedentes familiares de depresión.

La depresión como síndrome, se manifiesta por un conjunto de síntomas entre los cuales el individuo puede presentar: la tristeza, el desgano o vacío. Se pierde el interés por las cosas que antes gustaban, se come mucho o casi nada. Se tienen problemas para dormir y los movimientos se hacen lentos como si el cuerpo pesara, existe la apatía, la fatiga o poca energía.

Hay sentimientos de impotencia o culpabilidad. Lleva una disminución en la concentración y en la memoria y aparecen ideas constantes de muerte y en ocasiones se llega al suicidio.

Los síntomas no solo se refieren a los cambios afectivos, sino que también incluyen trastornos vegetativos y psicomotores, así como cambios cognitivos y motivacionales, también puede aparecer acompañando una gran variedad de trastornos físicos o psíquicos como artritis reumatoide, alcoholismo, personalidad antisocial, trastornos por ansiedad y esquizofrenia.

Las personas que están deprimidas muchas veces se automedican o abusan del alcohol y las drogas. El alcohol, si bien en los primeros minutos es euforizante, su efecto principal es ser un depresor, por lo tanto es lo último que la persona depresiva necesita. Es importante entender que la depresión es una enfermedad. Una persona depresiva no se imagina sus molestias y no puede decidir simplemente cambiar y olvidarse de la depresión, les resulta difícil admitir la enfermedad y buscar ayuda.

Es un trastorno que afecta a todo, la mente y el cuerpo, la salud física, los sentimientos y las conductas hacia los demás. Una persona con depresión puede tener problemas para dormir, alimentarse, en el trabajo y en la relación familiar y los amigos. Así, se puede concluir que, el “trastorno depresivo” se refiere a un cuadro clínico característico en cada persona, ya que lo forma: su historia, sus antecedentes familiares, ambientales, sociales y biológicos.

1.1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DEPRESIÓN.

Aún cuando el uso del término *depresión* se remonta a un cuarto de siglo, el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de *melancolía*. Ya en el siglo IV a. de C., Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: Sangre, Bilis negra, Bilis amarilla, o atrabilis. (Calderón, 1985).

En los primeros siglos de nuestra era, Celsus, en su libro *De re medica* y Arateo de Cappadocia, en *Enfermedades agudas y crónicas*, hablaba de la manía y de la melancolía como problemas médicos, esto marca el principio del estudio de éstas enfermedades y empieza a marcar sus diferencias. Dando inicio a estudiar la melancolía y la manía, ya no como simple estado en el ser humano, si no dándole el matiz de enfermedad.

Soranos de Ephesus, (citado por Calderón, 1985), en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía los siguientes: Tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones, jovialidad. Los trabajos de Soranos han llegado hasta nuestros días gracias a la versión latina de Caelius Aurelianus.

Durante la edad media, filósofos destacados como Santo Tomás de Aquino, sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales. Esta creencia se comenzó a abandonar en 1630, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado *Anatomía de la melancolía*, obra que facilitó en mucho la identificación de los estados depresivos. (Calderón, 1985)

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir a suicidios. Como causas posibles de la melancolía señaló, en primer lugar, las psicológicas tales como el miedo, los desengaños, los fracasos, las pérdidas y las dificultades, en segundo lugar, las físicas.

En 1809, Haslam, boticario del hospital Behtlem en Londres, afirmó que las personas depresivas pueden tener diferentes tipos de síntomas, tales como: el semblante ansioso, aspecto sombrío, poco dispuestos a hablar; se aíslan recluyéndose en lugares oscuros, o permanecen en cama la mayor parte del tiempo... después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías; Recuerdan sus actos inmorales, o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido.....Con frecuencia se desesperan y tratan de terminar con su existencia, que les parece aflictiva y odiosa. (Calderón, 1985)

Kraepelin (1896), estableció la diferencia entre la psicosis maníaco-depresiva y demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrenia. Después, los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maníaco-depresiva, situación que prevaleció durante las tres primeras décadas del siglo pasado. En consecuencia, el deprimido era calificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves. (Arieti y Bemporad, 1993)

En el México prehispánico este cuadro fue considerado como un problema médico, de acuerdo con la descripción que en 1552 hizo el médico indígena Martín de la Cruz.

Esta descripción fue traducida al latín por Juan Badino y se le conoce como *Códice Badiano*, aunque su nombre original es *Libellus de Medicinalibus indorum herbis*.

El reconocimiento de la melancolía y su clasificación dentro de un grupo de enfermedades, como el de la epilepsia, indicaban un alto grado de adelanto en la medicina azteca.

El códice, que aún se conserva en la biblioteca del Vaticano incluye el título "*Remedio para la sangre negra*" (*negri remedium sanguinis*), término común del cuadro en la Europa del siglo XVI, en el que se recomienda como tratamiento un conocimiento de yerbas y un jugo obtenido de flores de buen olor, y se sugería tomar moderadamente el pulque y dedicarse a las cosas alegres, como el canto, la música, el tocar los instrumentos con los que se acostumbraba acompañar sus danzas. (Calderón,1985).

1.1.3 DIFERENCIA ENTRE DUELO, DEPRESIÓN Y MELANCOLÍA.

Es importante establecer de manera clara los conceptos acerca de lo que es la depresión, el duelo y la melancolía, ya que son tres padecimientos diferentes entre sí, pero que se entrelazan. Sin embargo, cada uno puede actuar por separado, ya que la melancolía ejerce sin la depresión como enfermedad, y el duelo no conlleva en todos los casos a la depresión, por ello se describe cada uno a continuación, para reconocer cuando estos padecimientos menores llevan a la enfermedad, que incluso podría costar hasta la vida.

Arieti y Bemporad (1993) indican que se le llama duelo al estado de tristeza o pena que se presenta posterior a la pérdida de un ser querido o de una situación desfavorable (económica, de poder, sentimental, etc.), o el enfrentamiento a situaciones aflictivas (dolorosas). Este, se considera normal en el sentido de que se espera que ocurra, dada una situación determinada, y suele incluir tres periodos: desesperación, depresión y adaptación.

En la desesperación se presenta un choque emocional con pérdida de apetito, insomnio, fatiga, inquietud o apatía, llanto, sollozos y agravación o descompensación de las enfermedades existentes. La realidad puede ser negada en primer momento y se acompaña con sentimientos de falta de sentido de la existencia, vacío, de la futilidad de la lucha y la inutilidad del esfuerzo o sacrificio.

Durante el periodo de depresión se presenta tristeza, desinterés, incapacidad de amar e inhibición psicomotriz.

El tercer y último periodo de adaptación, comienza cuando la persona empieza a darse cuenta de la realidad y fijarse nuevos objetivos. Para ello necesita ir retirando del objeto perdido sus cargas afectivas.

En general, la duración del duelo es variable en cada persona, puede ocurrir desde una semana hasta varios meses. Cuando la duración o la intensidad de los síntomas es prolongada, se considera patológica y podría acabar en una depresión o melancolía.

La depresión como síntoma, se puede manifestar como tristeza, infelicidad o pesimismo y en la mayoría de las personas como una simple sensación de soledad. Pero este síntoma difiere del trastorno depresivo por que se manifiesta por un periodo largo, no disminuye con el paso del tiempo e impresiona como inapropiado o exagerado en relación con el acontecimiento supuestamente precipitante, que no aparece vinculado con una causa discernible.

Este pesar aletarga, interrumpe o anula la acción; inunda con una sensación de angustia difícil de contener, tiende a extenderse la psique que parece dotada de una inagotable capacidad de experimentar sufrimiento, reaparece con frecuencia, incluso después de una aparente cura.

Dentro de la teoría psicoanalítica, para Freud (1917) existen numerosas semejanzas entre la melancolía con el duelo, así como algunas diferencias esenciales: hay en ambos una dolorosa sensación de abatimiento por una pérdida; falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad.

Sin embargo solo en la melancolía hay una disminución de la autoestima que da lugar a autoreproches y a expectativas irracionales de castigo. Además, el melancólico tiene una noción vaga de la naturaleza de su pérdida y es incapaz de reconocer la causa de su abatimiento. Aún cuando sabe quien es la persona perdida, no tiene en claro "que se ha perdido con ella".

La melancolía difiere del duelo, por que esta se puede presentar sin haber un suceso precipitante, mientras que en el duelo es fácilmente reconocible. Y éstas de la depresión, por la duración o intensidad de los síntomas.

1.1.4 ALGUNAS APORTACIONES DE LAS DIFERENTES CORRIENTES Y TEORÍAS EN PSICOLOGÍA.

A través de los años, las teorías de la depresión han ido reflejando las posiciones psicoanalíticas prevaletentes en cada momento. Es así como van surgiendo las teorías, basadas en los factores culturales, sociales, e históricos de cada época, dando grandes pasos a una experiencia clínica.

1.1.4.1 El psicoanálisis.

El enfoque psicoanalítico definió a la depresión como un trastorno primario del odio mental, perturbando el pensamiento y la conducta. Aunque dentro de este enfoque existen diferentes aproximaciones teóricas, las cuales se enuncian a continuación.

La primera investigación psicoanalítica sobre la depresión fue hecha por Karl Abraham (1911) en donde el autor compara a la depresión con la ansiedad, ya que las dos en este tiempo eran consideradas como resultado de instintos reprimidos. Respecto de los dos estados mencionados, Abraham fórmula que la ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación deseada, que aún es posible, la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales. Además en la depresión, la búsqueda de la satisfacción libidinal esta profundamente reprimida, que el individuo no puede sentirse amado ni capaz de amar y desespera de llegar nunca a la intimidad emocional. (Arieti y Bemporad, 1993)

Abraham cree que la depresión puede ser entendida como una regresión a la primera fase psicosexual, es decir, a la oral. La similitud entre la fase oral y la depresión ha de hallarse en la modalidad de descarga libidinal.

Según este concepto, el depresivo hace más que incorporar al objeto psíquico: "En las honduras de su inconsciente hay una tendencia a devorar y arrasar al objeto".

Es este deseo de destruir al objeto oralmente lo que explica dos de los principales síntomas de la depresión: la negativa a alimentarse (el alimento se ve como el objeto de amor que el individuo teme habrá de destruir) y con el temor a morir de hambre (consecuencia también del temor a concretar los deseos de destrucción oral). (Arieti y Bemporad, 1993)

En la última parte de este trabajo Abraham resume sus cinco contribuciones sobre la depresión y considera los siguientes aspectos predisponentes: 1) un factor constitucional ligado con una excesiva acentuación del erotismo oral; 2) una especial fijación al nivel oral; 3) un daño severo al narcisismo infantil producido por severos desengaños amorosos, que llevan al prototipo infantil de depresión denominado “paratimia primaria”; 4) aparición del primer desengaño amoroso antes de que los deseos edipicos hayan sido superados; 5) repetición del desengaño original en épocas posteriores de la vida. (Arieti y Bemporad, 1993)

Quizá no sea exagerado afirmar que *duelo y melancolía*, breve ensayo de Freud (1917) cambió el curso del psicoanálisis.

Desde 1914 Freud mostró interés en la depresión quizá estimulado por el trabajo de Abraham. Así lo demuestra en su trabajo “*duelo y melancolía*”, que fue escrito en 1915, aunque debido a la guerra apareció en 1917, constando de apenas una veintena de páginas, pero que ha tenido efectos notables, ya que continua influyendo en los criterios de depresión y reorientando en medida considerable el curso de la investigación psicoanalítica.

Para Freud (1917) existen numerosas semejanzas entre la melancolía con el duelo, así como algunas diferencias esenciales: hay en ambos una dolorosa sensación de abatimiento por una pérdida; falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad. Sin embargo solo en la melancolía hay una disminución de la autoestima que da lugar a autoreproches y a expectativas irracionales de castigo.

El melancólico tiene una noción vaga de la naturaleza de su pérdida y es incapaz de reconocer la causa de su abatimiento. Aun cuando sabe quien es la persona perdida, no tiene en claro “que se a perdido con ella”.

Esta observación lleva a Freud a creer que se trata de una pérdida interna e inconsciente. También la disminución de la autoestima sugiere un empobrecimiento interno. “En el pesar – dice Freud- el mundo se vuelve pobre y vacío en la melancolía, esto le sucede al yo”. (Freud, 1917).

Para Freud, las claves para encontrar la sensación de la pérdida interna en la depresión, radica en lo inapropiado de los autoreproches que 1) por lo general tienen un contenido moral. 2) son evidentemente injustificados. 3) son expresados de manera pública y sin vergüenza. Según Freud, esto se debe a una escisión del yo del individuo melancólico, en virtud de la cual un sector yoico se opone al otro, lo enjuicia y le contempla como objeto externo. La clave de este cuadro clínico reside en que los autoreproches son en verdad reproches a un objeto amado, que fueron desviados hacia el yo del propio paciente.

Freud postula que en la infancia el futuro melancólico estableció una intensa relación objetal que resultó deteriorada por el desengaño causado por la persona amada. La ruptura de la relación fue seguida por un retiro de carga libidinal, pero la libido liberada no pasó a otro objeto quizá debido al tipo de vinculación básicamente narcisista. Por el contrario esta libido se retrajo hacia el yo y el objeto abandonado, identificación por la cual la libido quedó absorbida.

Así Freud postula: “la sombra del objeto cayó sobre el yo, de manera tal que desde entonces éste quedó a merced de la censura de una especial facultad mental como si fuera un objeto, el objeto abandonado”. (Freud, 1917)

Otra teoría que se necesita abordar al hablar de depresión es la descrita por Melanie Klein (1940). Para Klein, al nacer hay suficiente yo como para sentir ansiedad, utiliza los mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objétales en la fantasía y en la realidad.

La existencia de un yo temprano, conlleva a un mecanismo de defensa temprano, la deflexión del instinto de muerte, que ocurre al comienzo de la vida y su concepto de realización-alucinatoria-de-deseos implica un yo capaz de establecer una relación objetal en la fantasía. (Segal. 1983)

En las primeras etapas el yo es lábil, se halla en un estado de constante fluencia, su grado de integración varía día a día, y hasta de un momento a otro. El yo inmaduro del bebé está expuesto desde el nacimiento a la ansiedad provocada por la innata polaridad de los instintos – el conflicto inmediato entre el instinto de vida e instinto de muerte. Por ejemplo: el impacto de la realidad externa en el bebé (el trauma de nacimiento), le produce situaciones de ansiedad, pero también le da vida.

Cuando se va enfrentando con la ansiedad el yo deflexiona. Esta deflexión del instinto de muerte, para Klein consiste, en parte en una proyección, en parte en la conversión del instinto de muerte en agresión. El yo se escinde y proyecta fuera su parte que contiene el instinto de muerte, poniéndola en el objeto externo original: el pecho. Este miedo original al instinto de muerte se transforma en miedo a un perseguidor. Es así como se crea el pecho bueno (amor, mamá, cariño, lo gratificante) y el pecho malo o persecutorio (fantasía de persecución).

Para Klein, la depresión ocupa un lugar central en la psicopatología puesto que, a su juicio subyace a muchos otros cuadros clínicos. La depresión adquiere para ella, un significado nuevo y menos específico: es una etapa normal del desarrollo y una forma específica de ansiedad, en tanto que el “*conflicto depresivo*” se conceptualiza como subyacente a la mayor parte de los desórdenes neuróticos.

Otros autores tales como Bowlby (1958) apuntan la existencia de una catexia emocional sumamente cargada, debido a su incorporación en la dependencia total, en la experiencia infantil de fusión con la madre y en la consecuente e irreflexiva espera de todo de ella. Defiende la existencia de sociabilidad en el bebé, y que la experimenta primariamente con su madre. Para Bowlby la depresión se experimenta después de una pérdida o cuando esta socialización esta truncada. Al igual afirma que la conducta cambia y se hace despreocupada y desorganizada. (Citada por Rancel, 2000)

El enfoque psicoanalítico cree que la depresión se produce por la pérdida de un objeto. El objeto puede ser la autoestima, la muerte de un ser querido, a cualquier cosa que para nosotros tenga un valor y un significado. Al igual esté enfoque nos brinda abiertamente las causas de la depresión, ya que las abarca en cualquier edad, así es el caso de Freud que nos habla de la pérdida que experimenta el yo, o de Klein que se acerca a la depresión en niños.

1.1.4.2 La teoría cognitiva.

Desde el punto de vista cognitivo, la originalidad del punto de vista de Beck (1976), (citado por Rangel, 2000) reside en que considera que las distorsiones cognitivas son la causa primaria del desorden y no elaboraciones secundarias. Según Beck, se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos consideraría una manera realista de pensar o de interpretar la realidad.

La depresión presenta sus formas de distorsión, que Beck reúne bajo la denominación de “triada cognitiva” (1970) compuesta por: 1) expectativas negativas respecto del ambiente. 2) autoapreciación negativa, y 3) expectativas negativas respecto del futuro. (Arieti y Bemporad, 1985)

Según Beck (1976): “Las experiencias que el paciente tiene a lo largo de la vida activan así los patrones cognitivos que giran alrededor del tema de la pérdida. Los diversos fenómenos emocionales, motivaciones, de la conducta y vegetativos de la depresión fluyen a partir de estas autoevaluaciones negativas”. Agrega más adelante que “Después de experimentar una pérdida (sea como resultado de un hecho obvio y real o de privaciones encubiertas), el individuo depresivo comienza a valorar sus vivencias de una manera negativa”. (Rangel, 2000).

Rado (1982) (citado por Arieti y Bemporad, 1985), estudió la depresión y la manía en función de una red de interrelaciones entre el yo, el superyó y el objeto amado. Rado observó que antes del comienzo del episodio depresivo, el individuo atraviesa un período de rebeldía arrogante y encarnizada. Explicó que a menudo se pasa por alto esta fase, en razón de que dura poco tiempo y pronto queda obscurecida por los más llamativos síntomas melancólicos. Se trata de una típica –aunque exagerada- manifestación de la manera en que el depresivo trata al objeto amado durante sus períodos de normalidad. Tan pronto como el depresivo está seguro del amor del otro, lo trata con una “sublime indiferencia”, que poco a poco se convierte en control tiránico. Este comportamiento puede ocasionar el distanciamiento de la persona amada, que ya no tolera el maltrato. Cuando esta pérdida se produce, el individuo cae en la depresión. Si el depresivo no consigue recuperar el amor del objeto perdido, su melancolía avanza hacia una forma más maligna, en la cual el conflicto interpersonal es reemplazado por una lucha intrapsíquica.

Rado evidencia aquí la influencia de la teoría estructural, al postular que en la depresión profunda (posiblemente psicótica), se renuncia a los objetos externos y el yo busca el perdón del superyó, que ha tomado el lugar del objeto amado. Los aspectos significativos de la teoría de Rado son que la expresión representa un proceso de reparación y un período de expiación por haber provocado el distanciamiento del objeto necesitado. Hay en primer momento una tentativa de forzar al objeto externo a otorgar el perdón y el amor.

Si esta maniobra interpersonal fracasa, el desorden avanza hacia el nivel intrapsíquico en el que la lucha se entabla entre el yo y el superyó.

Rado concibió la psicopatología como la inadecuada persistencia de los patrones adaptativos infantiles en la vida adulta. En relación con la depresión, Rado siguió sosteniendo que las manifestaciones depresivas son intentos de restaurar la sensación de ser atendido, que es análoga a la seguridad que experimenta el lactante puesto al pecho de la madre.

Posteriormente, Rado agregó algunas dimensiones nuevas a su teoría. Manifiesta que el depresivo puede despreciarse a sí mismo por su debilidad y por ser incapaz de controlar su ira. El dilema del melancólico es que se atormenta entre la rabia coercitiva y el temor sumiso.

Es decir, el depresivo desea expresar la intensa ira que sostiene hacia el objeto amado, pero su dependencia hacia éste le impide manifestar abiertamente su hostilidad. Cuando su equilibrio se rompe y el depresivo pierde el objeto amado, dirige su rabia contra sí mismo y simultáneamente vuelve al antiguo patrón de reparación, con la esperanza de recuperar el objeto amado. Esta reacción a la pérdida es denominada por Rado "*proceso de reparación malogrado*."

1.1.4.3 El enfoque sociológico.

La corriente sociológica propone una interrelación de la depresión en la cual el acento está puesto en la reacción a las exigencias sociales, el efecto que la sintomatología produce en los demás y la utilización de la depresión para satisfacer objetivos anormales. Quizá el primer intento de analizar la depresión desde este punto de vista fue el trabajo de Alfred Adler (1914) titulado *Melancholie*, en el que el autor afirma: "estos individuos tratan de respaldarse siempre en los otros y no desdeñan el recurso de exagerar sus propias debilidades para forzar el apoyo, la adaptación y el sometimiento de los demás". Sugiere también que los melancólicos sufren una "compensación de su incapacidad", con lo que quiere decir que al perseguir metas inalcanzables, los depresivos exageran los azares de la vida cotidiana y después culpan a los demás o a las circunstancias por la no-consecución de dichas metas.

En el mismo trabajo, dice Adler que “ninguna otra enfermedad psicológica induce en el ambiente tanto como la melancolía, ni le hace más patente su dignidad”: (Arieti y Bemporad, 1993)

Sullivan (1940) describió la depresión en términos notablemente clínicos y casi fenomenológicos. Menciona la tendencia repetitiva y estereotipada a situaciones destructivas, la concentración en un limitado número de ideas y el retardo de los procesos vitales. Cree además que vincular el desencadenamiento de la depresión con una causa manifiestamente reconocible no es más que una manera de racionalizar el propio padecimiento y de “integrar la experiencia con la propia personalidad sin deterioro del prestigio ni incertidumbre acerca del futuro social y personal”. De este modo. Sullivan descarta la premisa de que las depresiones son respuesta a circunstancias existenciales.

Los trabajos en el enfoque sociológico que se ocuparon ampliamente de los factores no intrapsíquicos al investigar la depresión, fueron dos publicaciones de Cohen y sus colaboradores (1949, 1954) sobre pacientes maniaco- depresivos. Los autores hacen una evaluación objetiva de la atmósfera familiar, las tempranas interacciones padre-hijo y las experiencias ulteriores del individuo depresivo, correlacionando estos factores con la personalidad del paciente y los problemas terapéuticos. (Arieti y Bemporad, 1993).

Toman en consideración la incidencia de los factores culturales interpersonales, así como algunos de los dinamismos internos de sus pacientes, logrando de este modo una comprensión más cabal del desorden. Así al investigar los antecedentes familiares, el grupo de Cohen observaron que en el ulterior desarrollo infantil de sus pacientes con frecuencia habían ostentado una posición especial o privilegiada dentro de la familia, merced a sus cualidades superiores o a sus mayores esfuerzos por agradar.

Este favoritismo se fundaba únicamente en la capacidad de triunfar y no en un verdadero interés por el individuo como persona independiente familiar. Como resultado de esta crianza al crecer el hijo se convertía en un individuo manejador, para quien las relaciones humanas eran un medio para promover sus propias ambiciones.

Al mismo tiempo, envidiaba a los otros y temía la competencia, por lo cual afligía rebajarse ante los demás para desármalos y obtener el apoyo que necesitaba de ellos.

Según Cohen y sus colaboradores, estas experiencias infantiles conformaban una definida estructura de la personalidad que observaron como constante en los doce pacientes maníaco-depresivos estudiados. Una característica sobresaliente era la incapacidad de apreciar a la otra persona, salvo en función de las propias necesidades. Los demás eran para el paciente posesiones suyas, de las que podía exigir continuo apoyo. Al mismo tiempo temía quedar abandonado, por lo que rehuía las confrontaciones o la competencia directa.

La mayoría de los pacientes eran individuos compulsivos, diligentes y trabajadores, deseosos de complacer a los demás para satisfacer sus necesidades de dependencia. No obstante la dedicación al trabajo, exhibían escasas manifestaciones de creatividad; Tendían más bien a adoptar las pautas u opiniones de las figuras relevantes en su entorno.

Este grupo describió también los problemas específicos que plantea el tratamiento de pacientes maníaco-depresivos. Uno de ellos es la abrumadora dependencia que va desarrollándose con respecto al terapeuta. Otro es la “respuesta estereotipada”; es decir, el paciente es incapaz de ver al terapeuta objetivamente; lo ve sólo como la repetición estereotipada de una figura parental. El paciente lo utiliza como: 1) un objeto a ser manejado para obtener solidaridad y seguridad. 2) una autoridad moral a la que se puede coaccionar para que otorgue aprobación. 3) una autoridad censurada o rechazante, cuya aprobación no es auténtica sino que tiene sólo valor nominal.

Para Bonime (1960) la depresión no es simplemente un conjunto de síntomas que conforman una enfermedad periódica, sino una práctica, una modalidad cotidiana de interacción. Toda interferencia con este tipo de funcionamiento produce una manifestación externa de depresión clínica, tendiente a coaccionar al ambiente con el fin de que permita al individuo restablecer componentes patológicos de este específico modo de vida son las tendencias manipuladoras, la aversión a la influencia de los demás, la renuncia a brindar gratificación, una sensación básica de hostilidad y la vivencia de ansiedad.

Así, la depresión en el adulto se halla en una infancia carente del estímulo y el respeto que debieron proveer los padres. Las verdaderas necesidades emocionales no fueron cubiertas.

En conclusión el enfoque sociológico ve a la depresión como parte del interjuego sociocultural y no como un fenómeno aislado. Sin embargo, quizá no aprecian en su justa medida la vivencia personal del depresivo ni a la manera en que éste padece su pesar melancólico. Sin embargo, las orientaciones sociológicas han servido para corregir la excesiva preocupación por la dinámica interna que caracterizaba a los primeros escritos psicoanalíticos sobre la depresión; Pero en el esfuerzo por destacar los aspectos internos del desorden, adolecen a menudo de la misma estrechez que objetan en quienes enfatizaron los factores internos.

1.1.4.4 El modelo biológico.

El modelo biológico desde una concepción bioquímica contemporánea de la depresión derivó de observaciones clínicas casuales que más tarde fueron corroboradas por investigaciones realizadas a animales.

A comienzos de la década de 1950, se notó que algunos pacientes hipertensos tratados con reserpina sufrían episodios depresivos. Se demostró que la reserpina disminuye la acción de la norepinefrina (NE) y de serotonina o 5-hidroxitriptamina (5-HT) del cerebro.

En los Estados Unidos se seleccionó la NE como amina activa, mientras que en Europa se ha dado preferente atención a la serotonina (5-HT) como amina neurotransmisora que interviene en la depresión. El éxito de las drogas que modifican los niveles de estas aminas en el cerebro durante el tratamiento de episodios depresivos, sirvió de punto de partida para importantes investigaciones e incluso sobre la perspectiva de que con el tiempo sea posible diferenciar los diversos subtipos de depresión mediante pruebas bioquímicas únicamente.

Existe una serie de estudios que respaldan la "hipótesis de las indolaminas", que importa una disminución de la 5-HT como compuesto activo en los desordenes depresivos.

Otra prueba que apoya la hipótesis de la disminución de serotonina fue hallazgo de concentraciones por debajo de lo normal de ácido 5-HIA, un derivado de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo de pacientes depresivos y en el tejido cerebral de individuos que cometieron suicidio (Calderón, 1985).

1.1.5 CUADRO CLÍNICO DE LA DEPRESIÓN.

Calderón (1985) aporta uno de los más completos de los cuadros clínicos de la depresión, y divide los síntomas en cuatro trastornos que son:

- ✓ Trastornos afectivos.
- ✓ Trastornos conductuales.
- ✓ Trastornos intelectuales.
- ✓ Trastornos somáticos.

✓ **Trastornos afectivos:** La afectividad seriamente perturbada en el síndrome depresivo origina síntomas diversos, como se muestra en la siguiente tabla:

Trastornos afectivos de la depresión

SÍNTOMA	MANIFESTACIONES
Indiferencia afectiva	Disminución o pérdida de intereses vitales.
Tristeza	Con o sin tendencia al llanto. Ausentes en las depresiones “sonrientes”.
Inseguridad	Dificultad para tomar decisiones.
Pesimismo	Enfoque vital derrotista, da origen a dependencia hacia la familia.
Miedo	Específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo.
Ansiedad síntomas	Más intensa en las mañanas, puede ser confundida con depresivos.
Irritabilidad	Con agresividad que da origen a problemas familiares y laborales.

En el enfermo generalmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés. Actividades deportivas, artísticas o culturales que previamente le eran gratas, empiezan a ser subestimadas, procuran hacer el menor esfuerzo y con frecuencia permanece encerrado en su casa con disminución absoluta de sus intereses vitales. Pronto aparece la tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores,

de tal modo que cosas que antes pudieran haber estimulado su ánimo, ahora abatido.

En las llamadas “*Depresiones sonrientes*” el enfermo acude al Doctor con quejas somáticas; se muestra alegre, cuenta chistes, bromea y en general no da la impresión de que haya una baja en su talante afectivo. Al referirse a tristeza el paciente utiliza frecuentemente otros adjetivos como: desesperado, solitario, infeliz, humillado, avergonzado, preocupado, inútil o culpable; es preciso en estos casos tratar de averiguar cuál es el estado anímico real del enfermo.

Cuando la depresión no es muy severa, el sentimiento de infelicidad puede fluctuar durante el día con altas y bajas, y aun retirarse por momentos ante estímulos circunstanciales como un chiste o un evento favorable. Conforme se va acentuando el cuadro se presenta cierto ritmo en el día, con tendencia a incrementarse en las mañanas y a disminuir en la tarde.

Finalmente el miedo puede presentarse ante el enfrentamiento a determinadas circunstancias, como el asistir al trabajo, a la escuela, o en ocasiones el volver al hogar, etc. Como es fácilmente comprensible, este síntoma limita en forma considerable sus actividades.

La ansiedad suele presentarse en grado variable y la irritabilidad, es muchas veces el motivo básico de la consulta.

✓ **Trastornos intelectuales:** Las funciones intelectuales no son las más afectadas en el cuadro clínico de depresión; sin embargo, pueden presentarse síntomas importantes.

Trastornos intelectuales de la depresión.

SÍNTOMA	MANIFESTACIONES
Sensopercepción disminuida	Mala captación de estímulos.
Trastornos de memoria	Dificultad para la evocación.
Disminución de la atención	Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana.
Disminución de la comprensión	Dificultad de comunicación.
Ideas de culpa o de fracaso	Autodevaluación. Incapacidad de enfrentamiento.

La disminución de la capacidad de atención y concentración se presenta en el deprimido como un síntoma de inhibición, lo que inevitablemente repercute sobre la memoria, dado que la fijación de los recuerdos se hace en forma superficial, o en ocasiones no se hace. Esta dismnesia suele presentarse para circunstancias recientes, contemporáneas al episodio depresivo, refiriéndose a pequeños hechos de la vida cotidiana, insuficientemente expresivos para llamar la atención del sujeto; por el contrario, los acontecimientos relevantes serán fijados y evocados en forma correcta.

Las ideas de culpa y de fracaso son elementos frecuentes del cuadro clínico. La mala opinión que el paciente tiene de sí mismo se manifiesta por frases como: “me he vuelto muy malo”, “soy nefasto para los demás”, etc. Estas ideas de indignidad a veces se acompañan de sentimientos verdaderos de culpa, apoyados en una falta real, pero trivial. Con frecuencia el paciente extiende un profundo pesimismo al mundo que lo rodea; considera difícil y a veces catastrófica a la situación económica (ideas de ruina); juzga el trabajo profesional como desprovisto de porvenir, mediocre, rutinario y erizado de problemas insuperables. El ambiente familiar y amistoso no aporta las satisfacciones de antaño.

Las alteraciones de la afectividad y del intelecto señaladas, dan lugar en el enfermo deprimido a trastornos de la conducta. La actividad y productividad del sujeto disminuyen. El aseo personal y el de su entorno decaen, y con apatía progresiva busca en la cama un refugio para sus problemas, permaneciendo dormida o despierta durante muchas horas.

✓ **Trastornos conductuales:** Las actividades se ven disminuidas, el cansancio y la apatía se hacen presentes ante cualquier ocupación.

Trastornos conductuales de la depresión.

SÍNTOMA.	MANIFESTACIÓN
Actividad disminuida	Descuido de sus obligaciones y de su aseo personal.
Productividad disminuida	Mal rendimiento en el trabajo.
Impulsos suicidas	Ideas o intentos de privarse de la vida.
Impulso a la ingestión de alcohol y otras drogas	Tendencia a beber o a utilizar drogas como un mecanismo de escape a la ansiedad.

Su rendimiento se vuelve deficiente y reduce sus actividades al mínimo para cumplir con sus compromisos; es evidente en ellos la falta absoluta de entusiasmo y de interés por sus actividades, con frecuencia prefieren faltar y reportarse enfermo, solo para descansar. Otra característica del paciente deprimido es que con frecuencia se muestra vacilante, dudoso, perplejo; aun teniendo en mente la conducta por seguir, no puede llevarla a cabo.

Los impulsos suicidas son el aspecto más delicado y peligroso que debe valorarse adecuadamente al inicio de un tratamiento, pues el médico deberá decidir si es necesario internar al paciente bajo estrecha vigilancia y/o utilizar el método terapéutico que más rápidamente modifique el cuadro depresivo, a fin de evitar el serio peligro que esta situación presenta. Los pacientes con impulsos de ingerir bebidas alcohólicas y fármacos, pueden originar dependencia, posiblemente con el fin de utilizar sus efectos desinhibidores para moderar la angustia.

✓ **Trastornos somáticos de la depresión:** Este síntoma constituye con frecuencia el motivo de la consulta a los médicos, a este cuadro se le llama “depresión enmascarada”, la mayor parte de los casos pasa inadvertida para el facultativo, quien sin tenerla presente inicia una búsqueda infructuosa de patología orgánica. Esto provoca que el paciente vaya de médico en médico, en su lucha por recuperar la salud.

Trastornos somáticos de la depresión.

Uno de los trastornos más comunes, es el insomnio. La dificultad para dormir perturba considerablemente al enfermo, pudiendo ser su única pero angustiada queja durante muchos años. En otras ocasiones el enfermo esta inquieto toda la noche, a menudo se despierta y al día siguiente se queja de haber tenido un sueño “poco reparador” con frecuencia se presentan ensueños desagradables o terroríficos. Paradójicamente, ciertos deprimidos duermen mucho, pasan muchas horas al día, lo que constituye en realidad una forma de escapar a los síntomas de la enfermedad.

Otro trastorno importante es la anorexia, síntoma que se presenta en casi todos los casos agudos. Por lo general es refractaria al tratamiento con anabólicos, vitamínicos y eupépticos; un tratamiento antidepresivo adecuado.

Al igual, se puede reaccionar expresando un deseo compulsivo de comer, con el correspondiente incremento de peso. Esta diversidad ha hecho que se le denomine como la enfermedad de las mil caras.

Por otra parte, se presentan trastornos en la sexualidad, con debilitamiento o desaparición del deseo sexual, la cual forma parte de este cuadro de reducción global de los instintos.

1.1.6 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN.

SÍNTOMAS	MANIFESTACIÓN
Trastornos en el sueño	Insomnio que se presenta al principio o al final del periodo de descanso. Dormir inquieto o en algunos casos, hipersomnia.
Trastornos en el apetito	Anorexia que puede originar pérdida importante de peso. En ocasiones hambre compulsiva.
Disminución de la libido	Debilitamiento o desaparición del deseo sexual.
Cefalea tensional	Afecta a los músculos de la nuca y los temporales.
Trastornos digestivos	Dispepsia, aerofagia, meteorismo, náuseas, etc.
Trastornos cardiovasculares	Trastorno de la frecuencia o del ritmo cardiaco disnea suspirosa, etc.
Otros.	Mareos, prurito, alopecia, etc

Las depresiones se clasifican de acuerdo a sus causas en: endógenas, exógenas o somatógenas. Todas ellas se caracterizan por una serie de alteraciones en el área psíquica y en la orgánica.

La depresión endógena tiene una causa fundamentalmente biológica. No existe continuidad con la historia vital de la persona, no hay motivos para estar triste o melancólico, ni existen causas externas. Estas personas tienden a encontrarse mejor por la tarde y su patología se relaciona con el cambio de estación (hay un aumento de síntomas depresivos en primavera y otoño). Frecuentemente su iniciación y curso se asocia a ritmos biológicos. Suelen ser hereditarias.

La depresión exógena es fundamentalmente causada por factores ambientales externos. También se denomina depresión reactiva, pues se producen como respuesta a una pérdida, un desengaño, una tensión u otros acontecimientos externos recientes. Se supone que las depresiones sin una historia de tensión externa se deben a algún proceso biológico intrínseco o endógeno. Los factores exógenos son inespecíficos, además se dan diferencias intraindividuales según el momento evolutivo, influyendo la persistencia de los factores, la profundidad de la experiencia vivida y si son inesperados o no, en la depresión que producirán.

La depresión somatógena es secundaria a causas físicas específicas y patologías orgánicas demostrables. También se llaman depresiones orgánicas, las causas más frecuentes son:

- ✓ Trastornos tiroideos
- ✓ Anemias
- ✓ Infecciones víricas
- ✓ Lupus
- ✓ Cáncer
- ✓ Parkinson
- ✓ Causas y atrógenas: fármacos como anticonceptivos orales, corticoides, Antihipertensivos, psicodélicos y otros.

Barrera (2000) presenta otra forma de clasificar la depresión, es la que se agrupa dependiendo de la intensidad de los síntomas y del momento en la vida de las personas en la que se presenta, por ello se clasifican en:

- A. Leves** (distónicas) Depresiones primarias.
 - a) Carácter o personalidad depresiva.
 - b) Depresión reactiva.

- c) Depresión ansiosa.
- d) Depresión con síntomas obsesivo-compulsivo.
- e) Depresión encubierta.
- f) Depresión despersonalizada.

- B. Profundas.** (Sintónicas)
- a) Depresión pura.
 - b) Depresión suplicatoria.
 - c) Depresión paranoide.
 - d) Depresión maniaco – depresiva.

Variedades:

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| ✓ Autoculposa. | ✓ Aguda. |
| ✓ Suplicatoria. | ✓ Acompañada de agitación. |
| ✓ Mixta. | ✓ Paranoide. |
| ✓ Simple. | ✓ Acompañada de estupor. |

- C. Vinculadas con el ciclo de la vida.**
- a. Depresión infantil.
 - b. Depresión del adolescente.
 - c. Depresión pospuerperal.
 - d. Melancolía involutiva.
 - e. Depresión senil.

- D. Depresiones secundarias.**
- a) Depresión asociada con desórdenes neurológicos o psicosis orgánicas.
 - b) Depresión asociada con desordenes endocrinos.
 - c) Depresión asociada con otras enfermedades orgánicas.
 - d) Depresión inducida por drogas.
 - e) Depresión esquizofrénica.

Según Barrera (2000), las depresiones varían en intensidad y dependen también en la etapa de la vida. Estas depresiones se dividen en leves y profundas para su estudio y como vimos las depresiones leves son las que presentan solo algunos síntomas o indicios de esta enfermedad, más sin embargo, las profundas son las que abarcan ya depresiones agudas tales como la maníaco-depresiva o la esquizoafectiva. Cabe mencionar que dentro de las leves no existe el suicidio, el paciente a menudo tiene esta idea pero nunca llega a consumarse el acto.

En contraste con esto, en las depresiones profundas si existe el suicidio, el paciente ya no piensa en suicidarse algún día, si no más bien ya prepara como morir.

Además las depresiones profundas los síntomas son muy pronunciados y fáciles de reconocer.

1.1.7 DIAGNÓSTICO PARA LA DEPRESIÓN.

Existe un manual oficial en el que se describen y marca los criterios para diagnosticar las enfermedades mentales a nivel mundial, este es el **DSM-IV TR**, el cual se vuelve herramienta básica dentro de la psiquiatría y la psicología.

El **DSM-IV TR** (manual diagnóstico y estadístico publicado por la *American Psychiatric Association*, 1995), incluye a la depresión dentro de la sección de los trastornos del estado de ánimo, en los que se encuentran los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor.

El **DSM-IV**, marca como *criterios de diagnóstico del episodio depresivo mayor*, los siguientes:

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; Uno de los síntomas debe ser: 1) estado de ánimo deprimido ó 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

NOTA:(no incluye los síntomas que son claramente debidos a enfermedades médicas o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo).

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o en la observación realizada por otros (por ejemplo, el llanto). Nota: en los niños y en los adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en caso todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día, (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida significativa de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo; un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concretarse, o indecisión casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo. Los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. (DSM-IV,1995)

Es importante señalar que la depresión se puede presentar como un síntoma de algún otro trastorno psiquiátrico, por ejemplo la esquizofrenia, los trastornos degenerativos, trastornos relacionados con el uso de sustancias, entre otros.

Cuando la depresión se presenta como un trastorno en sí mismo se le conoce como Depresión Mayor; existe otro trastorno parecido, la Distimia, que involucra un humor depresivo casi como característico de la personalidad.

La depresión se presenta frecuentemente asociada a trastornos de tipo ansioso, como son las fobias, lo que hace pensar en una etiología neuroquímica. No obstante, no se debe olvidar que como ente biopsicosocial, el hombre es susceptible de sufrir depresión por diferentes causas, que hasta ahora no se han logrado conocer del todo.

Por ello, al diagnosticar la depresión es importante tomar en cuenta todos los factores a los que la persona ha estado sometido, por que la depresión se puede dar con un solo factor o se puede adquirir con dos o más factores. Por ello se recomienda ser muy cuidadoso al revisar el contexto en el que vive la persona. El problema orgánico que exista, debe ser tratado por sus vías médicas, a la par de la psicoterapia adecuada a esa persona y situación.

1.2 EL TABAQUISMO.

1.2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL TABACO.

El tabaco es una planta de la familia de las solanáceas que forma el género *Nicotiana*. La especie más importante recibe el nombre de *Nicotiana tabacum*. La planta posee una raíz fibrosa y un tallo que puede medir hasta dos metros de altura, tiene grandes hojas verdes, de textura vellosa y pegajosa con sabor amargo, sus flores son de color blanco, amarillo y violeta. Existen alrededor de 65 variedades, la totalidad de ellas integrantes del género *Nicotiana*. Se utiliza en agricultura como insecticida y en la industria química como fuente de ácido nicotínico. Para la industria tabacalera es la materia prima, por lo cual se ha incrementado su cultivo, llegando a ser una de las fuentes principales de ingreso para algunos países.

Existen datos históricos que aseguran que es originario de América. Aunque existen historias y mitos de diferentes países del mundo, reconocen su existencia desde hace mucho tiempo. Por ejemplo, Pardell (1996) recoge una leyenda árabe que narra que cuando Mahoma succiona con su boca la herida producida por la mordedura de una serpiente desagradecida, escupe el veneno mortal en la tierra, en el mismo lugar nace una planta en cuyas hojas se mezclan el veneno de la serpiente, las grandes visiones del Profeta y la felicidad de los elegidos. Así, nace la planta del tabaco para los árabes.

En América, existe evidencia científica que indica que la costumbre de fumar y de mascar tabaco fue practicada por los mayas y aztecas para propósitos religiosos y medicinales. En el Popol Vuh, libro sagrado de los mayas quichés, refiere representaciones como la del templo de la Cruz, en Palenque, donde aparece el dios Jaguar con un cigarro o pipa tubular.

También los aztecas quemaban manojos de tabaco para la fiesta del dios de la guerra, Huitzilipochtli. Entre los Nahuas, del centro de México, existía incluso un dios del tabaco llamado Cinacoatl. Y entre los indios de Norteamérica y del Canadá la tradición del fumar “la pipa de la paz”.

De hecho, una de las teorías mas aceptadas sobre la raíz del nombre “*tabaco*”, proviene de los indígenas, quienes utilizaban un instrumento en forma de Y, totalmente tubular en la que aspiraban por los orificios superiores el tabaco, denominando así “*tubaco*”.

Cristóbal Colón fue el primero en nombrar al tabaco ya que fue uno de los presentes que le hicieron los indios al llegar a América. Aunque no le dio ninguna importancia, habló de él como unas hojas mustias y secas que debían tener un gran valor para los nativos. Colón observó como los habitantes de la isla de Haití, denominada entonces Tabago, aspiraban con deleite el humo producido por esas hojas enrolladas en forma de cilindros y encendidas por uno de sus extremos.

Fray Bartolomé de las casas, citado por García (1979), narra: “*mucha gente del pueblo lleva en sus manos ciertas yerbas.... son unas hierbas secas metidas en una cierta hoja, seca también, encendida por una parte dé él, por la otra chupan o absorben o reciben con el resuello para adentro aquel humo; con el cual se adormecen las carnes y cuasi emborracha y asi diz que no sienten el cansancio. Estos mosquetes, o como les nombraremos, llaman ellos tabacos....*”

Los marineros provenientes de América la llevaron a España, y afirma Pardell (1996), que fue Rodrigo de Xerez quien la plantó en su villa de Ayamonte, haciendo alarde del arte de fumar que había aprendido con los indígenas, fue condenado por la Santa Inquisición, dado que, según se refiere en el texto del tribunal: “ *Sólo Satanás puede conferir al hombre la facultad de expulsar humo por la boca*”.

La denuncia fue hecha por su propia esposa quien no veía con buenos ojos que su marido oliera a tabaco y echara humo por la boca. Aun así, la hoja mascada o fumada en cigarro o pipa se difundió ampliamente por todos los marineros, llevándola a todo el mundo.

En 1518, Cristóbal Colón envía un informe a Carlos V, detallando las virtudes medicinales del tabaco, así como algunas semillas que el emperador mando cultivar. Pero, no fue hasta 1565 que Nicolás Monardes escribe en su libro “*La historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras indias occidentales*”, editado en Sevilla en 1580, que se dedica un amplio capítulo a las virtudes curativas de la planta.

En su descripción recomienda el tabaco como cura infalible para 36 enfermedades diferentes. El mismo Monardes junto al doctor Bernardo, médico de Felipe II, realizaron experimentos con perros para demostrar que el tabaco era un buen antídoto de ciertos venenos.

Posteriormente Walter Raleigh, inició en la corte Isabelina la costumbre de fumar tabaco en pipa, a quien posteriormente le otorgaron el título de "Sir", en reconocimiento, por poner en manos del imperio inglés la "maravillosa droga".

Juan de Cárdenas, en su obra "*Problemas y secretos maravillosos de las indias*", editada en México en 1591, dedica un capítulo al "por qué causa la coca y el tabaco, trayéndoselo a la boca, dan fuerza y mantenimiento al cuerpo".

El gran paso para la difusión del tabaco por todo el mundo sería la aceptación por parte de la nobleza y las cortes de Europa. El embajador Jean Nicot (embajador francés en Portugal), envió en 1560, unas hojas de tabaco molidas (rapé) a su soberana, Catalina de Médicis con propósito de curar sus migrañas. La reina se mostró tan satisfecha con los resultados que fue una activa propagandista del uso del rapé. Nicot aportó su nombre al genérico de planta en la clasificación botánica: "*nicotina*", aunque todos los demás la conocieron en su época como "*hierba de la reina*" o "*caterinaria*" y "*hierba santa*" o "*hierba para todos los males*" por su empleo casi indiscriminado: se receta para el dolor, la cefalea, la flatulencia, e incluso para la tos. Progresivamente, el tabaco es difundido en todo el mundo, gracias a los marineros, y se dice que el siglo XVII su cultivo ya era universal, superando incluso a otras plantas como la patata o el tomate, que eran mucho más útiles para el hombre.

Una de las primeras investigaciones hechas sobre los efectos dañinos del tabaco fue realizada en Inglaterra por Jacobo I, convirtiéndose uno de los grandes perseguidores, publicando en 1603 en su escrito "*Miscocapnus*", en donde narra: "...si yo invitase al diablo a comer le serviría tres cosas: un poco de cerdo, una anchoa seca en un lago de mostaza y una pipa grande y bien repleta de tabaco..". Unos años mas tarde, el rey definiría esta costumbre como "...espectáculo abominable para la vista, ofensa odiosa para el olfato, costumbre dañina para el cerebro y peligrosa para los pulmones...". Este se considera como un manifiesto precientífico de los peligros del tabaco.

Aun con ello, en la América colonial anglosajona se iniciaban las plantaciones en Virginia y Maryland, extendiéndose posteriormente a Tennessee, Kentucky y Ohio, donde en 1615 la planta crecía en jardines, campos y hasta en las calles, en poco tiempo se convirtió en el producto agrícola básico. La producción fue tan excesiva que originó un control de calidad. El "dinero tabáquico" le permitió a la Colonia Americana financiar su Independencia y perfilarse como la futura gran potencia económica.

En una gran epidemia en Londres se llega a afirmar que solo los que fumaban escapaban de la muerte. Tal es su aceptación, con la consiguiente demanda del producto, que en 1620 ya se construía en Sevilla la primera fábrica de tabaco (en polvo) y poco después otra en Cádiz (cigarros).

Durante este siglo, se observó una tendencia a preferir el tabaco administrado por la nariz (el llamado rapé) que fumado, particularmente entre las clases altas. En Inglaterra, la reina Carlota era conocida por su adicción al rapé, y en Francia, Napoleón consumía casi cuatro kilos de rapé al mes.

En 1624, el Papa Urbano VII se opone al uso del tabaco, ya que tenía la reputación traída del nuevo mundo por los monjes que habían ido a evangelizar, de ser una sustancia afrodisíaca y abortiva. Así Urbano VII en su bula "*Ad Futuram Dei Gloriam*", excomulgaba a quienes mascaran, fumaran en pipa o aspiraban tabaco en el interior de las iglesias; en 1690, el Papa Inocencio XII, emitía otra bula en la que se extendía la pena de excomunión a todos los fumadores. El carácter demoníaco del tabaco justificó las sentencias condenatorias de la Inquisición.

De todas formas, estos esfuerzos moralizadores en contra de la nueva costumbre de fumar se estrellaron contra la obstinación de las gentes en seguir disfrutando del nuevo placer que el descubrimiento del Nuevo Mundo le había deparado. Así, no pasarían muchos años antes de que estas disposiciones se olvidaran y fueran formalmente revocadas. Tal es el caso del Papa Benedicto XIII quien en 1725, levanta las sanciones promulgadas por sus antecesores por razones tan pragmáticas como las de "*evitar a los fieles el espectáculo de dignatarios eclesiásticos escapando del santuario para irse a fumar a escondidas*".

Aunque en ese año, se dan cuenta que el cigarro es un importante pilar económico, además de que se cuenta que es Papa Benedicto XIII era un gran fumador.

Así en 1758, se funda la famosa cigarrera ubicada en la calle de Hispalense de San Fernando, que quedará inmortalizada por las novelas de P. Merimé (Carmen, la cigarrera), y por E. Pardo (la tribuna) y en la ópera de Bizet (Carmen).

Muy pronto, el comercio del tabaco llama la atención de los gobiernos, quienes ven suculenta fuente de ingresos públicos vía impuestos. Así, pronto se crea el monopolio y se dice, que la renta del tabaco sirvió para financiar las obras de construcción de la Biblioteca Nacional, El Monte de Piedad de Madrid y para el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española, en 1723.

El éxito económico de la producción de tabaco en las colonias inglesas de América tuvo repercusiones importantes en la guerra de Independencia (1776): George Washington decía: "Si no pueden enviar dinero, envíen tabaco", pues países como Francia, que prestaba dinero a los insurgentes, aceptaba ser reembolsado con la planta (incluso en nuestro siglo, ha habido generales estadounidenses que consideraban esencial el tabaco para la moral de los soldados).

Se cuenta que en la Guerra entre Turquía y Egipto en 1832, los soldados egipcios idearon la forma de rellenar los cartuchos de sus fusiles con picadura de tabaco, creando así el primer cigarrillo. Los turcos imitaron pronto este procedimiento de fumar y lo propio hicieron los ingleses durante la guerra de Crimea en 1856, importando la moda a su país.

Hacia fines de ese siglo era tan frecuente mascar tabaco como fumar puros. Al mismo tiempo, los fabricantes de puros hacían todo lo posible por desprestigiar al cigarrillo. A pesar de ello, el incentivo de proporcionar al público un puro más barato estimuló a los comerciantes de tabaco a fabricar cigarrillos. Hacia 1860 uno de ellos, Phillip Morris, empezó a vender cigarrillos hechos a mano. En Austria se vendían cigarrillos con doble boquilla: el usuario los cortaba a la mitad y así tenía dos.

Originalmente era un lujo que no todos podían tener, el uso del cigarro se volvió alcanzable para las masas con la invención de las máquinas hasta que en 1883, donde James Bonsack sustituyó a nivel industrial a las personas que hacían este trabajo de forma manual, por máquinas industriales reduciendo el costo de su producción e incrementando asombrosamente la misma (200 cigarrillos por minuto), así el consumo mundial de éstos se ha incrementado dramáticamente a partir de entonces. Y tras las dos

guerras mundiales, se asistiría a la invasión de hábito de fumar cigarrillos, la forma más común hoy en día de consumir tabaco, ya que es en la segunda guerra mundial donde aparecen los tipos de cigarros con filtro y las formas “*bajo en alquitrán*” y “*bajo en nicotina*”. El filtro también hace que la cantidad de tabaco contenido en el cigarrillo se reduzca casi en una tercera parte.

Finalmente, ahora se emplea el "inflado" (*puffing*) del tabaco para aumentar la superficie de las células de la planta, llenándolas de aire o de un gas inerte. De hecho, los cigarrillos que se anuncian como bajos en alquitrán o nicotina, logran esta fórmula simplemente quitándole tabaco al cigarrillo.

Es por estas fechas, que aparecen los primeros trabajos dedicados a las consecuencias negativas del tabaco para la salud humana. Y es hasta la década de los cincuentas y sesentas del siglo pasado, que salen a la luz los estudios pioneros sobre los riesgos del tabaquismo al nivel de todos los órganos del cuerpo humano.

1.2.2 LA QUÍMICA DEL TABACO.

En pruebas de laboratorio se han aislado más de 4 mil sustancias químicas contenidas en el humo del tabaco, la mayoría en niveles de subnanogramos o picogramos, sólo el monóxido de carbono (CO) y la nicotina pueden medirse en miligramos (mg.) por cigarrillo. De estos componentes, la nicotina y el alquitrán se consideran los más nocivos. (Rubio H. & Fabián M., 1996)

La fase gaseosa del tabaco contiene varios compuestos indeseables: monóxido de carbono, bióxido de carbono, amoniaco, nitrosaminas volátiles, óxidos de nitrógeno, cianuro de hidrógeno, derivados del azufre y de los nitritos, hidrocarburos volátiles, alcoholes) aldehídos y cetonas.

En su fase particulada contiene nicotina, agua y el alquitrán, mezcla de hidrocarburos aromáticos policíclicos, algunos de los cuales son probados carcinógenos. (Pardell, 1996)

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 molécula formando generalmente un enlace histológico con daño irreversible a este nivel. (Rubio H. & Fabián M., 1996)

La nicotina, transferida en forma de humo del tabaco, no es un carcinógeno, pero algunos compuestos de la degradación de ésta (como son las nitrosomonas, las dibenzocarbazol y las debenzacridinas) tienen el potencial de serlo. Se dice que el humo del tabaco induce a mutaciones en los genes supresores de tumores malignos.

En su fase gaseosa, el tabaco produce CO, que al ser inhalado por los alvéolos y uniéndose a la hemoglobina, forman carboxihemoglobina, la cual no resulta apta para transportar el oxígeno. Cada cigarrillo produce alrededor de 10 a 20 mg. de CO. Sus efectos biológicos se relacionan principalmente con su potencial en la patogénesis de la enfermedad vascular artero esclerótica, especialmente en la enfermedad coronaria. Los aldehídos, cetonas y el cianuro de hidrógeno originan citotoxicidad de los cilios en las aéreas principalmente. Entre los elementos carcinógenos de la fase gaseosa, destacan el formaldehído, acroleínas y el acetaldehído, que son inductores tumorales, así como carcinógenos de contacto en animales sometidos a estudios experimentales. (Pardell, 1996)

A la fecha, se han encontrado unos 30 metales en la planta del tabaco, algunos de ellos con potencial tumorogénico como el arsénico, el níquel, plomo, cromo y cadmio, con una vida media intrapulmonar superior a dos años. En condiciones experimentales, el cadmio puede inducir la aparición de tumores y tienen además relación con el desarrollo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el enfisema. El arsénico puede provocar tumores, incluyendo el carcinoma broncogénico; al níquel, plomo y cromo se les reconoce también como inductores tumorales. La capacidad carcinogénica de las nitrosaminas depende de la cantidad de alcaloides y nitratos contenidos en el tabaco. Algunos estudios han demostrado que diversas nitrosaminas resultan carcinógenas en animales, y son capaces de producir tumores en cavidad nasal, tráquea, pulmones, hígado, páncreas y otras áreas. (Rubio H. & Fabián M., 1996)

Los benzenos, naftalenos y otros hidrocarburos aromáticos son compuestos semivolátiles presentes en las fases gaseosa y particulada de la combustión del tabaco, y es ha detectado que son inductores de leucemia y linfoma.

La nicotina es la responsable del bienestar psicológico y de la dependencia biológica del fumador. Esta sustancia es una amina y, durante el proceso de combustión, se vaporiza o penetra a través de la boca en forma de aerosol. La cantidad de nicotina es aproximadamente de 1 mg. (varia de 0.5 a 1.5 mg.), con gran afinidad para fijarse en los

pulmones, cerebro, hígado y bazo. En el caso de la mujer embarazada, cruza libremente la placenta, encontrándose inclusive en el líquido amniótico. (Alvarado, 1991)

Un dato interesante de la toxicidad de la nicotina, es que si se administrará un gramo a un caballo, lo mataría inmediatamente. En otras investigaciones hechas con niños recién nacido (hijos de madres fumadoras) se midió la cantidad de nicotina contenida en su cabello, encontrándose niveles de esta sustancia similar a los adultos expuestos al humo del tabaco, o sea un fumador pasivo. (García, 1979)

La nicotina, aunada al monóxido de carbono, tiene un efecto favorecedor en la generación de neoplasias malignas (cáncer). Desde hace 45 años, se planteó la posible relación entre tabaco y cáncer. En 1969, se advirtió la presencia de 47 sustancias carcinógenas en el humo del tabaco. El ejemplo más representativo es el cáncer pulmonar. Más del 90 por ciento de quienes lo padecen fuman, y una vez diagnosticado, 20 por ciento de ellos sobrevive al primer año, el resto fallece antes de ese lapso. Además, se ha observado una mayor frecuencia de cáncer de lengua, laringe, esófago, páncreas y vejiga en el fumador. (Pardell, 1996)

La nicotina, es un poderoso estimulante. Al cabo de unos segundos de inhalar una bocanada de humo, el fumador recibe una poderosa dosis de este componente en el cerebro.

Esto hace que las glándulas adrenales viertan en la sangre adrenalina, lo cual acelera el ritmo cardiaco y aumenta la presión sanguínea. La nicotina está considerada como una sustancia más adictiva que otras drogas ilegales.

Es interesante saber que los fumadores crónicos la metabolizan más eficazmente, por lo que presentan una mayor excreción urinaria del alcaloide y de sus metabolitos. En las primeras 24 horas se elimina el 77% de la nicotina absorbida y al tercer día hasta el 90%. Por ello es más alta la acidez de la orina en personas fumadoras. (García, 1979)

El tabaco no sólo afecta favoreciendo la presencia de tumores. Actúa también sobre, las arterias y ocasiona obstrucción, mejor conocida como arterosclerosis, padecimiento que se inicia desde la infancia y que por diversos estímulos (aumento de colesterol, elevación de la presión arterial y tabaquismo, entre otros), se manifiesta de manera prematura. (Pardell, 1996)

Las manifestaciones clínicas de la arterosclerosis pueden variar desde la aparición de problemas al caminar (denominado claudicación intermitente y que es una condición mucho más frecuente entre fumadores), oclusión de las carótidas (tres veces y media más común en personas con hábito tabáquico), dilataciones de la aorta (conocida como aneurisma de la aorta y mucho más frecuente entre quienes fuman), trombosis y embolias cerebrales, hasta infartos al corazón, primordial problema en el tabaquismo. (Pardell, 1996)

Las complicaciones secundarias del tabaquismo también son importantes. Aparecen algunos problemas dermatológicos como la psoriasis que son más comunes entre fumadores, así como problemas ginecológicos del tipo de la mastitis y el cáncer de glándula mamaria. Otra situación presente con mayor frecuencia en las personas que consume tabaco, son las úlceras gástricas, además de que se ha demostrado un aumento en la secreción de ácido a nivel estomacal en las personas con hábito tabáquico, quienes sufren una disminución en sus niveles de secreción de bicarbonato como sustancia amortiguadora.

Es un hecho reconocido que el tabaco causa muchas enfermedades. Por ello, prevenirlo es de gran preocupación para los epidemiólogos, ya que constituye la principal causa evitable de muerte en el mundo. En 1990, el 19% del total de decesos de origen previsible en Estados Unidos fue secundario al uso del tabaco; es decir, el fallecimiento de uno a cinco individuos pudo ser evitado, entre otros motivos que aparecieran mucho más frecuentes como el alcoholismo, los excesos en la dieta, los accidentes automovilísticos, la utilización de otras drogas, y demás. Por lo tanto, las medidas orientadas a evitar la aparición de nuevos fumadores, o bien favorecer el abandono del tabaco, serán siempre insuficientes, comparados con el alto costo en la salud ocasionado por estas sustancias. (Pardell, 1996)

A diferencia de otras adicciones, las secuelas del uso del tabaco no se presentan necesariamente en todos los individuos, lo que ha sido utilizado constantemente e inconscientemente por quienes lo consumen o lo venden. Además, frecuentemente los fumadores utilizan excusas para defender y reafirmar su adicción, tal como que el dejar de fumar conduce a la obesidad o que los daños del tabaco se dan igual en las personas que no fuman por que lo respiran de quienes sí fuma cerca de ellos.

El problema es que aunque organizaciones como la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (FDA) ha determinado que definitivamente la nicotina produce adicción, esta adicción, se mantiene y refuerza por la sensación de bienestar que produce el tabaco en el fumador.

1.2.3 LA ADICCIÓN AL TABACO.

El principal componente químico del tabaco es un alcaloide líquido graso e incoloro (C₁₀H₁₄N₂) conocido como "nicotina". Esta sustancia farmacológicamente activa de doble efecto, estimulante y sedante, es la principal responsable de la adicción, por el estímulo placentero que produce al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central. La nicotina es consumida en el tabaco, de tres principales maneras; masticada, inhalando su rapé y fumándola. Los cigarrillos es la forma más popular de consumo, abarcando un 95% del mercado actual.

En los últimos años se han realizado avances muy significativos en la comprensión y tratamiento de la dependencia tabáquica. Así se responsabiliza a la nicotina como droga desencadenante de tan dependencia y la causante, en la cesación, de la aparición del Síndrome de Abstinencia Tabáquica (S.A.T.). A pesar de argumentos, discusiones y protestas, no existe sombra de duda sobre el hecho de que la nicotina constituye la principal, sino la única, sustancia adictiva del tabaco. Se ha estudiado en experimentos hechos con monos que trabajan muchísimo a cambio de inyecciones intravenosas regulares de nicotina. Y se observa que mientras más nicotina contenga un cigarrillo, menos frecuente es la autoadministración.

Otra prueba de que la nicotina es la responsable del estado de dependencia, y de que la satisfacción de éste depende de una concentración dada de la droga, se encuentra en la observación del modo de fumar de la gente: la mayoría de los fumadores inhala el humo del cigarrillo en forma bastante estereotipada: una o dos bocanadas por minuto, uno o dos cigarrillos por hora. (Pardell, 1996)

Algunos afirman que el papel adictivo de la nicotina radican en el hecho de que la mayoría de los fumadores que quieren parar, no pueden, y cuando lo hacen exhiben signos de abstinencia, como aumento del apetito, de peso, irritabilidad, angustia, inquietud, dificultad para concentrarse, insomnio, dolores de cabeza, etc. (Alvarado, 1991)

El efecto en el cerebro es paradójico, causando una estimulación inicial y luego depresión. Estos efectos son mediados por receptores nicotínicos y son dependientes de la dosis. La nicotina produce estados de ánimo similares a los producidos por estimulantes psicomotores como las anfetaminas y la cocaína. (Alvarado, 1991)

Los fumadores crónicos activos, realizan mejor ciertas tareas cuando están fumando que cuando están en abstinencia. Pueden sentir que manejan mejor el stress y las emociones. La tolerancia se desarrolla hacia los efectos subjetivos de la nicotina y al sentimiento de euforia del consumidor, tal como ocurre con los estimulantes y opiáceos. (Alvarado, 1991)

La nicotina es un alcaloide que se absorbe por piel y mucosas, siendo el árbol broncoalveolar y la cavidad orofaríngea, las vías habituales de entrada en el organismo, en función del pH. En el caso de la nicotina vehiculizada en el humo del cigarrillo, pH ácido (5,5), se absorberá en un 90% en alvéolos pulmonares; y la que va en el humo de cigarros puros, pipa, tabaco mascado y chicle de nicotina, por ser de pH básico (8,5), se absorberá preferentemente en mucosa oral. (Pardell, 1996)

Según Pomelau (1993), la nicotina es muy soluble en agua y ejerce una acción estimulante a bajas dosis y es depresora a dosis más altas en el SNC. Desde que se inhala en pulmón hasta llegar al cerebro, tarda unos 7 segundos. Esto hace que tenga una acción muy rápida en el SNC y sea motivo de su gran capacidad adictiva, que sumado a las sensopercepciones y estados de ánimo, tales como: aumento del estado de alerta y vigilia, mejoría en el rendimiento por aumento de atención y concentración, disminución de ansiedad: que percibe el fumador, hacen que se establezca una intensa dependencia. La vida media de eliminación de la nicotina es de 30-60 minutos, lo que explica la necesidad imperiosa de volver a fumar, pasado ese tiempo.

Al igual que en otras adicciones, la dependencia nicotínica es el resultado de una combinación de un fenómeno físico y conductual. La dependencia de nicotínica tiene características conductuales y físicas, muy similares a las dependencias de otro tipo de drogas; es un desorden progresivo, crónico, con tendencia a la recaída; y es un importante factor que contribuye a la mortalidad entre personas también adictas a otras drogas.

Con el tiempo el fumador creará dependencia al tabaco, que puede ser física o psicológica. Según Gutiérrez y Rubio (1994), la dependencia física se da en las personas

que fuman más de 20 cigarrillos al día son los que generalmente fuman por adicción. Muchas veces la gente fuma no porque quiere, sino porque no puede abandonar el hábito. Esta adicción se caracteriza por fumar cuando los niveles de nicotina están bajos en la sangre. En cambio la dependencia psicológica, es el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que al suprimirla siente la imperiosa necesidad de consumirla, ya que el fumar se asocia con situaciones gratificantes o relajantes.

Como para todas las drogas adictivas, el consumo crónico de nicotina se acompaña de tolerancia, y los efectos de náusea, mareo y vómito que experimenta el no fumador al estar en contacto con el cigarrillo no se observan en el fumador crónico, a menos que exceda su dosis habitual. Esta tolerancia también se desarrolla a lo largo del día: el efecto del primer cigarrillo del día es más intenso que el de los subsiguientes.

Los efectos de la adicción a la nicotina en el SNC son complejos. Se pueden observar animales que se autoadministran nicotina, aunque las propiedades reforzadoras del alcaloide son menores a las de las anfetaminas o de la cocaína. Estos animales aprenden a distinguir los efectos del alcaloide: una rata dependiente a la nicotina no intenta autoadministrarse otra droga, aunque ésta sea adictiva.

Otros efectos de la nicotina que pueden facilitar la conducta de autoadministración (reforzamiento positivo) son la elevación del estado de alerta y la facilitación de la memoria y de la atención, la disminución de la irritabilidad y la capacidad de disminuir el apetito. Además, se han detectado efectos euforizantes de la nicotina inyectada en fumadores que evalúan los efectos placenteros utilizando una escala diseñada para morfina o anfetaminas, lo cual sugiere efectos del alcaloide en las neuronas mesolímbicas dopaminérgicas y el núcleo accumbens, estructuras cerebrales relacionadas con conductas de dependencia a las drogas.

1.2.4 DIAGNÓSTICO DE LA ADICCIÓN AL TABACO.

El diagnóstico de dependencia al tabaco fue por primera vez añadido al Manual de Estadísticas y Diagnósticos de los Desórdenes Mentales (DSM-III) elaborado por la Asociación de Psiquiatría Americana en la tercera edición correspondiente al año de 1980. El diagnóstico fue cambiado a dependencia nicotínica en la tercera edición revisada (DSM-III-R) publicada en 1987.

Los años siguientes luego que este diagnóstico fue por primera vez introducido como una dependencia química, no ocurrió mucho, hasta que recientemente se enfatizó en la necesidad de tratamiento. Esto ha estado finalmente cambiando.

En el DSM-IV se describe dentro de los “trastornos relacionados con sustancias”, el criterio para delimitar la “dependencia de sustancias”. En donde si se observa con cuidado, este criterio relata de manera fiel, la dependencia que tiene un adicto a la nicotina. Así, el DSM-V marca que la *dependencia* es: un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un cigarro tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o

exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

Es importante señalar que aparte de los criterios del DSM-IV para diagnosticar la adicción a la nicotina, se pueden contar con varios instrumentos en forma de cuestionarios, que determinan la dependencia nicotínica, entre los que destacan el test de Horn-Russell y el test de Fagerstrom.

Estos diagnostican el grado de adicción basado en el análisis del número de cigarrillos, el tiempo que tarda en fumar el primer cigarrillo desde que se levanta, si le cuesta trabajo dejar de fumar en lugares prohibidos, si fuma por las mañanas o cuando esta enfermo, etc.

1.2.5 SINDROME DE ABSTINENCIA.

Al igual, dentro de sus criterios del DSM-IV se encuentran los Trastornos inducidos por sustancias, al que pertenece el *Diagnóstico de Abstinencia de Nicotina* (F17.3), este se describe como:

A. Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.

B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos:

- 3.2.1.1 Estado de ánimo disfórico o depresivo
- 3.2.1.2 Insomnio
- 3.2.1.3 Irritabilidad, frustración o ira
- 3.2.1.4 Ansiedad
- 3.2.1.5 Dificultades de concentración
- 3.2.1.6 Inquietud
- 3.2.1.7 Disminución de la frecuencia cardiaca
- 3.2.1.8 Aumento del apetito o del peso

C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Según el enfoque médico, el S.A.T (Síndrome de Abstinencia Tabáquica) viene acompañado de la siguiente sintomatología:

- ✓ Deseo de fumar, ansiedad e irritabilidad.
- ✓ Dificultad de atención y concentración
- ✓ Psicastenia y Trastornos del sueño: Insomnio o somnolencia
- ✓ Trastornos gastrointestinales: Dispepsia, flatulencia, estreñimiento...
- ✓ Aumento de la tos y expectoración
- ✓ Molestias faríngeas y Disminución de la frecuencia cardiaca
- ✓ Aumento del apetito y del peso
- ✓ Cefalea y Cambios en EEG.

El S.A.T. aparece relativamente rápido, usualmente dentro de las primeras 24 horas después de iniciada la supresión. Se pueden detectar signos de irritabilidad, inquietud, disminución de la vigilia y de la ejecución psicomotora, así como de la memoria a corto plazo. Al igual, disminución de la frecuencia cardiaca, la presión arterial y los niveles plasmáticos de adrenalina, al tiempo que la temperatura de la piel y la irrigación sanguínea periférica aumentan. Aunque cada fumador puede vivirla diferente. En sujetos con tendencias depresivas, la abstinencia de nicotina puede manifestarse de igual manera, con una exacerbación del estado depresivo, la cual cede en parte con el retorno al cigarrillo.

1.2.6 EL TABAQUISMO.

El hábito tabáquico abarca una gran variedad de productos, de prácticas y de utilizadores. Hay fumadores de pipa, de cigarrillos, de puros; existen los aficionados a liar los cigarrillos, los que toman rapé, los mascadores de tabaco y, por supuesto, todas las combinaciones imaginables de estos distintos hábitos. Dentro de cada categoría de productos, existen una infinita variedad de gustos, de perfumes, de fuerzas, de concentración de tal o cual componente. Hay fumadores empedernidos y fumadores ocasionales: los que fuman por temporadas y se paran, los fumadores matinales y los nocturnos. Hay los que se tragan el humo y los otros; los que lo saborean y los voraces; los que fuman pitillos a medias y los que lo conservan hasta que les quema los labios; los que le dan breves caladas, los que se las dan largas; los que fuman rápidamente y los que fuman deprisa.....En fin!.....Mucha diversidad.

Antes de hablar del tabaquismo, es necesario definir este término. Según Meterazzi (1991) lo describe como “el hábito de inhalar tabaco en forma activa y cotidiana”.

Como ya se menciona, la adicción al tabaco o nicotina se puede basar tanto en los criterios del DSM-IV, como en cuestionarios que miden precisamente la intensidad de la adicción. Pero existen otros diagnósticos relativamente más sencillos de prescribir el tabaquismo, ya que únicamente debe existir la confirmación del hábito, tomar en cuenta el tiempo de duración; el consumo diario de tabaco y las características del hábito (diario, ocasional, grado de inhalación del humo).

Pero, existen otros autores tal como Ruseell, Peto y Patel (1974) que señalan, que el tabaquismo se puede dividir en diferentes conceptos, según al grupo al que pertenecen, es decir, que las motivaciones, gratificaciones, estilos y situaciones en las cuales ocurre el hábito, se clasifican en siete grupos o categorías de fumadores. Estos, son los siguientes:

- a) Tabaquismo social: los fumadores que caen dentro de este grupo tienen una forma de fumar intermitente y una tendencia a hacerlo mayormente en circunstancias sociales. Fuera de estas el deseo de fumar es poco. Las gratificaciones obtenidas son psicosociales y se utiliza el valor simbólico de fumar para crear una imagen, así, esta forma de fumar está confinada a los primeros estadios del tabaquismo.
- b) Tabaquismo sensorio-motor (manipulación): este incluye el goce de las sensaciones no farmacológicas de fumar y el uso de manipulaciones orales, manuales y respiratorias para procurarse el placer y una compleja serie de reducciones de tensión. La apariencia del paquete, la sensación del cigarrillo en la boca y en las manos, el acto mismo de encenderlo, la forma de tomar el cigarrillo, de golpearlo, de darle el golpe y percatarse del acto, olor, sabor y sonido. Este acto es lo que da por sí mismo la gratificación.
- c) Tabaquismo por indulgencia (relajación): esta es la forma más común de tabaquismo y es característica de los fumadores leves o moderados. El fumador indulgente fuma por placer, mayormente en descansos o relajación, por ejemplo: después de la comida, durante las pausas del trabajo, al tomar café, alcohol o para aumentar el placer de las reuniones sociales. A diferencia del tabaquismo social, este tipo de fumar ocurre cuando este o no con la gente. Otra característica de este tipo de fumador, es que no es totalmente regular y puede dejar de fumar durante periodos de tiempo largos, ya que no produce ansiedad el no fumar. El tabaquismo indulgente se asocia con la satisfacción farmacológica de la nicotina.
- d) Tabaquismo sedante (reducción de tensión): Dentro de este grupo, se fuma para tranquilizarse, para sobre llevar estados displacenteros de ansiedad o tensión. La frecuencia de fumar está en relación con los estados emocionales. El efecto sedante se da por la acción farmacológica, así como por el mantener algo en las manos y en la boca. Este tipo de tabaquismo es frecuente en las personas nerviosas o tensas.
- e) Tabaquismo estimulante: Este se da por que el fumador utiliza la nicotina (niveles bajos) para proporcionar exaltación subjetiva que le ayuda a pensar, concentrarse, alejar la fatiga y mantener el desempeño adecuado durante las tareas monótonas. Estos fumadores son comúnmente adictivos o automáticos.

- f) Tabaquismo adictivo (necesidad): En esta categoría los fumadores experimentan síntomas de supresión a los 20 ó 30 minutos de no fumar. Se fuma para evitar o disminuir estados desagradables. Ya no se fuma por placer sino por necesidad. Fumar se vuelve regulado para mantener un alto nivel de nicotina en el cerebro.
- g) Tabaquismo automático (hábito): En esta categoría el fumador encuentra su estimulación solamente en la adicción. El fumador se sorprende así mismo encendiendo un cigarrillo, cuando todavía no se ha acabado el primero. Fumar es automático, particularmente en el encendido del cigarro.

Así, para Rusell, Peto y Patel (1984) fumar es reforzante por cuatro razones:

1. Por los efectos psicosociales y por la asociación que se le da al tabaco dentro de la sociedad.
2. Por la gratificación sensorio-motriz que produce a nivel oral, manual y respiratorio.
3. Porque se le adjudican efectos sedativos y tranquilizantes.
4. Porque se le considera un estimulante.

Esta teoría, aclara también que el fumar se da por dos fuerte reforzadores: los farmacológicos y los que dependen de la gratificación externa, como al social o psico-motriz. Ambos, tan fuertes que van más allá del deseo de dejar de fumar y del mismo acto de fumar aún a sabiendas del daño que ocasiona.

El tabaco es como una droga que engendra habituación, por ello, el hábito de fumar forma parte del inmerso conjunto de hábito de vida. (Lesourne, 1984)

1.2.7 EL TABAQUISMO Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD.

A través de los años, mucho se ha escrito sobre los efectos del tabaco en la salud: los efectos biológicos de sus distintos componentes, los riesgos de contraer enfermedades, la susceptibilidad de ciertos órganos, la naturaleza adictiva de la nicotina y el factor epidemiológico del problema.

Esto ha producido que la Organización Mundial de la Salud (OMS) defina al tabaquismo como un problema mundial de la salud pública que constituye la primera causa prevenible que ocasiona enfermedad, invalidez y muerte prematura. La clasificación del tabaquismo como problema de salud pública empezó a reconocerse a partir de la década de los años cincuenta en los países desarrollados, los cuales desde entonces abrieron líneas de

investigación para medir y precisar los daños del tabaco. Entre las principales enfermedades ocasionadas por el hábito tabáquico, se agrupan las siguientes:

A) Enfermedades cardiovasculares:

Según Pardell (1996), la muerte por enfermedades vasculares que se producen en los hombres de 35 – 69 años es de un 34% y un 11 % en las mujeres, estos atribuibles al cigarro.

Al inhalar el humo del tabaco, existe una respuesta cardiovascular que se caracteriza por la elevación del pulso, de la presión arterial y del gasto cardiaco y del flujo cerebral. Asimismo, se ha demostrado que la nicotina posee un efecto facilitador de la aparición de arritmias, por aumento del automatismo y depresión de la conducción, así como por descender el umbral de filtración ventricular.

El hábito de fumar constituye la causa principal de enfermedades coronarias. Los fumadores presentan un 70% más de mortalidad por enfermedades coronarias que los no fumadores. El riesgo de una enfermedad coronaria aumenta proporcionalmente al número de cigarrillos diarios, tiempo de fumar y al grado de inhalación del cigarro. En la mujer fumadora que toma anticonceptivos orales presenta un riesgo coronario diez veces superior.

Los dos componentes directamente incriminados en la aparición de complicaciones circulatorias son la nicotina y el monóxido de carbono.

B) Enfermedades respiratorias.

I. Bronquitis Crónica: Existe una estrecha relación entre tabaco y aumento de la prevalencia de los síntomas respiratorios (tos y producción de esputo o expectoraciones). Estos se incrementan con la cantidad de cigarrillos consumidos.

El tabaquismo conlleva a cambios estructurales y funcionales de las vías respiratorias y del parénquima pulmonar. El término bronquitis crónica se refiere permanentemente de los bronquios de las vías respiratorias o de aquellas próximas a los conductos cartilagosos. Clínicamente se determina por la producción diaria de expectoración (flema) a lo largo de tres meses durante dos años consecutivos. Se caracteriza por una excesiva producción de moco y crecimiento de las glándulas mucosas, y en

casos avanzados pueden observarse microabscesos y deformidad de las vías respiratorias.

II. Enfisema: El enfisema se define como la obstrucción de los tabiques alveolares con alteración en su capacidad elástica, originando obstrucción de la vía aérea durante la espiración (salida de aire). Existe una relación directa entre el número de cigarrillos y la gravedad del enfisema. El abandono del hábito tabáquico disminuye el avance de la enfermedad. El paciente que la padece refiere “falta de aire”, denominado disnea en el lenguaje médico.

III. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): El EPOC comparte junto con el cáncer de pulmón, el primer lugar en intensidad de relación con el hábito tabáquico. Los pacientes con EPOC presentan tos, expectoración y disnea.

La expectoración por lo general es mucoide, y cuando cambia de coloración amarillento-verdosa se traduce a una infección bacteriana agregada. Cuando el padecimiento no está muy avanzado, la disnea evoluciona con pequeños esfuerzos y cuando los casos están muy avanzados, se presentan incluso en reposo.

IV. Las vías respiratorias: Siempre es habitual la tos en el fumador, ya sea matutina, nocturna o durante todo el día. En el transcurso del tiempo aparece la combinación de tos y expectoraciones, la cual evoluciona hasta la forma diversa de insuficiencia respiratoria. También aparecen infecciones respiratorias repetidas. La menor tolerancia al esfuerzo, con aparición de disnea suele ser un síntoma característico en el fumador.

Otro efecto importante del hábito de fumar es el aumento de la producción de carboxihemoglobina. Es un tipo de hemoglobina (la molécula de la sangre encargada de transportar el oxígeno) que se forma cuando ésta se mezcla con el monóxido de carbono, y se vuelve incapaz de transportar oxígeno. En los fumadores, hasta el 10% de la hemoglobina total puede ser carboxihemoglobina, lo cual equivale a decir que sus tejidos reciben 10% menos de oxígeno. En personas susceptibles, incluyendo a la mujer embarazada, un esfuerzo físico puede ser suficiente para rebasar los límites de oxigenación de sus tejidos, sobre todo si se trata de un fumador crónico, en el cual la capacidad respiratoria está disminuida por enfisema pulmonar.

Éste representa una de las alteraciones respiratorias más frecuentes. El humo del cigarrillo produce inflamación de la mucosa del árbol respiratorio y aumento de la producción de una enzima llamada elastasa, que degrada la elastina, material constitutivo del pulmón al que se atribuye su maravillosa capacidad de expandirse y contraerse. También inactiva a otra enzima, la antitripsina, proteína capaz de inactivar a la elastasa, y esto conduce a una mayor degradación de la elastina.

A largo plazo, el tejido pulmonar pierde sus propiedades elásticas de manera irreversible, con la consecuente disminución en la capacidad del pulmón para ingresar oxígeno a la sangre.

C) Carcinogénesis:

a) Cáncer broncogénico ó Pulmonar: Este constituye la forma de neoplasia maligna más frecuente en fumadores. Diversos estudios muestran que el riesgo de presentar cáncer pulmonar es proporcional a la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente, el inicio a la adicción, la forma de inhalación y la cantidad de alquitrán de la marca de preferencia.

Con relación al cáncer pulmonar, el tamaño del tumor tiene estrecha relación con los síntomas que presenta. De esta forma, un tumor de 1cm. puede ser asintomático e incluso tratarse quirúrgicamente, mientras que otro de 10 cm. presente tal vez sintomatología respiratoria y/o síntomas de tratamiento con un tiempo de vida corta.

b) Cáncer de Laringe: Los fumadores tienen un riesgo relativamente mayor para presentar neoplastias a este nivel, el cual oscila entre 2.0 y 27.5 veces más, con una relación dosis- respuesta. El riesgo de contraer esta enfermedad es proporcional al consumo de tabaco, la duración del hábito y el grado de inhalación.

c) Cáncer de Boca: Algunos estudios han demostrado que existe una alta incidencia de cáncer oral entre fumadores. Está comprobado que en poblaciones donde existen pocos fumadores (como los mormones), la tasa de morbilidad de esta neoplasia es baja. Análogo, el riesgo de contraer esta enfermedad es proporcional al consumo de tabaco, la duración del hábito y el grado de inhalación. La acción del tabaco es sinérgica con la del alcohol. (Rubio H. & Fabián M., 1996)

d) Cáncer de Esófago: Datos obtenidos de diversos estudios indican que el cigarrillo es una de las causas principales del cáncer de esófago. La mortalidad de este padecimiento es 11 veces mayor en los fumadores. (Rubio H. & Fabián M., 1996)

Al igual, que los otros tipos de cáncer tiene que ver el consumo de tabaco, la duración del hábito y el grado de inhalación. La acción del tabaco es sinérgica con la del alcohol.

e) Cáncer de Vejiga, riñón y páncreas: El hábito tabáquico es un factor favorecedor de su aparición, con una intensidad de relación sensiblemente menor que los casos anteriores.

f) Cáncer de cuello uterino: Las mujeres fumadoras tienen mayor riesgo de contraer este tipo de cáncer. Disminución de la fertilidad y mayor incidencia de abortos espontáneos.

D) Neuroendocrina.

La nicotina actúa directamente sobre la elevación del gasto cardiaco y del flujo cerebral, coronario y muscular, origina un descenso de la temperatura de manos y de los pies. A nivel de sistema nervioso central, la nicotina actúa administrando los centros respiratorios, vasomotor y emético bulbares. A dosis elevadas origina un estímulo de la formación reticular, temblor, convulsiones y desincronización del EEG. A dosis bajas, actúa sobre la amplitud de las ondas alfa, resultante de la actuación del alcaloide a nivel del hipocampo, el hipotálamo, la amígdala y al formación reticular. La nicotina tiene un efecto antidiurético.

E) Enfermedad oclusiva arterial periférica.

El tabaquismo constituye el principal factor de riesgo, actuando sinérgicamente con otros factores de riesgo, como lo son la diabetes mellitus.

F) Enfermedad gastroduodenal.

El riesgo de padecer una ulcera es el doble en el fumador que en el no fumador. La velocidad de cicatrización en el fumador se ve considerablemente lenta.

Sobre el aparato digestivo, el consumo del tabaco actúa favoreciendo la aparición de enfermedad de Crohn y provocando alteraciones a nivel bucodental, con trastornos de la sensibilidad gustativa, por destrucción de las papilas linguales. La manifestación clínicas más frecuentes en el fumador suelen ser la gastritis y las recidivas ulcerosas, con brotes prolongados. En fumadores empedernidos son frecuentes las manifestaciones bucales (pigmentación dentaria, gingivitis y enfermedad periodontal, lengua pilosa y leucoplastia).

Muchos exfumadores han hablado del aumento de peso que al poco tiempo de haber abandonado el cigarro. Esto puede deberse, al menos en parte, al "ahorro" de energía que se logra al no tener la estimulación nicotínica, por lo que se puede producir más grasa. Al contrario, es decir, la inhibición de la sensación de hambre por el cigarro, también se describe frecuentemente. Este efecto puede deberse a la disminución de la sensibilidad de las papilas gustativas y de las contracciones gástricas producidas por la nicotina.

G) Hipertensión arterial.

Médicamente se ha detectado una mayor incidencia de hipertensión arterial secundaria a la estenosis vasculo – renal de origen arteroescleroso y fibrodisplásico en la población fumadora. Al igual, una mayor resistencia al tratamiento antihipertensivo, especialmente con algunos betabloqueantes, en el hipertenso fumador. La nicotina se caracteriza por la elevación del pulso.

H) Perinatal.

Se afirma que la mujer fumadora, resiste mejor los debates de las enfermedades coronarias y de las arterias que los hombres, ello es debido a motivos de tipo constitucional, que la hacen menos vulnerable al infarto miocardio, a la angina de pecho y a determinadas afecciones arteriales. Pero es este mismo tipo constitucional, las que las hace más sensibles a recibir el humo del tabaco sobre sus órganos genéticos, de secreción hormonal y en las variantes psicológicas que se producen en su menstruación. La mujer que fuma durante su embarazo se halla expuesta a diversas complicaciones específicas, más allá de las propias del individuo fumador; sin embargo, lo importante es el efecto negativo que tiene sobre el feto, ya que existe el riesgo de perder a su hijo, o bien, perderlo antes del nacimiento. (Rubio H. & Fabián M., 1996)

También una disminución significativa del peso del niño al nacer cuando la mujer fumó durante el embarazo, así como mayor peligro de mortalidad perinatal y de muerte súbita del infante. Según, García (1979) uno de cada cinco niños perdidos en las gestantes fumadoras hubiera podido salvarse, si las madres no hubieran fumado durante ese periodo.

Durante la lactancia, las madres fumadoras presentan una disminución de la secreción láctea. Además, de un riesgo inminente de transmitir los venenos del tabaco por esta vía. Otros aspectos importantes ligados al tabaco, son la llegada precoz de la infertilidad y de la menopausia, y además, una vejez prematura de la piel, y el organismo.

I) Sistema visual.

Se considera que el tabaco causa o agrava varias afecciones oculares. El porcentaje de personas con catarata, una degradación del cristalino que impide el paso de la luz y puede causar ceguera, es un 40% mayor entre los fumadores. El tabaco provoca la aparición de cataratas por dos mecanismos: la irritación directa de los ojos y la liberación en los pulmones de sustancias químicas que llegan a los ojos a través del torrente sanguíneo. El consumo de tabaco también se asocia con la degeneración macular relacionada con la edad. (Pardell, 1996)

1.2.8 EL TABAQUISMO ASOCIADO A CIERTOS TRASTORNOS MENTALES.

Se ha asociado el fumar con una historia o un potencial para ciertos trastornos mentales como la depresión mayor, alcoholismo, trastorno de ansiedad y la esquizofrenia.

La más conocida y mejor documentada clase de patologías asociadas con fumar es la depresión. La depresión mayor, ya sea historia de depresión mayor, actual o subsindrómica, representa un desafío para muchos fumadores cuando dejan de fumar. También se ha encontrado relación entre fumar y la sintomatología depresiva tanto a nivel clínico como a nivel poblacional y el afecto negativo. La relación entre fumar y depresión o sintomatología depresiva está bien establecida al inicio del hábito de fumar, en el mantenimiento de la adicción a la nicotina, cuando se deja de fumar y en la recaída.

Según Cortés (2000), La depresión es un factor importante en el consumo de tabaquismo o en conductas adictivas. Demostró que las personas con alta depresión tenían menos probabilidad de dejar el cigarro en comparación con los que no son depresivos.

En otro estudio, hecho por psicólogos españoles demostraron en el 1999 que los depresivos que habían dejado de fumar recaían, lo que representaba el 29% por sus estados emocionales negativos. (Becoña, 2000)

Un estudio publicado en "JAMA" (Becoña, 2000) reveló que el 44% de todos los cigarrillos que se compran en Estados Unidos, son consumidos por personas que presentan un trastorno mental. Los autores (Pierce y Gilpin, citados por Becoña, 2000) indican que las personas con depresión o fobia social tienen dos veces más probabilidades de ser fumadores que los individuos sin trastornos mentales. El estudio fue realizado sobre una muestra de 4.400 personas de 15 a 40 años con y sin trastornos mentales como de ansiedad, alcoholismo, drogadicción, esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión mayor.

Drucker (2002) advirtió que un importante número de fumadores sufre depresión. El también fundador de la clínica de Trastornos del Sueño de la Facultad de Medicina de la UNAM informó que algunas investigaciones revelan que la nicotina ejerce un efecto benéfico en pacientes con depresión.

En relación con los trastornos de ansiedad que existe una asociación entre la dependencia de la nicotina y este trastorno, especialmente con respecto al trastorno de ansiedad generalizada. No existen estudios clínicos sobre la abstinencia de tabaco y los trastornos de ansiedad, posiblemente debido a que como un efecto del tabaco es la relajación y la disminución de la ansiedad, y como estos trastornos suelen ser crónicos, estas personas tienden a dejar de fumar en menor medida. (Becoña, 2000)

Existen varios estudios que prueban entre individuos alcohólicos de un 80 a un 90% fuman, pero no parecerían ser proclives a no poder dejar de fumar. Si se examinó que sujetos adictos al alcohol y a la heroína, además de la nicotina, refieren a ésta última como la más difícil de abstenerse. (Becoña, 2000)

Referente a la esquizofrenia se ha reportado que los pacientes esquizofrénicos necesitan niveles mayores de neurolépticos, que los síntomas negativos se exacerbaban durante la abstinencia de nicotina, y que la nicotina puede llegar a regularizar algún déficit perceptual entre los esquizofrénicos. (Becoña, 2000)

1.3 LA ADOLESCENCIA.

1.3.1. DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA.

Desde una perspectiva etimológica, el vocablo “adolescencia” proviene del verbo latino *adolescere*, cuyo significado es “crecer”, “madurar”, “llegar a la maduración”.

Para Hurlock (1976), este crecimiento constituye etapa de desprendimiento “que abarca desde la madurez sexual hasta el logro de la independencia con respecto a los padres”. (Fuentes, 1989)

Según Kolb (1971), la adolescencia es un periodo en el que se hacen exploraciones intentos y esfuerzos para buscar las decisiones definitivas que establecerán la identidad adulta del individuo”.

Fuentes (1989) indica que el crecimiento al que alude la raíz verbal indica tanto en aspectos físicos como también el desarrollo intelectual, emocional, etc., del individuo.

En lo que concierne a lo físico, implica alcanzar los rasgos corporales que caracterizan al adulto de la especie. En lo intelectual, durante el curso de la adolescencia se logran las capacidades del razonamiento, que serán definitivas para el individuo.

Para Fierro (1995) la adolescencia constituye un periodo y un proceso: a) de activa construcción de un pasado personal; b) de proyecto y de construcción del futuro a partir de un enorme potencial y acervo de posibilidades activas que el adolescente posee y tiene conciencia de poseer.

De esta manera, afirma que la adolescencia es una etapa psicosocial y no solo fisiológica o psicológica.

El logro evolutivo individual depende de circunstancias sociales e históricas, que pueden facilitar o dificultar adherirse a un determinado estilo de vida e identidad personal.

1.3.2 LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.

El comportamiento de los niños y adolescentes deprimidos es diferente al comportamiento de los adultos deprimidos. Los psiquiatras de niños y adolescentes les recomiendan a los padres que estén atentos a síntomas de depresión que puedan presentar sus niños, como por ejemplo: Un niño que jugaba a menudo con sus amigos empieza a pasarse la mayor parte del tiempo solo y pierde interés por todo. Las cosas de las que disfrutaba previamente ya no le dan placer. Los niños deprimidos manifiestan su deseo de estar muertos o pueden hablar del suicidio.

Los niños y adolescentes que se portan inadecuadamente en la casa y en la escuela pueden estar sufriendo de depresión sin que nadie se dé cuenta de ello. Los padres y los maestros no se dan cuenta de que la mala conducta es un síntoma de depresión porque no siempre dan la impresión de estar tristes. Sin embargo, si se les pregunta directamente, los niños y adolescentes algunas veces admiten que están tristes o que son infelices.

Los niños y adolescentes que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida o que tienen desórdenes de la atención, del aprendizaje o de la conducta corren mayor riesgo de sufrir depresión.

En un estudio hecho por Lechman, citado por Barrera (2000), en la población del mundo, la prevalencia es de 3 a 4%. De cada 10 personas, 1 habrá de sufrir depresión en el curso de su vida. Solamente 1 de cada 5 enfermos deprimidos recibe tratamiento médico. 1 de cada 50 es hospitalizado y 1 de cada 200 se suicida. Cálculos también aproximados, permiten sostener que el 50% de las personas que se quitan la vida voluntariamente, sufren de depresión. Se trata por lo tanto de un padecimiento con una tasa de mortalidad elevada. En todos los casos, el sufrimiento del enfermo es inconmensurable.

El diagnóstico y tratamiento temprano de la depresión es esencial para los niños y adolescentes deprimidos. Esta es una enfermedad que requiere ayuda profesional. Un tratamiento a menudo incluye terapias, tanto individual. Como de familia. Puede también incluir el uso de medicamentos antidepresivos. Para ayudarles, los padres deben pedirle a su médico de familia que los refiera a un psiquiatra de niños y adolescentes, quien puede diagnosticar y tratar la depresión.

El diagnóstico del síndrome depresivo es mucho más difícil en la infancia que en la edad adulta; ello se debe, en parte, a que el niño tiene mayor dificultad para describir la sintomatología.

Por ello es necesario poner especial interés en los síntomas que nos manifieste un niño, ya que solo observando minuciosamente su comportamiento, se puede proporcionar el diagnóstico correcto.

La depresión se puede referir a un síntoma, un síndrome, un grupo de respuestas psicológicas o una enfermedad.

Lo que diferencia a un síntoma de un trastorno es la duración e intensidad de la respuesta (como la tristeza). Por ejemplo, un adolescente puede estar triste como reacción a un trauma, y la tristeza suele durar poco tiempo.

Sin embargo, la depresión se caracteriza por una respuesta de larga duración, y está asociada con el insomnio, la irritabilidad, los cambios en los hábitos alimentarios, y los problemas en la escuela y con los amigos.

Siempre que una conducta problemática no desaparezca, se debe considerar que el adolescente quizás padezca de depresión, es decir, se refiere a ciertos momentos tristes, a un trastorno que afecta al desarrollo e interfiere con su progreso.

Entre los síntomas como integrantes del cuadro depresivo en niños y adolescentes, se señalan: fatigas frecuentes, actos de rebeldía, llanto, somnolencia, lentitud en el pensar y en el actuar, pérdida de memoria, rendimiento escolar deficiente, pasividad o resistencia pasiva contra el estudio, distracción, actitud taciturna, torturada o molesta y, no pocas veces, quejas hipocondríacas como dolores abdominales, cefaleas, y dolor de garganta.

Para hablar de depresión infantil ó adolescente es necesario evaluar su situación familiar, su nivel de madurez emocional, su capacidad para hacer frente a la vida cotidiana, su edad, desarrollo, su autoestima y si cuenta con experiencias previas relacionadas con enfermedades, además de la evaluación de la situación del niño y su familia se centra en el historial médico del niño, la observación de su conducta por parte de sus padres, profesores y profesionales de la salud a su cargo, las entrevistas y los resultados de pruebas psicológicas.

1.3.2.1 ¿Por qué los adolescentes se deprimen?

Asociar la adolescencia con un período de conflictos es hoy en día parte de la cultura popular. A este segmento de la vida humana generalmente se le califica como un momento de evolución física y psicológica, signado por múltiples crisis y confrontaciones con las normas sociales establecidas. (Lieberman, 2003)

En esta etapa el individuo cambia: la transición de un estado a otro significa pérdidas. El adolescente abandona su aspecto físico de niño y necesita enfrentar el hecho de los cambios y adaptarse a su nueva imagen. Además de su cuerpo, su mente empieza a cambiar, nota pensamientos que antes no tenía y advierte ideas de libertad y autonomía.

Además, pierde la idealización de los padres como figuras omnipotentes para enfrentar el hecho de que son solo personas comunes y corrientes, con virtudes y defectos. El adolescente comienza a rechazar todo aquello que le signifique autoridad y sumisión ante los adultos.

El adolescente empieza a sustituir sus valores infantiles con nuevos ideales en el intento de asumir su propia identidad, asimismo, las nuevas necesidades sexuales que experimenta le llevan a una búsqueda de la propia identidad sexual, aunado a los cambios en sus relaciones sociales, familiares y de pareja, lo llevan a un desequilibrio en su seguridad infantil.

El adolescente está conciente de su enorme necesidad de emancipación; pero se ve envuelto en una lucha desesperada contra su incapacidad por conseguirla.

Para Lieberman (2003), existen algunos elementos comunes que son importantes destacar:

- ✓ El paso de la infancia a la pubertad implica la necesidad de realizar diferentes duelos. Duelo por el cuerpo infantil, que se deja atrás merced a los cambios hormonales y físicos característicos de este momento. Duelo por la organización mental, afectiva, infantil para dar paso a un modo de funcionamiento distinto, acorde con las demandas de la educación secundaria, entre otras.
- ✓ Aunado a estos duelos, se superpone otro: el de la caída de los padres de la infancia, idealizados, por otros más de acuerdo a la realidad. Es decir padres que no lo saben ni lo pueden todo, figuras con las que el adolescente entra en inevitable conflicto.

- ✓ La entrada a un mundo de exigencias más ambiguas, más difíciles de decodificar, en la que el sistema educativo funciona como un hito, produce en muchos adolescentes sentimientos de inadecuación e incapacidad, con su cortejo de sentimientos depresivos.
- ✓ Aprender a lidiar con un cuerpo en transformación constante, a veces con cambios dramáticos en cortos períodos de tiempo, genera muchas veces sentimientos de torpeza, de incoordinación. Si esto se conjuga con la necesidad de aceptación y de ser atractivo para los demás, el terreno para la aparición de sentimientos de tristeza y ansiedad queda abonado.

Aunque no es exhaustiva, la lista anterior permite dar cuenta de un panorama fértil para la aparición y desarrollo de cuadros depresivos en la adolescencia.

1.3.2.2 Antecedentes de la depresión en la adolescencia.

Para Erikson (1967) considera que la depresión en el adolescente tiene su origen en los cambios psíquicos estructurales, secundarios a los biológicos, sociales y psicológicos.

Spiegel, Ester y Toolan (1968) coinciden en afirmar que la depresión tiene una estrecha relación con la cólera; ya que por ser precisamente la expresión de las emociones lo que más se censura y padece de una represión casi automática tanto del mismo sujeto como del medio que le rodea, si el coraje se reprime éste se revierte al sujeto provocando depresión.

Confer (1980) considera que la depresión en los adolescentes puede tomar dos formas: 1) el adolescente puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío, más no es que el adolescente carezca de sentimientos, si no que no puede expresar o manejar los que ahora tiene. 2) se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrotas o fracaso, este tipo de depresión se acentúa ante la pérdida de una relación querida, como la de los padres o la de algún amigo.

Según Kapla (1986) el ánimo deprimido, las reacciones de tristeza y los estados de profunda angustia que los adolescentes pueden presentar, son manifestaciones de la lucha interior por renunciar al pasado y al mismo tiempo no perderlo del todo.

Aberastury (1987) pone de manifiesto que la depresión durante la adolescencia guarda estrecha relación con las pérdidas que significa el crecer. El adolescente tiene que elaborar el duelo por el cuerpo infantil, por el rol y la identidad de niño, también a los padres de la infancia y a la pérdida de protección.

Para Arieti (1990) los adolescentes pasan por momentos penosos, pero no deja de ser una etapa no solo apacible, sino además muy gratificante. Añade que es por ello que las depresiones en esta etapa se caracterizan por su brevedad, tanto por su intensidad.

Para Musacchio (1992) destaca que el adolescente atraviesa necesariamente por momentos en los que se siente vacío y teme esa sensación desagradable que se reitera sin que tenga el control de esta.

De acuerdo con Musacchio, las vivencias de vacío son resultado de fenómenos de perturbaciones en los sectores de la personalidad que regulan el estado del sí mismo y la valoración que el individuo hace de sí mismo, su autoestima.

Dallal (2000), indica que la depresión en el adolescente es un fenómeno común y transitorio, pero también puede convertirse en una enfermedad peligrosa que puede derivar en actuaciones autodestructivas.

Para Barrera (2000), existen “depresiones vinculadas al ciclo de la vida”. Así, una de ellas es la depresión en la infancia, en la pubertad y en la adolescencia. Barrera, afirma que los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar con la edad.

Así, en los adolescentes, los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. Una porción importante de mujeres refieren un empeoramiento de los síntomas del episodio depresivo mayor los días antes del inicio o durante la menstruación.

Para Craig (2001), la depresión durante la adolescencia ocurre junto con otros trastornos como la ansiedad y los trastornos de conducta, en respuesta a tensiones internas y externas. Señala que es más probable que los varones se involucren en problemas cuando están deprimidos, en tanto que las mujeres suelen presentar trastornos alimentarios, como la bulimia o la anorexia. Además de que la depresión se interrelaciona con pensamientos suicidas o de abuso de sustancias.

Entre los factores que Craig expone como participes de la depresión en la adolescencia, se encuentran.

- ✓ Imagen corporal negativa, que puede producir depresión o trastornos alimentarios.
- ✓ Mayor capacidad de reflexionar sobre uno mismo y sobre el futuro.
- ✓ Problemas familiares o de salud mental de los padres, se pueden originar factores de estrés y depresión, al igual que trastornos conductuales.
- ✓ Conflictos conyugales o divorcio y problemas económicos de la familia.
- ✓ Poca popularidad entre los compañeros.
- ✓ Bajo aprovechamiento escolar.

Son muchos los autores que coinciden en decir que debido a la inestabilidad que caracteriza a los adolescentes es frecuente que presenten síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de esta etapa, la depresión es uno de ellos.

1.3.2.3 Sintomatología.

Una de las dificultades clínicas para el diagnóstico en este momento de la vida humana estriba en el hecho que los síntomas no se manifiestan claramente sino que aparecen enmascarados por otros comportamientos. De esta manera, signos tales como el oposicionismo, "bajones" abruptos en el rendimiento académico y violaciones menores a las normas, pueden estar apuntando hacia la existencia de algún trastorno depresivo.

Además, uno de los fantasmas más amenazantes en este panorama lo constituye el riesgo suicida. Las estadísticas recientes, tanto dentro del ámbito nacional como internacional, apuntan hacia un incremento sostenido de suicidios entre la población adolescente.

Esta opción, que siempre implica la presencia de importantes ansiedades psicóticas y agresivas, puede construirse de muchas maneras distintas.

Si bien cierto grado de ensimismamiento y retracción es de esperar en esta población, la persistencia del mismo, aunado a sentimientos de inadecuación, exclusión y rechazo, deben poner en alerta a los adultos que rodean al adolescente.

El tratamiento de estos casos se presenta difícil pero necesario. La dificultad en el abordaje terapéutico de estos pacientes consiste en la natural suspicacia del adolescente, que dificulta el establecimiento de una alianza de trabajo con el terapeuta.

La implicación activa de los padres y maestros en la problemática adolescente es imprescindible, a fin de crear un marco que comprenda y contenga las herramientas de intervención necesarias para elaborar la depresión de los jóvenes.

En casos graves, con importante riesgo suicida y/o acompañados de desórdenes de la alimentación (anorexia y bulimia) o adicciones, el recurso a la farmacoterapia y la institucionalización se imponen.

La depresión es una expresión del malestar ante la existencia, cualquiera sea la edad del individuo. En la adolescencia, las oleadas de cambios que surgen, pueden potenciar esta posibilidad.

Toolan (1978) denominó “equivalentes depresivos” a la sintomatología depresiva que se enuncia a continuación:

- ✓ El aburrimiento y la inquietud se presentan de manera notable, por momentos, el adolescente parece no interesarse por nada, para después ocuparse intensamente, tal vez de trivialidades únicamente. Pierde el interés de manera rápida y posteriormente busca desesperadamente algo nuevo en que entretenerse.
- ✓ Existen quejas frecuentes de fatiga, que puede fluctuar entre una apatía abrumadora y una inagotable energía.
- ✓ Se presentan dificultades de concentración y memoria, lo que da lugar a problemas escolares.
- ✓ La negación y la actuación son los mecanismos de defensa que predominan.

Por otra parte, Cruz (1984) señala que durante la adolescencia pueden aparecer algunas muestras incipientes o precoces de la enfermedad cíclica llamada bipolar, aunque se posible que el padecimiento se origine durante la niñez.

Es difícil detectar la depresión en niños y adolescentes, ya que muchas veces la serie de síntomas que acompañan al trastorno depresivo, se cree y se justifican como parte de la edad, una etapa que “pronto pasará”, sentenciando así al adolescente ó niño a sufrir en soledad sus desajustes del estado de ánimo y provocándole mucho dolor.

La depresión es una enfermedad que no respeta la edad, el género ó la raza. Un adolescente depresivo necesita ayuda, solidaridad y comprensión, y que está, no solo provenga de casa, familiares y amigos, también necesita de un psicólogo, terapeuta ó psiquiatra. Un factor clave es el diagnóstico a tiempo y el tratamiento adecuado, lo que le asegurarán una más pronta recuperación.

La depresión es una enfermedad y como tal, progresa cada día afectando los pensamientos, sentimientos, salud física y la forma de comportamiento del individuo que la sufre; tampoco es culpa del adolescente que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. Es solamente una enfermedad que necesita atenderse como cualquier otra, ya que es precisamente este desconocimiento de la depresión como enfermedad, con todos sus posibles síntomas, que lleva a la persona a autoculparse, no sabiendo que existen tratamientos para su enfermedad.

La depresión puede incluso convertirse en un trastorno en donde el individuo se queda completamente incapacitado para actuar en forma normal en su vida. “La depresión en la adolescencia es una enfermedad que afecta el organismo, el estado de ánimo y los pensamientos”, afirma el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), citado por Pliego (2001).

Lo mas grave de la depresión es que afecta la forma en que el adolescente come y duerme, afecta la forma de pensar sobre sí mismo y el modo de ver las cosas. Afecta su salud total, produciendo cambios en su conducta, apariencia y salud física, además de su rendimiento escolar, sus actividades sociales e incluso su habilidad para tomar decisiones y presiones diarias.

Los adolescentes deprimidos se consideran desgraciados, frustrados, humillados, rechazados o castigados. Miran un futuro totalmente incierto y desesperanzado, ya que nada extraordinario les ha de pasar. Tienen una imagen negativa de sí mismos, se sienten deficientes, inadecuados e inútiles y atribuyen sus experiencias negativas a un defecto físico, moral o mental. Tienen a rechazarse a sí mismos y creen que todos los demás lo harán. Su imagen del mundo es negativa, se sienten derrotados y perseguidos. Tienen una consideración negativa del futuro, teniendo ideas negativas sobre sucesos que han de vivir. Es por todo esto que la depresión se sufre y el adolescente muchas veces no sabe que la tiene solo la vive.

Pero, existen otros síntomas en los adolescentes, como son la rebeldía, la ira, ansiedad, etc. Muchos adolescentes deprimidos experimentan agresión con tendencias a ser peleoneros o amenazantes para los demás jóvenes.

Aunque el trastorno bipolar es raro antes de la pubertad. Algunos adolescentes manifiestan notables cambios de humor (temperamento ciclotímico) que aunque no llegan a alcanzar dimensiones psicóticas, salvo cuando se deben a exposición a sustancias tóxicas o a fármacos.

Las manifestaciones depresivas en los adolescentes, sobre todo cuando van acompañados de episodios de estupor o psicosis, suelen anunciar la aparición de un trastorno bipolar.

Los niños y adolescentes deprimidos dicen generalmente que quisieran irse de la casa o estar muertos. Los adolescentes deprimidos tienden a abusar de alcohol u otras drogas tratando de sentirse mejor. Los niños y adolescentes que se portan mal en la casa y en la escuela pueden estar sufriendo de depresión sin que nadie se dé cuenta de ello.

Muchas veces los padres y los maestros no se dan cuenta que la mala conducta es un síntoma depresivo y lo hacen pasar como actitudes propias de la edad. Los jóvenes tienden a minimizar las consecuencias de sus actos, por lo tanto ven a la fuga de casa o al suicidio como una forma aceptable de manejar la situación difícil. Aunque no todo los muchachos recurren al suicidio como salida, es probable que recurran a otras como lo son las drogas, el alcohol o las sustancias.

La depresión es una enfermedad común entre los adolescentes, quienes enfrentan una serie de nuevos retos en sus vidas y tal vez no disponen de la fuerza moral, espiritual o Psicológica para lidiar con ellos, por lo que en la adolescencia, el suicidio tiende a ser un acto más impulsivo que la fase adulta.

Pliego (2001) afirma que el 93% de los casos de suicidio en jóvenes son debido a problemas psicológicos ó psiquiátricos, recurriendo además a métodos violentos como el uso de armas de fuego, el ahorcamiento ó el salto de vacío.

Según un informe de la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*) citada por pliego (2001), afirma que dentro de la edad adolescente, la depresión tiene una importante base genética y

cuanto antes se manifieste la depresión en los progenitores, de forma más precoz lo hace en los adolescentes.

Más de la mitad de las conductas suicidas en los adolescentes tiene su origen en la depresión. Los síntomas son muy parecidos a los de los adultos, pero los signos resultan modificados por las circunstancias de la vida adolescente. Por ejemplo, el abuso de sustancias es un método frecuente de automedicación.

Los adolescentes más jóvenes pueden tener dificultades para expresar sus sentimientos o estados de ánimo íntimos por razones de desarrollo, en tanto que los que se encuentran en etapas medias o avanzadas de la adolescencia pueden creer que hacerlo es síntoma de debilidad.

Una gran parte de los adolescentes que sufren depresión van a padecer esta enfermedad de adultos, lo que eleva el riesgo de suicidio o de tentativas de quitarse la vida.

Un estudio citado por Pliego (2001), realizado por la Universidad de Colombia, en Nueva York, encontró que había una alta tasa de suicidio y tentativa de suicidio entre aquellas personas que padecieron depresión durante la adolescencia, y que estos individuos experimentaban un mayor número de hospitalizaciones por causas médicas y psiquiátricas que los que carecían de antecedentes psiquiátricos. Asimismo, las personas con depresión de inicio adolescente tenían más dificultades para integrarse en su trabajo, en su vida social e incluso en su familia.

Otro estudio realizado por la Universidad de Murcia, España, en 1998, reveló que en los jóvenes los problemas más frecuentes son la baja autoestima, los trastornos de sueño y los sentimientos de culpa, todos ellos asociados a la depresión.

Al diferenciar por sexos, fueron las mujeres quienes mostraron tener más problemas que los hombres. Pero no solo este estudio ha demostrado que las mujeres son las que se deprimen con más frecuencia que los hombres.

A modo de conclusión, la depresión en el adolescente es un trastorno emocional que afecta diferentes aspectos, tales como el nivel cognitivo, nivel afectivo y nivel motriz, al igual que el humor: el adolescente se siente triste, llora con facilidad, es incapaz de encontrar disfrute en diferentes cosas que antes le hacían sonreír.

En el aspecto cognitivo, apreciamos que su cognición, sus pensamientos están distorsionados, parece haberse alterado la capacidad de comprensión y la capacidad de atención.

En el aspecto psicomotor, se cansan sin motivo y su actividad desciende a pasos agigantados. Se perciben también aspectos psicosomáticos: alteración del sueño, alteración en el comer, pérdida de apetito, cefaleas, vómitos, enuresis o dolores abdominales.

1.3.3 LA ADOLESCENCIA Y LAS ADICCIONES.

La relación entre drogadicción y adolescencia es más que un dato estadístico. En las sociedades avanzadas, el consumo de drogas se ha convertido en un fenómeno masivo, en el que se mezclan los factores sociales, económicos, culturales y psicológicos.

Descubrir las motivaciones del adolescente que se droga es el paso previo e indispensable para abordar e intentar solucionar, con razonables perspectivas de éxito, el problema de las adicciones.

Al ser múltiples las causas de las adicciones, es importante un análisis más objetivo de todas las causas que mantienen esa adicción.

a) Causas Sociales.

En esta etapa las relaciones interpersonales cumplen un papel muy importante como parte de la consolidación de la personalidad. La amistad es el sello de la adolescencia, por ser la edad en la que el afecto se expresa con mayor libertad y el sentimiento domina cualquier otra manifestación psíquica o intelectual, la amistad entre adolescentes del mismo sexo se acompaña de expresiones físicas (abrazos, saludos, besos, etc.) así como una demanda permanente de exclusividad con estallidos de celos, disgustos, reconciliaciones, envíos de cartas, etc.

Con el desarrollo de la madurez las posibilidades asociativas se multiplican, y las relaciones sociales se descubren mejor. El adolescente no sólo tiene la necesidad de encontrar un amigo, sino, que de hecho se hace capaz de vivir la amistad dado que tiene la capacidad de sociabilidad.

Según Blos (1980), las amistades juegan un doble papel en la adolescencia:

- ✓ En el desarrollo de la personalidad, reforzando el “yo”.
- ✓ En el proceso de socialización.

Es la primera vez que se establece una relación no-biológica y no-institucional con el otro. La amistad tiene una función muy importante en la integración de la sociedad. El hecho de sentirse integrado en el mundo y en la sociedad por medio de la amistad contribuye al mismo tiempo a reforzar y sociabilizar el “yo”.

La amistad juvenil permite que se tome conciencia de la realidad del otro, se forman actitudes sociales, se toma experiencia en las relaciones interpersonales. Si las amistades juveniles contribuyen a un aprendizaje de las relaciones interpersonales, el pertenecer a un grupo o a una banda puede aparecer como un aprendizaje de la vida en sociedad.

Para los adolescentes la amistad significa entablar relaciones duraderas basadas en la confianza, la intimidad, la comunicación, el afecto y el conocimiento mutuo. Durante este periodo se valora a los amigos principalmente por sus características psicológicas, y por ello los amigos son las personas ideales para compartir y ayudar a resolver problemas psicológicos como pueden ser: La soledad, la tristeza, las depresiones,... Esta concepción de la amistad en los adolescentes es posible por el avance cognitivo que se produce en la toma de perspectiva social, que consiste en adoptar la posición de una tercera persona para analizar más objetivamente sus relaciones, es decir, tal y como las vería una tercera persona.

Los adolescentes consideran las amistades como interacciones del momento, como relaciones sociales que perduran y se construyen a lo largo del tiempo; entienden la amistad como un sistema de relaciones.

En cambio, el adolescente espera del “grupo” que le permita la conquista su autonomía, pero una vez que llega a ser independiente abandona el grupo porque la noción de autonomía y la de grupo se oponen. Es normal que el adolescente se salga del grupo para comprometerse en relaciones personales, y en relaciones con el otro sexo.

Según Fernández (1991), las exigencias sociales y los condicionamientos del medio social restringen la libertad creadora de cada individuo, generando en él, sentimientos de

insatisfacción e incluso de frustración, sentimientos que el individuo busca mermar con el uso de drogas.

Desde el punto de vista subjetivo, el grupo representa el rezago que a todos acoge sin distinción alguna, ofreciéndole al adolescente la oportunidad de sentirse parte de un todo, mediante el uso de alguna droga ó sustancia.

Las principales razones que utilizan los individuos para justificar su adicción, son: presión ejercida por el grupo, curiosidad, búsqueda de emociones, relajación, disminución de las inhibiciones y deseos de experimentar algo nuevo.

Fernández (1991), considera que entre los muchos caminos que conducen a la adquisición de una adicción, está la renuncia de la esperanza de poder llegar a una modificación social, que utiliza, mediante su incomprensión y su intolerancia, nuestras más profundas necesidades afectivas.

b) Causas Psicológicas.

En la lucha por la independencia, el adolescente está luchando por su identidad, por una imagen clara de sí mismo.

En un principio la identidad se modela por la experiencia que influye en el concepto de sí mismo, pero a medida que la sensación de identidad se hace más fuerte, se produce un giro, de modo que la identidad comienza a modelar las experiencias.

Los factores organizadores de la identidad son los intereses, los valores morales y religiosos, las elecciones y predisposiciones vocacionales, los motivos de logros que con ellos se vinculan, así como el desempeño de su papel sexual en la sociedad. La vivencia de encontrar la propia identidad es en cada adolescente diferente, ya que cada uno es una entidad única, conformada en virtud de características genéticas, sociales, económicas y culturales.

Así, la adolescencia es un momento de búsqueda y consecución de la identidad personal. Esta identidad es de naturaleza psicosocial y contiene importantes ingredientes de naturaleza cognitiva: El adolescente se juzga a sí mismo a la luz de cómo es percibido por los otros, y se compara con ellos. Esos juicios pueden ser conscientes o inconscientes,

con inevitables connotaciones afectivas, que dan lugar a una conciencia de identidad exaltada o dolorosa, pero nunca afectivamente neutra.

El adolescente tiene una enorme necesidad de reconocimiento por parte de los otros, necesita ver reconocida y aceptada su identidad por las personas (adultos, compañeros) que son significativas para él.

Uno de los principales duelos vividos por los adolescentes es el de aceptar que ya no es un niño y con esto, sepultar su niñez para abrir campo a su juventud. Ahora explora y acepta sus nuevas capacidades, y trata de conciliar el dejar el núcleo familiar para enfrentarse a las responsabilidades que tiene con la sociedad y consigo mismo.

Los adolescentes no se drogan necesariamente por rechazo al mundo de los adultos, sino para lograr que los demás jóvenes lo estimen. El adolescente va en busca de pertenencia, de comprensión, de amor, de sentirse parte de algo especial.

A nivel psicológico, los adolescentes encuentran en las drogas un medio estupendo para satisfacer su necesidad de pertenencia y de huir de la soledad.

Según Fernández (1991), la juventud no soporta la soledad, por que en ella su yo queda sin apoyo y se experimenta la ausencia de los afectos.

Las adicciones son la desesperada fuga de una realidad desagradable, que trae consigo una desmoralización, debido al sentimiento de culpa y lleva al individuo a una regresión donde habita la irresponsabilidad y la fantasía.

c) Causas familiares.

Los adolescentes se encuentran con dos grandes fuentes de influencia social en su desarrollo: los amigos que adquieren un papel fundamental en este periodo; y la familia (especialmente los padres). El hecho de que el adolescente mantenga estrechas relaciones positivas, tanto con la familia, como con los amigos, contribuye a su adaptación social actual y futura.

En el periodo adolescente al igual que en la infancia, el joven necesita cariño, afecto y apoyo por parte de sus padres; así como también de mayor comprensión y paciencia, ya que, esta sufriendo una serie de cambios en su forma de pensar y en su aspecto físico,

que en un primer momento, no sabe como afrontar y por lo tanto necesita de la ayuda de los adultos.

Tanto el grupo de iguales, como los padres, se convierten en fuentes importantes para ofrecer apoyo social al adolescente. El grado de influencia que ofrece cada grupo social (padres/iguales) variará en función del tipo de relación actual, en función de la disponibilidad que presente cada uno de ellos y en función de la edad del joven.

En relación a todo esto se observa que los adolescentes que perciben un gran apoyo por parte de sus padres se acercan más a ellos, mientras que los que reciben escasa ayuda por parte de su familia acuden más a los amigos buscando en ellos el apoyo que necesitan.

A partir de la pubertad, los adolescentes empiezan a sentir nuevas necesidades de independencia, y como consecuencia de esto desean realizar actividades sin el continuo control paterno; les molestan las ocupaciones caseras, las preguntas de los padres sobre lo que ellos consideran "su vida privada" (amigos, lugares que frecuentan,...). Los padres ven como sus hijos van perdiendo la docilidad infantil, se vuelven más desobedientes, mostrándose ingobernables.

Los adolescentes no saben muy bien lo que quieren o a qué aspiran. Pueden llegar a parecer adultos muy pronto (físicamente), por lo que desean ser tratados como tales por sus padres. El salto generacional que existe entre padres e hijos, y las nuevas necesidades de autonomía de los adolescentes, provocan ciertas tensiones familiares, pero el hecho de que existan algunos conflictos inevitables no quiere decir que las relaciones entre padres e hijos estén continuamente deterioradas.

A la hora de hablar de conflictos y discrepancias entre padres e hijos adolescentes los temas hacen referencia a: el orden en la casa, la forma de vestir, la apariencia externa, la obediencia a los adultos, la higiene personal, las peleas con los hermanos, la reivindicación de la autonomía e independencia, el trato a las salidas con otros chicos y chicas, el horario de salidas, cuestiones económicas, etc.

Un rasgo característico de la adolescencia es el deseo de emancipación familiar, que se transforma en un elemento del proceso de adquisición de autonomía personal e independencia social.

Los padres en muchas ocasiones reclaman la independencia por parte de sus hijos, pero solo en determinadas condiciones que al fin y al cabo conllevan a la dependencia. Así la adaptación a la autonomía no es fácil para el adolescente, y los adultos a menudo no se la facilitan, le enfrentan a situaciones contrapuestas tratándole como a un niño y a un adulto, según las circunstancias.

Se le advierte que solo cuando sea adulto y gane su propio dinero podrá realizar muchos de sus deseos; con lo que el adolescente ve su autonomía psico-social cada vez más lejos.

Para Fernández (1991) los conflictos que atormentan a las adicciones, se desarrollan precozmente durante la primera infancia y son el resultado de una relación precaria e insatisfactoria con los padres y con el medio.

Así, esta tensión derivada de la resolución poco satisfactoria de las necesidades básicas, se compensa con alguna adicción. La primera inclinación hacia alguna adicción tiene lugar casi siempre en la adolescencia ya que es en esta etapa donde la personalidad aun no esta bien definida y se trata de explorar casi todas las cosas de la vida.

Mediante la toxicología, el adolescente comunica a sus padres y familia el deseo de ser lo contrario de lo que ellos son.

A modo de conclusión, se puede definir a la adolescencia como una etapa importante en la vida del ser humano, donde converge pasado y futuro, y en donde se dan una serie de ajustes y cambios en el individuo, así como también en su entorno. En este marco, la familia desempeña un papel primordial, ya que es la que ha proporcionado los elementos necesarios para afrontar esta etapa, interviniendo posteriormente la sociedad, el ambiente y el grupo de pares.

Se puede reconocer como característico de esta etapa el desprendimiento real de la familia, los cambios corporales que se encuentran fuera del alcance del individuo, fluctuaciones en el estado de ánimo, ensimismamiento, apego a los grupos, etc.

Por otra parte se presenta la identificación social y la búsqueda de la propia identidad, hecho que marca de manera trascendental a todos los individuos, de ahí la relevancia en esta etapa de la vida.

1.3.4 EL TABAQUISMO Y LA ADOLESCENCIA.

En años recientes se han suscitado un número considerable de investigaciones relacionadas con el locus control, la adolescencia y el hábito de fumar (Penny y Robinson 1986, Hanks y Antonuccio 1987, Rooks y Kirby 1991, Simon, Sussman y Dent 1993, Ennett y Ringwalt 1993) (Citado por Fernández, 1996) por que la mayoría de los adultos fumadores adquieren al hábito durante la adolescencia.

La OMS (Organización Mundial de la Salud, 2000), reportó que en el ámbito mundial al rededor del 60% de fumadores ha empezado el consumo de tabaco desde los 13 años, y más del 90% antes de los 20. Estas cifras merecen especial atención dado que se ha observado que si se empieza a fumar en la madurez, es poco frecuente convertirse en fumador. Así, sólo un 10% de los fumadores ha empezado su hábito en edad adulta. Es por ello que el grupo de los adolescentes es donde la industria tabacalera trata de reclutar a la mayoría de los fumadores. En todo el mundo, tratan de atraer, a diario, más de cinco millones de niños y adolescentes, con el propósito de poder reemplazar a los fumadores que se han rehabilitado o han muerto prematuramente a causa de alguna enfermedad asociada con el tabaquismo.

Se sabe que la mayoría de los adolescentes tienen tendencias a fumar y a menudo consumen su primer cigarro entre los 10 y 12 años. A pesar de que pocos gozan de él, se obligan (por las exigencias del grupo) a fumar unos a otros y siguen fumando hasta que llegan a ser dependientes físicamente de la nicotina. (Papalia, 1997). Lo que si se sabe con seguridad, es que los jóvenes tienen más tendencias a fumar cuando los amigos o familiares lo hacen. (Fernández, 1996)

Fumar puede hacer que las situaciones para los adolescentes se vuelvan interesantes; un joven que fuma llama la atención de los demás jóvenes, ya que se vislumbra como una persona de mayor edad, atrevido y hasta atrayente. Así, los demás jóvenes que ven el éxito que ha tenido el joven con solo fumar, e imitan su comportamiento.

Para Grinder (1992), las causas del que el adolescente fuma pueden estar únicamente en “conseguir la excitación oral y gustativa, ver como el humo deja sus labios o tener algo que hacer con las manos”. Según este mismo autor, si se reducen todos los sentimientos negativos del tabaco, el fumar en los adolescentes puede ayudarles de sedante para eliminar miedos, angustias y soledad.

Para Grinder (1992), el adolescente fuma entre algunos motivos por curiosidad, placer, para ser aceptados entre los amigos y para la emulación de los modelos adultos.

El adolescente siente curiosidad al ver como fuman los padres, amigos y figuras públicas y experimentan la necesidad de saber que pasa, qué se siente; es así como se empiezan a fumar los primeros cigarrillos. Posteriormente, se decide seguir haciéndolo o dejarlo, pero siempre esta decisión estará justificada por lo que ya se ha experimentado.

En investigaciones realizadas en Estados Unidos, se encontró que los menores se vuelven adictos al cigarrillo muy rápidamente y en algunos casos es suficiente que fumen una sola vez para que queden "enganchados". Científicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachussets en los Estados Unidos, encontraron que los adolescentes son más vulnerables a los efectos adictivos de la nicotina porque sus cerebros aún no se han terminado de desarrollar.

También llegaron a conclusiones como que las mujeres se volvían adictas más rápidamente que los hombres; y que la adicción al tabaco tiene un efecto más fuerte y prolongado sobre sus cerebros, con respecto a los de un adulto.

1.3.4.1 Motivos de inicio.

Como ya se menciona, en esta etapa de desarrollo del adolescente existe una identificación y dependencia a los grupos, los cuales tienen como función proporcionarle la oportunidad de experimentar con una gran cantidad de conductas sociales que pueden llegar a ser aceptadas y reforzadas.

El aprender a fumar es un fenómeno que comienza durante la niñez y/o adolescencia, ya que es una etapa de vulnerabilidad del yo. Este factor aunado al proceso de autonomía e independencia familiar, hacen que el adolescente transfiera sus deseos a los otros de su misma edad.

Tomnkins (1966), aportó su modelo de adquisición al tabaco, en el cual, las razones típicas para probar un cigarro se pueden encontrar en los factores: curiosidad, conformidad con los patrones de grupo, la rebeldía, el inconformismo y la identificación con los adultos.

Fumar entonces motivado por la curiosidad, sería un ejemplo de fumar por un afecto positivo, ya que implica afectos de excitación e interés; en tanto fumar motivado por la conformidad con el grupo, sería un caso de fumar por un afecto negativo, ya que la conducta estaría enfocada en sentimientos de rechazo por parte del grupo.

Este modelo divide a los fumadores en cuatro tipo:

- 1) Fumador por afecto positivo: dado por afectos positivos, como en el ejemplo anterior.
- 2) Fumador por afectos negativos.
- 3) Fumador adicto: son aquellos que normalmente experimentan un efecto negativo de privación o síndrome de abstinencia, tan pronto están conscientes de que no están fumando.
- 4) Fumador habitual: el sujeto se ha convertido en una “habilidad” que supone un mínimo grado de conciencia del hecho y se caracteriza por no tener recompensa positiva o negativa.

Así, el modelo afectivo de Tomnkins, sugiere que el fumar se emplea para regular los estados emocionales internos, produciendo reacciones emocionales positivas y reduciendo las reacciones emocionales negativas.

Rusell (1971), también aporta su propia teoría del inicio del hábito tabáquico, dividiendo las razones en cuatro grandes motivos de inicio:

- 1) Aceptación del grupo social: la mayoría de los primeros contactos con el cigarro se dan por vías de los compañeros que ya lo consumen ó que desean experimentar juntos por primera vez. El grupo aporta al individuo la posibilidad de realizar actividades nuevas.
- 2) Disponibilidad: A cualquier joven le resulta más fácil fumar si tiene acceso a los cigarrillos, por ejemplo, en las familias de fumadores.
- 3) Imitación: los adolescentes y los niños obtienen una gran cantidad de información, además de aprender conductas a través de los padres, quienes sirven como modelos; también aprenden de personas que son significativas para ellos, como los amigos, actores, cantantes, etc. Y si estas figuras fuman, es probable que ellos los imiten para tratar de igualarlos.

- 4) Anticipación a la adultez: El hecho de fumar produce en el adolescente una sensación de incorporación al mundo de los adultos. Los medios masivos de comunicación muestran a los individuos que fuman como personas adultas con “personalidad”, resaltando la masculinidad y feminidad de los modelos que utilizan, lo cual provoca en el adolescente el deseo de querer parecerse a ellos.

Peto y Patel (1974), añadieron a la teoría de Rusell, cuatro motivos más para explicar el inicio del hábito tabáquico, siendo estos:

- 1) Curiosidad: saber que se siente fumar.
- 2) Rebeldía: mostrar la inconformidad ante la sociedad y la autoridad.
- 3) Terquedad: a pesar del daño que saben que hace a su salud el tabaco, siguen consumiéndolo. Van contra las reglas y las normas que les dicen que no deben fumar.
- 4) La seguridad social: sentimientos de pertenencia a un grupo e identificación con los miembros.

Estos autores, afirman que el inicio del hábito tabáquico es displacentero, ya que el sabor del cigarro no es agradable por primera vez. Así las causas del inicio son más bien de orden psicosocial.

Otras teorías han tratado de explicar el inicio del hábito tabáquico, como el “modelo conductual de adquisición del tabaquismo”. Este modelo realizado por Gil y Calero (1997), también es conocido como el modelo de aprendizaje social y se basa en la idea de que el reforzamiento social es el responsable de la adquisición del hábito tabáquico.

Al inicio, para Gil y Caldero (1994), fumar representa una experiencia aversiva que, con la práctica y la posterior habituación, llegará a convertirse en un experiencia reforzante (tanto positiva como negativa) de manera que terminará por mantenerse debido a sus propias consecuencias y llegará a generalizarse a un sinnúmero de situaciones y contextos.

1.3.4.2 Motivos de mantenimiento.

Además de los factores de inicio, existen motivos por los cuales las personas se mantienen fumando, algunos autores como Jarvik (1977), Russell (1977), entienden la conducta de fumar como una respuesta de escape a la estimulación aversiva producida

por la privación nicotínica; pero además del síndrome de abstinencia, estos motivos tienen que ver con las dependencias psicológicas y físicas que ya se mencionaron.

Existe un modelo propuesto por Schachter (1978), que dice que la conducta de fumar se mantiene debido a que la nicotina estimula los centros neuronales específicos que son los inductores del reforzamiento.

Levanthal y Cleary (1980) proponen un modelo donde se asume que el fumador fuma para regular sus estados emocionales y que los niveles de nicotina están siendo regulados debido a que ciertos estados emocionales han llegado a condicionarse a ellos en una gran variedad de contextos.

La propuesta central de este modelo corresponde a la idea de que la regularización emocional es la clave para explicar la conducta del fumar. De tal manera, que se combinan las variables emocional con las variables psicológicas en la explicación del mantenimiento del tabaquismo.

Por último, este modelo sugiere la existencia de una “memoria emocional” que explica la integración y mantenimiento de la combinación de ciertas estimulaciones externas, las señales internas derivadas de la baja en el nivel de nicotina y las reacciones emocionales.

Otro modelo, citado por Gil y Calero (1994), afirma que la adicción a la nicotina, esta determinada por los niveles de nicotina que existan en la sangre. Así, el fumar sirve para regular los niveles de nicotina en el organismo.

En conclusión, el tabaquismo es a la vez una dependencia física y psicológica, donde ambos factores van intercalándose en la conducta del fumador y uno va determinado al otro dentro del marco conceptual del individuo.

Este proceso complejo de condicionamiento a través del cual una persona empieza a percibir al cigarro como algo deseable y al hecho de fumar como una actividad placentera.

En la adolescencia, donde habitualmente se inicia el consumo del cigarro, no es más que por un proceso de identificación y pertenencia a grupos o a personas significativas. Esta etapa esta marcada por una fuerte vulnerabilidad ante la influencia del medio y de los sujetos que rodean al adolescente, por lo cual resulta el momento crítico para iniciarse en un hábito como el tabaquismo.

CAPITULO II.

MÉTODO.

El tabaquismo es una conducta adictiva, no menos importante que la provocada por otras sustancias con propiedades o potencial adictivo como la marihuana y la cocaína. Ya que es el tabaco, el único que puede poseer en el sujeto inmerso en esta adicción, otros factores adictivos ajenos a las sustancias mismas, que pueden ser de orden psicológico o social.

Actualmente, las organizaciones de salud, consideran al tabaquismo como un problema de salud mundial, ya que es el culpable de un importante número de muertes prevenibles en todo el globo terráqueo. Además, sus repercusiones no solo se dan en las personas que fuman si no también en las que le rodean, siendo así los fumadores pasivos igualmente dañados.

Por ello, atacar este problema se ha convertido en prioridad para todos los diversos sectores de salud, quienes afirman que la mayoría de los esfuerzos deben fijarse en la prevención, para evitar que se desarrollen futuros fumadores, y así erradicar el problema.

Esto pone en la mira a los niños, ya que de no desarrollar este hábito se eliminaría un importante porcentaje de muertes y una mejora en la calidad de vida para todos.

El campo de la psicología, ha tratado de estudiar los factores que van ligados a la adicción del fumar, sin precisar aun por que algunos sujetos son más susceptibles a caer en la adicción que otros, o por que algunos fuman de una manera más implacable que otros que tienen la misma adicción.

Pero, ¿por qué a pesar de estos esfuerzos preventivos los niños y adolescentes fuman? En estos tiempos se advierten los daños que ocasiona el cigarro, se les habla de él en las escuelas y en los medios, se les dice que fumar es malo y se ha tratado de restringir el acceso en la compra de cigarrillos y en los medios publicitarios, lamentablemente es raro que estas disposiciones se cumplan haciendo fácil su disponibilidad.

La verdadera prevención se da cuando sabemos las causas del por que la gente fuma, y si se atacan estas causas realmente se eliminara el problema.

Como ya se menciona, no se ha demostrado que exista de manera estrecha la relación del tabaquismo ligado con diversas enfermedades psiquiátricas o diversos factores psicológicos, pero si se le ha relacionado con factores de estrés, depresión, angustia y ansia.

En México, existen pocos estudios (Fernández G. & Gerdingh A., 1996; García B., 2002; Méndez G., 1987; Bueno P., 1994; Garibay G., 1998; Villanueva D. 2001; Ojeda C., 1996) que relacionen estos estados psíquicos con el tabaco, sin embargo en otros países ya se habla de relaciones psíquicas y personalidades diferentes en las personas consumidoras de tabaco.

Esta investigación, busca establecer la relación tabaquismo – depresión en los adolescentes, así como estudiar si los diversos patrones de consumo van ligados a síntomas depresivos.

Al mismo tiempo, se estudia si existen diferencias entre la relación del tabaquismo con la sintomatología depresiva de la población adolescente de escuelas gubernamentales. Y si esta relación se da con más fuerza entre alguno de los géneros, entre los grupos de edad y si tiene que ver con la edad de inicio y el patrón de consumo, entre otros factores

Este trabajo se basa en una descripción y evaluación de síntomas depresivos, medidos con el Inventario de Depresión Infantil (IDI) entre una muestra de adolescentes consumidores de tabaco comparada, con una muestra de la población adolescente no fumadora.

Dado que las variables ya están presentes, solo se observo y midió el fenómeno tal cual, así, este trabajo describe y hace interpretación y comparación de síntomas depresivos, medidos por las escalas del IDI. Las inferencias acerca de las relaciones entre variables se realizan sin intervención, respetando las características propias de los grupos.

Como los grupos no son equiparables, se utilizaron procedimientos estadísticos que respetaran y respondieran al tamaño y propiedad de los grupos, siendo estos: la prueba “t” y el análisis de varianza. .

El análisis de datos, se llevo a acabo en cuatro diferentes fases: la primera, fue realizar un análisis descriptivo de la población y de las variables demográficas. La segunda, hacer una descripción de los resultados de depresión entre grupos. La tercera, aplicar los análisis de varianza y prueba “t” de Student para hacer la comparación estadística entre grupos y escalas. Y por último, la cuarta consistió en realizar comparaciones y análisis de la relación tabaquismo – depresión en las diferentes variables.

Al realizar esta investigación, se persiguieron los siguientes objetivos a modo de comprobar las hipótesis de investigación:

Objetivo general.

Conocer, describir, analizar y comparar la manifestación de rasgos depresivos en adolescentes fumadores y no fumadores, entre los factores asociados como la edad, el género, el patrón de consumo, la edad de inicio del hábito tabáquico y el grado escolar, en una muestra de adolescentes mexicanos que cursan el nivel medio básico en escuelas públicas del Distrito Federal.

Objetivos específicos.

- ✓ Detectar el grado de relación existente entre la depresión y el tabaquismo en una muestra de la población adolescente que cursa el nivel básico en escuelas públicas del Distrito Federal.
- ✓ Analizar si existen diferencias significativas en la severidad de los síntomas del trastorno depresivo con respecto al género de los adolescentes fumadores.
- ✓ Establecer si existen diferencias significativas en la severidad de los síntomas del trastorno depresivo entre las diferentes edades de los adolescentes consumidores de tabaco.
- ✓ Conocer si existen diferencias significativas en la severidad de los síntomas del trastorno depresivo con respecto a la edad en la que inicio el consumo de tabaco.
- ✓ Detectar la presencia de sintomatología depresiva entre una muestra de la población adolescente que fuma con respecto al patrón de consumo.

Hipótesis de Trabajo.

El consumo de tabaco está ligado a la manifestación de rasgos depresivos en adolescentes mexicanos que cursan el nivel medio básico en escuelas públicas del Distrito Federal.

Hipótesis Estadísticas.

1. Hipótesis de investigación: Si existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales del IDI, entre adolescentes fumadores y los no fumadores.

Hipótesis nula: No existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales del IDI, entre adolescentes fumadores y los no fumadores.

2. Hipótesis de investigación: Si existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de rasgos depresivos entre los géneros de los adolescentes fumadores y no fumadores.

Hipótesis nula: No existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de rasgos depresivos entre los géneros de los adolescentes fumadores y no fumadores.

3. Hipótesis de investigación: Si existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de rasgos depresivos entre las edades de los adolescentes fumadores y no fumadores.

Hipótesis nula: No existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de rasgos depresivos entre las edades de los adolescentes fumadores y no fumadores.

4. Hipótesis de investigación: Si existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de rasgos depresivos según la edad de inicio de consumo de tabaco.

Hipótesis nula: No existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de rasgos depresivos según la edad de inicio del consumo de tabaco.

5. Hipótesis de investigación: Si existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia del trastorno depresivo según el patrón de consumo.

Hipótesis nula: No existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia del trastorno depresivo según el patrón de consumo.

6. Hipótesis de investigación: Si existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de las subescalas del IDI: Humor negativo, Problemas interpersonales, Inefectividad, Anhedonia y Autoestima Negativa en la población adolescente consumidora de tabaco con respecto a los no fumadores.

Hipótesis nula: No existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de las subescalas del IDI: Humor negativo, Problemas interpersonales, Inefectividad, Anhedonia y Autoestima Negativa en la población adolescente consumidora de tabaco con respecto a los no fumadores.

7. Hipótesis de investigación: Sí existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales y por escalas del IDI, entre los grados escolares de los fumadores y no fumadores.

Hipótesis Nula: Sí existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales y por escalas del IDI, entre los grados escolares de los fumadores y no fumadores.

8. Hipótesis de investigación: Si existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de rasgos depresivos medidos con el IDI, según la delegación a la cual se pertenece.

Hipótesis Nula: No existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de rasgos depresivos medidos con el IDI, según la delegación a la cual se pertenece.

9. Hipótesis de investigación: Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de sintomatología depresiva medida con el IDI, según el tiempo que se lleva fumando.

Hipótesis Nula: No existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de sintomatología depresiva medida con el IDI, según el tiempo que se lleva fumando.

Variables.

- ✓ Variable independiente:
 - Edad de inicio de consumo.
 - Patrón de consumo.
 - Tiempo que se lleva fumando.
- ✓ Variable dependiente:
 - Depresión.
- ✓ Variables atributivas:
 - La edad.
 - El género.
 - Delegación a la cual pertenecen.
 - Grado escolar.

Definición conceptual de las variables:

- ✓ Edad de inicio del hábito tabáquico: Edad en la que se inhalo por primera vez el cigarro.
- ✓ Patrón de consumo: Promedio creado de forma individual, según el número de cigarros que se consume una persona al día.
- ✓ Depresión en la adolescencia: Trastorno recurrente del estado de ánimo que se caracteriza por una inquietud, aprensión, perplejidad, agitación, sentimientos de desesperanza, de impotencia, ineficacia y tristeza. (Wolman, 1999).
- ✓ Edad: 1) Pubertad: Etapa preadolescente. Proceso de desarrollo hormonal, de crecimiento físico y de maduración biológica. Es un puente entre el niño y el adulto. (Fernández, 1991)

2) Adolescencia: Se da cuando el ser humano ha roto con la infancia y empieza a tomar conciencia de la urgente necesidad de su integración al contexto social y tomar en sus manos las riendas de su destino personal. (Fernández, 1991)
- ✓ Género: Término que se utiliza para la asignación social que de un individuo se hace. El género es fundamental desde el punto de vista biológico y en aspectos fenotípicos de la persona.

Jonh Money (Citado por Mc Cary, 1996) introduce el término género en la sexología para expresar el contenido social de la sexualidad.

Así, el género, es un sistema de categorización social, establecido en función de la reproducción; sus clases son masculino y femenino.

- ✓ Grado escolar: Situación considerada con una serie de otras superiores o inferiores. El grado escolar se va dando por ascensos, en base a los conocimientos.
- ✓ Delegación a la cual se pertenece: Característica dada según la dirección de la escuela y en donde esta se encuentra localizada según la demarcación geográfica dentro de una ciudad.

Definición operacional de las variables:

- ✓ Edad de inicio del hábito tabáquico: Entre los 7 y 16 años de edad.
- ✓ Patrón de consumo:
 - 1) No fumador: Consumo nulo de cigarros al día.
 - 2) Fumador: A.- Leve: Consumo de cinco cigarros en promedio por día. B.- Moderado: Consumo de 6 a 15 cigarros en promedio por día. C.- Severo o dependiente: Consumo de cantidad igual o mayor a 16 cigarros por día.
- ✓ Depresión: Factor de puntuación total obtenida en el Inventario de Depresión Infantil (IDI) y el resultado de las cinco escalas que lo componen:
 - A) Estado de ánimo negativo.
 - B) Problemas interpersonales.
 - C) Bajo rendimiento.
 - D) Anhedonia.
 - E) Autoestima Negativa.
- ✓ Edad: de los 13 a los 17 años.
- ✓ Género: Masculino y femenino.
- ✓ Grado escolar: segundo y tercero de secundaria.
- ✓ Delegación a la cual se pertenece: Iztapalapa, Coyoacan e Iztacalco.

Muestra.

En el presente trabajo de investigación se obtuvo una muestra representativa de los adolescentes en edad secundaria, pero no probabilística a la población mexicana. Debido a que no se puede tener acceso a todas aquellas secundarias del DF. Por ello, se escogieron aleatoriamente siete escuelas secundarias gubernamentales pertenecientes a 3 diferentes delegaciones.

Se trabajo en escuelas públicas ya que son a las que se pudo tener acceso. Una vez otorgado el permiso, se les solicitó aplicar los cuestionarios a por lo menos un grupo de segundo y un grupo de tercer grado.

Tipo de muestra.

El tipo de muestra no es probabilística, ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características que se buscan para esta investigación puesto que los sujetos seleccionados para la aplicación del instrumento deben de ser adolescentes de ambos sexos entre 13 y 17 años. (Hernández, 1991)

Tipo de estudio.

Es un estudio descriptivo, ya que su propósito es especificar situaciones y eventos que se manifiestan en un fenómeno determinado, respetando las propiedades de los grupos. (Sampieri, 1998).

Esta investigación no es experimental, ya que no se manipulan deliberadamente las variables pues estas ya han sucedido, sino que se observa el fenómeno como tal y como se da en su contexto natural, para después analizarlo (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Tipo de diseño.

De corte transversal descriptivo y transversal por que los datos se recolectaron en un solo momento, ya que su propósito es describir variables y analizar su incidencia en un momento dado y no a lo largo del tiempo. (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Sujetos.

Se aplicó en forma grupal el IDI a una muestra de 460 adolescentes estudiantes de segundos y terceros grados de secundaria. Por diferentes razones, se anularon 3 cuestionarios, tales como por falta de datos o por que faltaba por resolver algún reactivo. Así, la muestra quedó conformada por 457 sujetos, todos aplicados a diferentes escuelas secundarias gubernamentales en el turno vespertino. Las edades de los adolescentes fluctúan entre los 13 y 17 años de edad, siendo de éstos, 170 mujeres y 287 hombres. De esta muestra, 235 adolescentes fuman y 222 no tienen el hábito.

Instrumento.

- Nombre:** **Inventario de Depresión Infantil (IDI).**
- Autor:** **Adaptación Mexicana del CDI de Kovacs Y Beck (1977), hecha por Varela y Villegas (IMEC, 2001).**
- Edad de aplicación:** 7 a los 17 años.
- Forma de aplicación:** Grupal e individual.
- Número de Items:** El inventario consta de 27 items, cada uno con tres respuestas posibles. Estos reactivos conforman cinco escalas.
- Objetivo:** Detectar la presencia y severidad del trastorno depresivo o trastorno distímico, buscando distinguir a niños y adolescentes con el diagnóstico de trastorno mayor depresivo o trastorno distímico descrito por el DSM IV.
- Origen del cuestionario:** El Inventario de Depresión Infantil (IDI) estandarizado y adaptado a la población mexicana por Varela y Villegas (comunicación personal, 2004), es la versión mexicana del Children's Depresión Inventory (CDI) de Kovacs y Beck (1977). El IDI al igual que el CDI, es una medida aceptable como filtro, ya que es capaz de discriminar a un nivel estadísticamente significativo a los niños (as) y adolescentes con trastorno depresivo.

El CDI el cual es un test es de origen canadiense y parte de la prueba para adultos de Beck "*Beck Depression Inventory*". Kovacs lo utilizó de modelo basándose en los puntos comunes existentes entre los trastornos depresivos de jóvenes y adultos. Su desarrollo se da en tres ideas básicas:

- 1) Que la depresión infantil existe.
- 2) Que puede ser observada y medida.
- 3) Que sus características son similares a la de los adultos.

La escala está basada en la teoría cognitiva de Beck y la descripción de los síntomas fue tomada de los señalados por el DSM III. Los items del test de Kovacs, se agrupan para formar los siguientes componentes:

- 1) Afectivo: Bajo estado de ánimo, soledad e irritabilidad.
- 2) Cognitivo: Imagen negativa, culpa, expectativas negativas e indecisión.
- 3) Motivacional: Aislamiento, rechazo, ideación suicida.
- 4) Vegetativa: Trastorno del apetito y sueño.
- 5) Psicomotor.

El CDI es una escala de autoreporte de síntomas depresivos. Esta diseñado para niños (as) de primaria y adolescentes. Requiere del más bajo nivel de lectura de todas las medidas que existen. Y su aplicación es para niños (as) entre los 7 y 17 años.

Descripción:

El inventario consta de 27 reactivos que conforman cinco escalas:

- A) Humor Negativo:** Prevalencia de sentimientos de tristeza o vacío, llanto, irritabilidad, indecisión, sensación de un futuro incierto, pesimismo, sentimiento de ser malo, aburrimiento. (DSM IV, 1995).

En el IDI lo describen los ítems: Tristeza, Preocupación pesimista sobre sí mismo, Culpabilidad, Ataques de llanto, Irritabilidad e Indecisión. En los reactivos: 1, 6, 8, 10, 11 y 13. (Varela y Villegas, 2001).

- B)** Problemas interpersonales: Síntomas como quejas somáticas, irritabilidad y aislamiento social. En los adolescentes los episodios depresivos suelen ir asociados a trastornos disociales, trastorno por déficit de atención, trastorno de ansiedad, trastorno relacionado con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.

Los adolescentes pueden presentar conductas antisociales y la toma de alcohol o drogas ilegales, provocando un diagnóstico adicional de negativismo desafiante, trastorno de conducta por dependencia o abuso de sustancias psicoactivas. Son comunes los deseos de marcharse de casa, el sentimiento de no ser comprendido o aprobado, inquietud, mal humor y agresividad. Son frecuentes el sentimiento, la desgana por cooperar en las cuestiones familiares y el retraimiento de las actividades sociales con reclusión en su propia habitación.

Puede haber falta de cuidado en el aspecto personal y aumento de la emociabilidad con especial sensibilidad al rechazo en las relaciones amorosas. (DSM IV, 1995).

El IDI lo mide por los reactivos: mala conducta, desobediencia, agresión por medio de peleas y aislamiento. En los reactivos: 5, 12, 26, 27. (Varela y Villegas, 2001).

- C)** Inefectividad: Sentimiento de incapacidad de hacer bien las cosas, los deberes escolares se dificultan, malestar o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes, como en la escuela. (DSM IV, 1995).

El IDI lo describe en los reactivos: Sentimiento de fracaso, dificultad para hacer el trabajo escolar, baja en el rendimiento escolar, autoestima baja. En los reactivos: 3, 15, 23, 24. (Varela y Villegas, 2001).

- D) Anhedonia (displacer o desinterés):** Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades. Pérdida importante del peso, ó pérdida o aumento del apetito.

En niños hay que valorar el fracaso en lograr aumentos de peso esperables. Insomnio o hipersomnias casi cada día. Fatiga o pérdida de energía casi cada día. Incapacidad para divertirse, preocupaciones sobre el dolor y la enfermedad, sentimiento de soledad, falta de interés en amigos o en el mundo. Quejas somáticas, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, indecisión y sentimientos de que hay un futuro incierto. Pesimismo. (DSM IV; 1995).

El IDI lo mide por los ítems: Falta de alegría o diversión, dificultad para dormir, sensación de fatiga, pérdida del apetito, preocupaciones somáticas, soledad, falta de diversión en la escuela, falta de amistades. En los reactivos: 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22. (Varela y Villegas, 2001).

- E) Autoestima Negativa:** Sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida. Sentimientos de poco valor y atracción física así como de incapacidad para hacer bien las cosas. No sentirse querido. (DSM IV, 1995).

El IDI lo describe en los reactivos: Pesimismo, odio a sí mismo, ideación suicida, imagen corporal negativa, no sentirse querido. En los reactivos: 2, 7, 9, 14 y 25. (Varela y Villegas, 2001).

Calificación:

El IDI cuenta con 27 reactivos con tres posibles respuestas alternativas, de las cuales se debe escoger solo una opción, que sería la que mejor nos describe según las últimas dos semanas. De las tres opciones, una refleja la ausencia de síntoma depresivo, otra la severidad de los síntomas (no incapacitadora) y la tercera, la enfermedad clínicamente más significativa. Aproximadamente el 50% de los ítems coloca la patología en la primera opción, en los demás el orden ha sido invertido. La puntuación para cada ítem es de: 0 – 1 – 2, está en función del grado de depresión que indica la alternativa de respuesta. Así, a la ausencia del síntoma se le otorga el 0 (cero), a la presencia del síntoma depresivo se le otorga el 1 y a la severidad del síntoma el 2. La puntuación total del IDI, se obtiene sumando los valores numéricos asignados a cada elección, dando esta sumatoria un rango que va desde 0 (cero) hasta 54. La severidad de los síntomas depresivos será mayor en cuanto mayor sea la puntuación obtenida.

El perfil presenta una puntuación total como en sus cinco escalas. Las puntuaciones han sido normalizadas y estandarizadas a la población mexicana de acuerdo al sexo y la edad. (IMEC, 2001).

Aplicación:

El IDI al igual que el CDI, fueron diseñados para aplicarse individualmente aunque también se pueden aplicar colectivamente cuando se trata de niños normales. El tiempo de aplicación es de 10 a 20 minutos aproximadamente.

Validez y confiabilidad:

El IDI mantiene un coeficiente de confiabilidad entre .71 y .88, lo cual indica una confiabilidad aceptable del instrumento.

Y una validez de .85, por lo que se concluye que el instrumento mide con exactitud los rasgos depresivos en los niños mexicanos.

Escenario.

TABLA 1. ESCUELAS Y DELEGACIONES PARTICIPANTES EN ESTA INVESTIGACIÓN.

Escuela secundaria	Delegación.	Dirección.
1. "Escuela Secundaria Técnica # 25" Manuel M. Cerna Castelazo.	Iztapalapa	Bretaña # 37 Col. Zacahuitzco Aculco.
2. "Escuela Secundaria Técnica # 17" Artes Decorativas.	Coyoacan.	Av. Hidalgo #62 Col. Coyoacan.
3. "Escuela Secundaria Diurna # 123" Sor Juana Inés de la Cruz.	Iztacalco.	Av. Apatlaco # 700 Col. Apatlaco.
4. "Escuela Secundaria Diurna # 59" Renne Cassin.	Iztacalco	Andrés Molina Enríquez # 4433 Col. Viaducto Piedad.
5. "Escuela Secundaria Diurna # 81" Republica Socialista de Rumania.	Iztapalapa	Sur # 81 Sinatel. Col. Ampliación Sinatel.
6. "Escuela Secundaria Diurna # 206" Roberto Koch.	Iztapalapa.	Calle Benito Juárez s/n Col. San Francisco Culhuacan
7. "Escuela Secundaria Diurna # 101" Ludwing Van Beethoven	Coyoacan	Calz. Santa Ana esquina con Canal de Miramontes. Col Avante

La tabla de anterior muestra las escuelas públicas participantes dentro del Distrito Federal en donde se aplicaron los cuestionarios para esta investigación. Todas, en el turno vespertino. Dichas aplicaciones se realizaron dentro de las aulas de clases preestablecidas para cada grupo dependiendo de su grado.

Procedimiento.

Se realizó una aplicación del inventario en forma grupal, en 7 escuelas secundarias gubernamentales, a por lo menos un grupo de segundo grado y uno de tercero.

La aplicación se llevó a cabo en el mes de Junio del ciclo escolar 2003 – 2004 señalado por la SEP.

Aunque se trato de buscar la homogeneidad de los grupos por grado y escuela, no se pudo obtener de manera eficaz ya que este fue el último mes de clases y ante la próxima salida de vacaciones y de cierre del ciclo escolar, se encontraron grupos reducidos de alumnos.

Por ello, en algunas escuelas se tuvo que entrevistar a más de los grupos que se había planeado y en otras la muestra obtenida fue menor.

La aplicación se llevo a cabo dentro de los mismos salones de clases, utilizando sus pupitres como apoyo. Tras una breve presentación, se introdujeron los cuestionarios de forma cortés explicándoles que eran para una investigación sobre tabaquismo y aclarando que todas sus respuestas serían confidenciales y que de ninguna manera serían vistas por sus profesores, padres de familia o por la institución.

Al igual, se les preciso que podían o no poner su nombre en el cuestionario, esto para entablar un clima de confianza que abriera la posibilidad de tener una confiabilidad mayor. Pero si se les pidió poner su edad, género, si fuman, desde cuando empezaron a fumar y cuantos cigarrillos fuman al día.

La aplicación se llevo acabo por dos aplicadores en cada grupo, esto debido a que solo se contaba con la autorización de Varela y Villegas para aplicar 460 cuestionarios.

Así que para maximizar los resultados, evitando errores de aplicación como son la anulación de cuestionarios por falta de datos, ausencia de respuestas o mas de una elección de respuesta por reactivo, cada cuestionario se revisó en el momento de la aplicación, supervisando que cada cuestionario cumpliera con todos los requisitos de aceptación.

Una vez obtenidos los 460 cuestionarios, se tuvieron que eliminar 3 por diferentes causas. Obteniendo así una muestra de 457 cuestionarios que conforman esta investigación.

Posteriormente, se calificaron todos los cuestionarios, obteniendo el puntaje global así como por cada escala. Estas puntuaciones, junto con los datos demográficos obtenidos, se codificaron para realizar el análisis estadístico para determinar su relación.

Análisis estadístico.

Las puntuaciones obtenidas se codificaron en una base de datos en Excel versión 7.0 para Windows, del cual se obtuvo:

- 1) Análisis descriptivo de la población y de las variables demográficas, utilizando medidas de tendencia central y varianza.
- 2) Descripción de los resultados de depresión entre grupos.
- 3) Comparación estadística entre las diferentes variables demográficas por medio de el análisis de varianza y la prueba t de Student.

CAPITULO IV.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El análisis de resultados se llevó a cabo en cuatro diferentes fases, esto para facilitar su análisis y comprensión.

La primera de ellas, consistió en hacer un **perfil descriptivo de la población** y de los resultados crudos obtenidos.

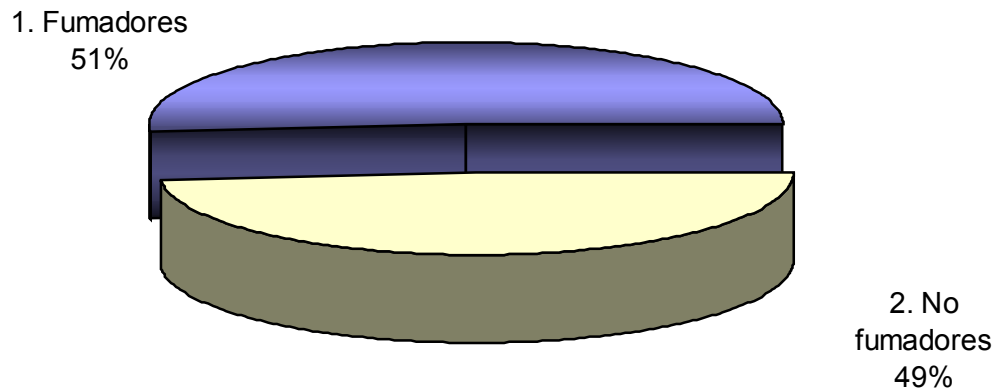
Así, la muestra total quedo conformada por 457 sujetos de ambos sexos con una edad de 13 a 17 años, todos estudiantes de turno vespertino de diferentes secundarias públicas del Distrito Federal. Las secundarias que se visitaron para aplicar estos cuestionarios corresponden a tres diferentes delegaciones, contando con diferentes números de adolescentes entrevistados por cada escuela, tal y como se describe en la siguiente tabla:

TABLA 2. ESCUELAS Y DELEGACIONES QUE PARTICIPARON EN ESTA APLICACIÓN.

Escuela secundaria	Delegación.	No. DE CASOS
1. "Escuela Secundaria Técnica # 25" Manuel M. Cerna Castelazo.	Iztapalapa	63
2. "Escuela Secundaria Técnica # 17" Artes Decorativas.	Coyoacan.	84
3. "Escuela Secundaria Diurna # 123" Sor Juana Inés de la Cruz.	Iztacalco.	34
4. "Escuela Secundaria Diurna # 59" Renne Cassin.	Iztacalco	54
5. "Escuela Secundaria Diurna # 81" Republica Socialista de Rumania.	Iztapalapa	84
6. "Escuela Secundaria Diurna # 206" Roberto Koch.	Iztapalapa.	81
7. "Escuela Secundaria Diurna # 101" Ludwin Van Beethoven	Coyoacan	57

Los cuestionarios aplicados se dividieron en dos grupos, quedando de la siguiente manera:

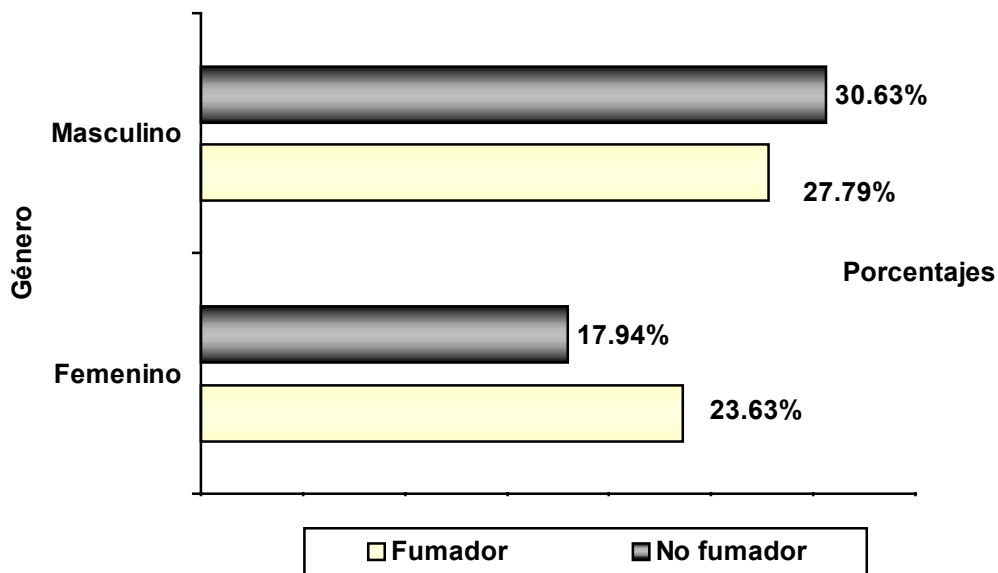
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR GRUPOS.



Gráfica 1.

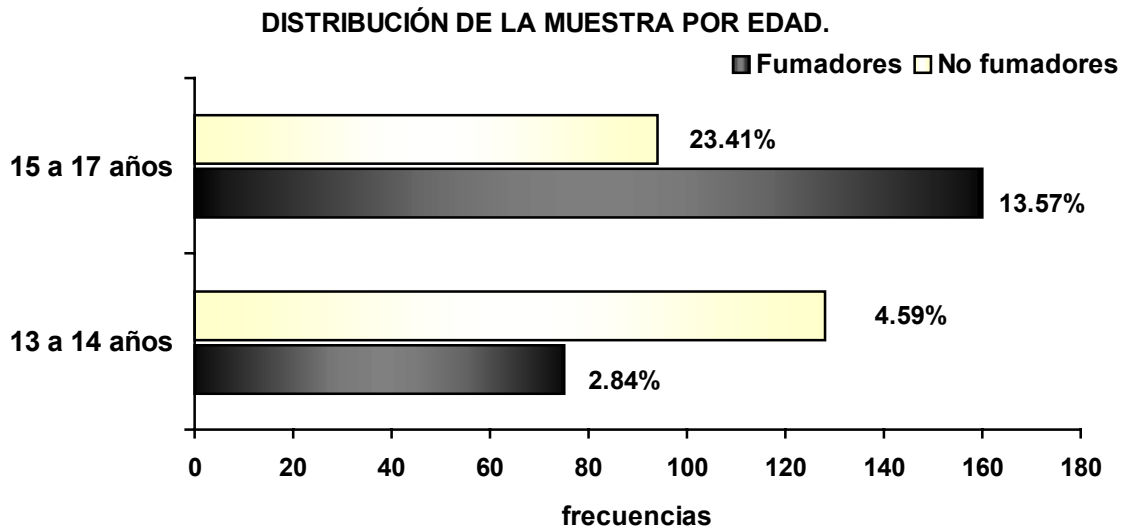
Del total de adolescentes, 190 son del género femenino y 267 del género masculino, tal como se presenta en la gráfica 2:

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR GÉNEROS.



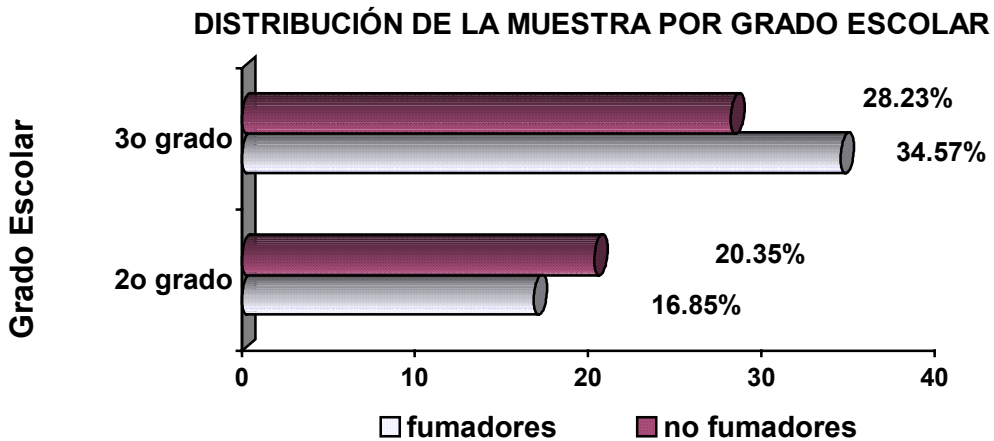
Gráfica 2.

De la muestra total se obtuvo una media de edad de 14.69. En la gráfica 3 se puede observar la frecuencia de edades en la muestra:



Gráfica 3.

De estos, 170 cursaban el 2º grado y 287 el 3º grado de secundaria, tal y como se puede apreciar a continuación:



Gráfica 4.

Dadas las diferencias demográficas de la población, se realizó un análisis descriptivo para cada uno de los grupos con respecto a la escuela a la que pertenecen, quedando de la siguiente manera:

TABLA 3: NUMERO DE CASOS EN RELACIÓN AL GRUPO Y ESCUELA.

	Escuela fumador	No fumador
1	33	30
2	43	41
3	15	19
4	23	31
5	45	39
6	50	31
7	26	31
TOTAL	235	222

Tabla 3

Como se puede notar, el número de fumadores es casi igual al número de no fumadores, lo que nos indica que gran parte de los adolescentes en edad secundaria, ya han tenido contacto con el tabaco, y gran parte de este número, ya fuma de manera regular.

Con respecto al género de los adolescentes de las diferentes escuelas con relación al grupo que pertenecen, los datos quedaron de la siguiente manera:

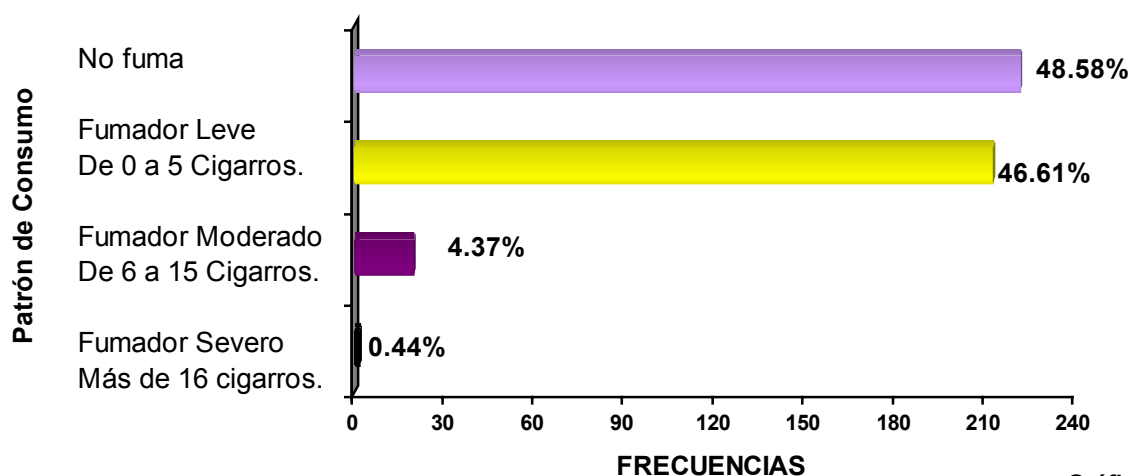
TABLA 4. DESCRIPCIÓN DE LOS GRUPOS POR GÉNEROS.

Escuela	Femenino		Masculino	
	fumador	No fumador	fumador	No fumador
1	18	8	15	22
2	23	14	20	27
3	10	9	5	10
4	18	7	5	24
5	10	15	35	24
6	18	10	32	21
7	11	19	15	12
total	108	82	127	140

Asimismo, se investigaron otras variables demográficas tales como la edad de inicio en el consumo del hábito tabáquico y el patrón de consumo. Esto, para analizar si influyen o se relacionan dentro de la relación tabaquismo – depresión.

Los resultados que se recolectaron al preguntar a los 457 adolescentes sobre el su consumo, son los siguientes:

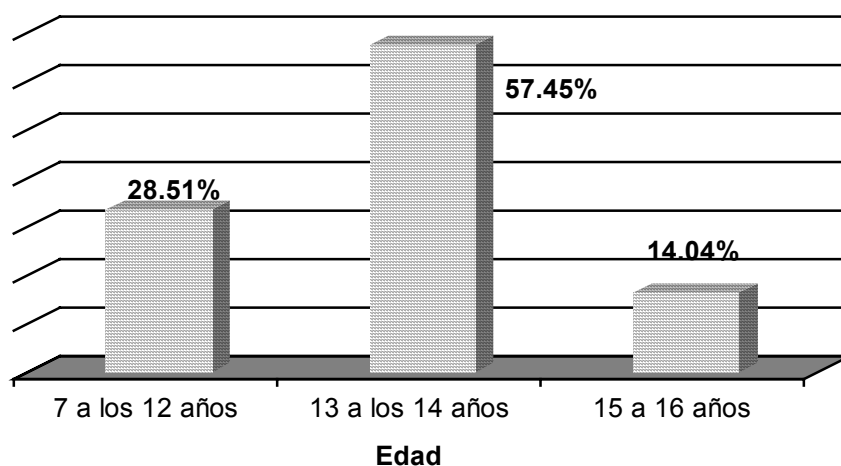
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR PATRÓN DE CONSUMO.



Gráfica 5

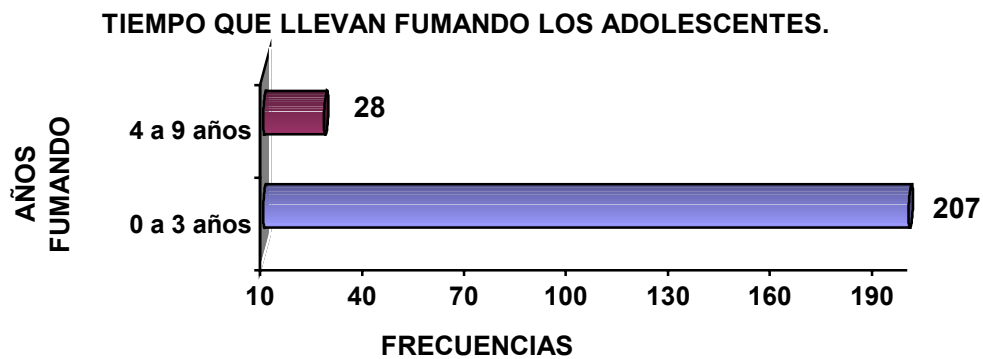
La media encontrada corresponde a 3.16 cigarrillos fumados, aunque como se puede observar en el gráfico anterior, 60 adolescentes declararon consumir menos de un cigarrillo al día, es decir, menos de 7 cigarrillos a la semana. Otros 153 adolescentes declararon consumir entre 1 y 5 cigarrillos al día; 19 adolescentes más consumen de 6 a 10 cigarrillos y solo 2 adolescentes consumen más de 10 cigarrillos al día. Otra variable que se indagó dentro de esta investigación, fue la edad de inicio del hábito tabáquico entre los adolescentes que fuman, y se descubrió que la mayoría de ellos ha empezado a fumar dentro de la misma etapa secundaria, y solo un pequeño porcentaje de ellos lo hizo antes, esto se muestra a continuación:

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR LA EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO.



Gráfica 6

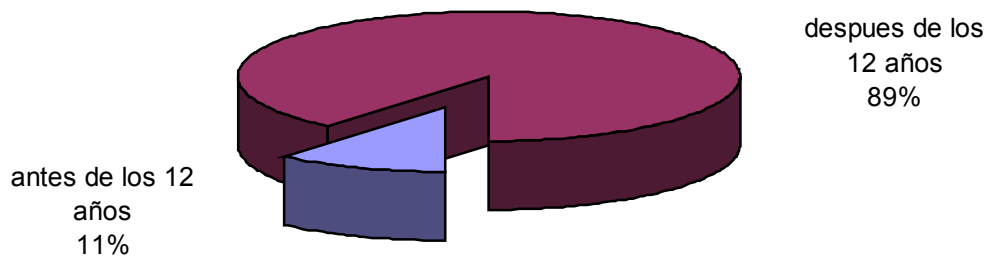
Lo que se observara en la siguiente gráfica es el tiempo es el que llevan fumando, está se obtuvo mediante de la edad de inicio, restada a la edad actual, obteniéndose estos resultados:



Gráfica 7

Por esta gráfica se puede deducir que la mayoría de fumadores adolescentes, ha aprendido a fumar y han adoptado este hábito dentro de la secundaria, y solo una pequeña parte lo hizo antes de entrar a ella, o sea, en la primaria o antes de los 12 años.

ADOLESCENTES QUE COMENZARON A FUMAR EN EDAD SECUNDARIA.



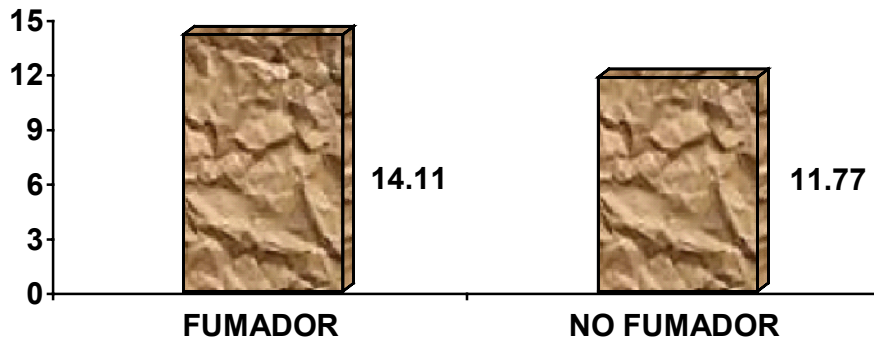
Gráfica 8

Así, 209 adolescentes declaró empezar a fumar después de los doce años y solo 26 adolescentes antes de esta edad.

Terminado el perfil descriptivo de la población, se realizó una **descripción de los resultados de depresión**, basada en los puntajes obtenidos de los 457 adolescentes a los que se les aplicó el Inventario de Depresión Infantil (**IDI**). Así, se hizo una comparación entre las medias por cada reactivo que componen el IDI.

En este análisis se encontró que el grupo de fumadores presenta puntuaciones más altas con respecto al grupo de no fumadores. Tal y como se mostrará a continuación.

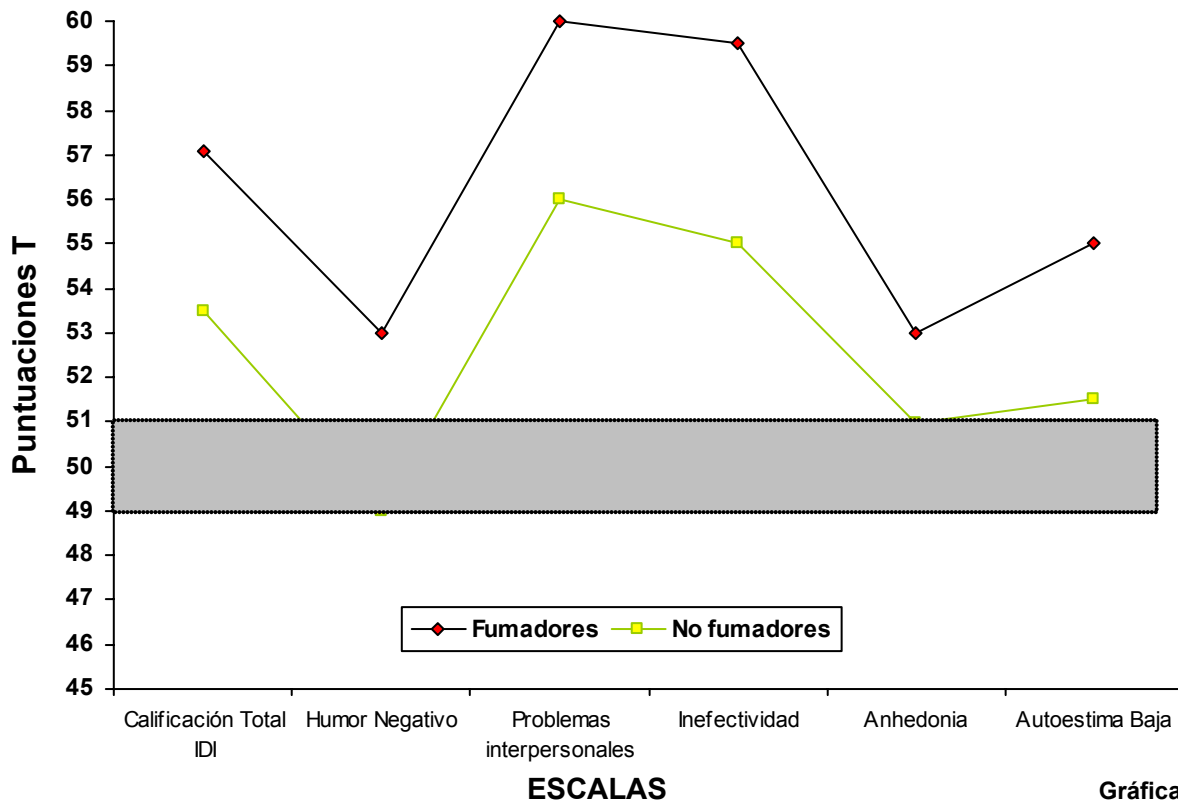
PUNTUACIONES TOTALES DEL IDI EN MEDIAS OBTENIDAS POR GRUPOS.



Gráfica 9

Al igual se realizó un análisis descriptivo de los resultados, basados en la hoja de calificación del “Perfil del Inventario de Depresión De Kovacs (IDI)” (IMEC, 2004). Quedando las calificaciones presentadas en puntuaciones t, como se presentan a continuación:

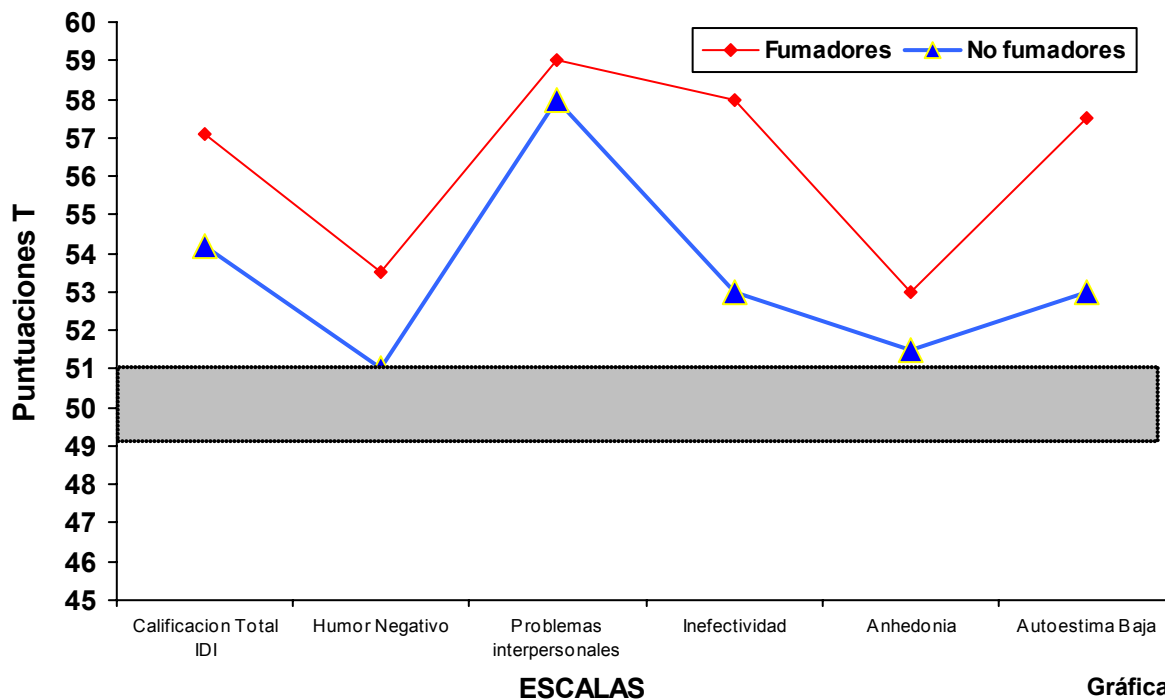
PUNTUACIONES EN MEDIAS DE LAS ESCALAS ENTRE GRUPOS.



Gráfica 10

Al igual se calificaron las medias obtenidas entre grupos dentro del género femenino, tal y como se muestra en la Gráfica 11.

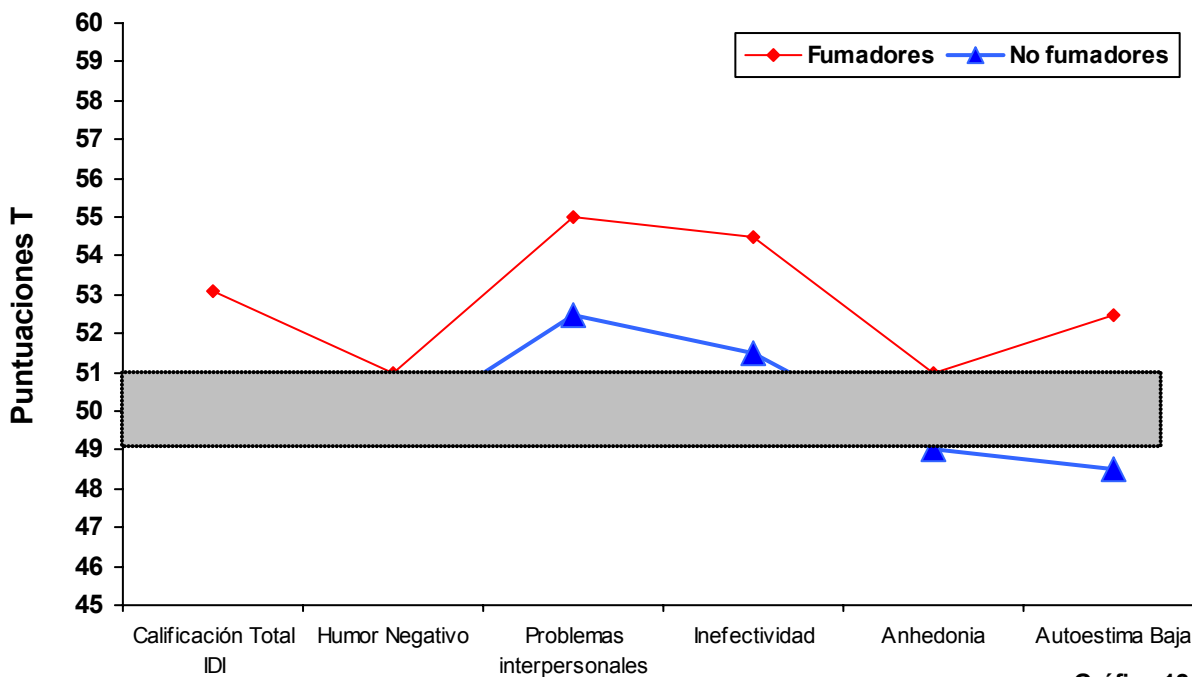
PUNTUACIONES EN MEDIAS DE LAS ESCALAS DEL IDI DEL GÉNERO FEMENINO



Gráfica 11.

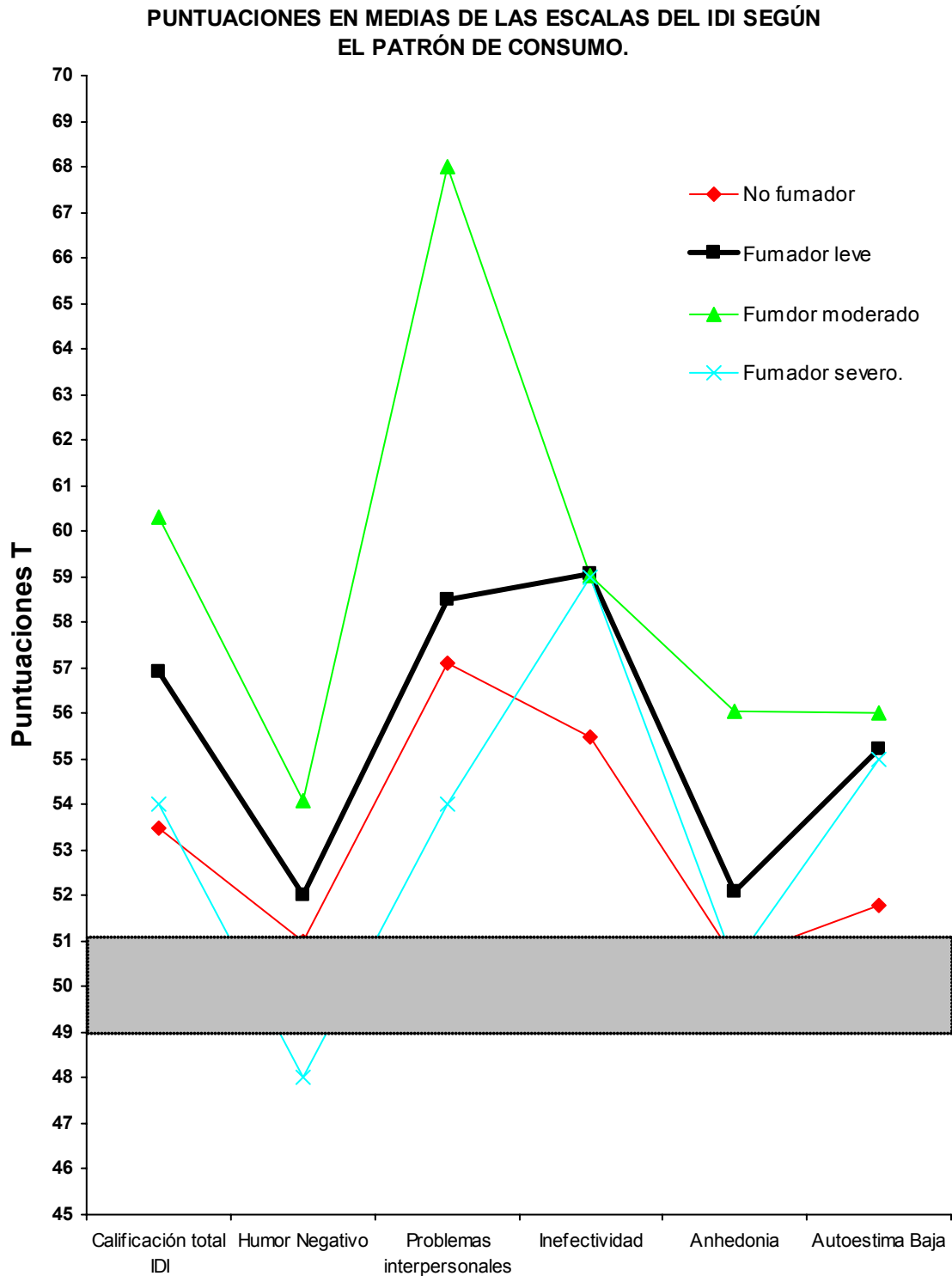
Los resultados entre grupos el género masculino, quedaron representados de la siguiente forma:

PUNTUACIONES EN MEDIAS DE LAS ESCALAS DEL IDI DEL GÉNERO MASCULINO



Gráfica 12

Otra variable tomada en cuenta al investigar la relación tabaquismo – depresión, fue el patrón de consumo, dada esta variable y las calificaciones obtenidas por los cuatro grupos que la constituyen, las calificaciones medidas por el perfil del IDI, se muestran en la grafica 13.



Gráfica 13

DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS.

Para conocer si estas diferencias son estadísticamente significativas en la relación tabaquismo - depresión, se aplicó la prueba t de student, tanto en los puntajes obtenidos por grupos, como en los puntajes por escalas, por edad, género, patrón de consumo y edad de inicio. Los datos globales que se obtuvieron de los dos grupos en las puntuaciones globales obtenidas, se muestran en la siguiente tabla:

TABLA 5. RESULTADOS GLOBALES DEL IDI OBTENIDOS POR GRUPO.

	GRUPOS	
	Fumadores	No fumadores
\bar{x}	14.1148	11.7748
S²	49.6235	36.7273
DS	7.0293	6.0466
N	235	222

Una vez obtenida la información anterior se procedió a la comparación de resultados de síntomas depresivos entre grupos con respecto al puntaje total de depresión y puntaje por cada escalas: Humor negativo (A); Problemas interpersonales (B); Inefectividad (C); Anhedonia (D); y Autoestima Negativa (E) del IDI. Esto se realizó en primera instancia por un análisis de varianza y calculando su desviación estándar.

Los datos totales que se obtuvieron de los dos grupos, se muestran en la tabla 10.

TABLA 6. PUNTUACIONES GLOBALES DE LAS ESCALAS DEL IDI.

ESCALA	\bar{x}	DS
A: Estado de ánimo negativo	2.5558	1.9200
B: Problemas interpersonales.	1.5033	1.2796
C: Bajo rendimiento	2.7812	1.7060
D: Anhedonia	3.8862	2.4850
E: Baja autoestima	2.2516	1.6393
Puntaje global del IDI	12.9781	6.6737

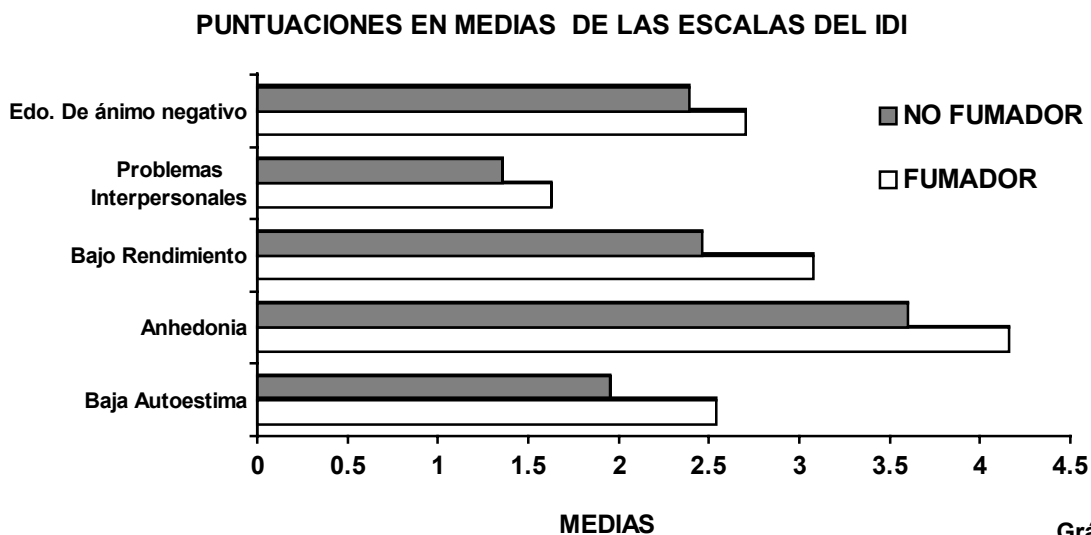
TABLA 7. PUNTUACIONES DE LAS ESCALAS DEL IDI EN FUMADORES.

ESCALA	\bar{x}	DS
A: Estado de ánimo negativo	2.7064	2.0882
B: Problemas interpersonales.	1.6340	1.3503
C: Bajo rendimiento	3.0809	1.6495
D: Anhedonia	4.1574	2.5658
E: Baja autoestima	2.5362	1.7115
Puntaje global del IDI	14.1148	7.0293

TABLA 8. PUNTUACIONES DE LAS ESCALAS DEL IDI EN NO FUMADORES.

ESCALA	\bar{x}	DS
A: Estado de ánimo negativo	2.3964	1.6619
B: Problemas interpersonales.	1.3649	1.1844
C: Bajo rendimiento	2.4639	1.7074
D: Anhedonia	3.5991	2.3627
E: Baja autoestima	1.9505	1.5014
Puntaje global del IDI	11.7748	6.0466

Dentro de las medias obtenidas por cada escala del IDI se observa que las puntuaciones son mayores en el grupo de “fumadores”, tal y como se expondrá a continuación:



En cuanto a los resultados obtenidos en el puntaje global del IDI, se encontró que sí existen diferencias significativas entre el grupo 1 “fumador” y el grupo 2 “no fumador”, en la presencia de síntomas depresivos, como lo presenta la siguiente tabla:

TABLA 9. COMPARACIÓN GLOBAL DEL IDI ENTRE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN LOS GRUPOS.

Grupo	Media	Desviación estándar	t	t Tabla
1. "Fumadores"	14.1148	7.0293	3.8216	1.645
2. "No fumadores"	11.7748	6.0466		

Como t calculada es mayor a t tabla, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la de investigación. De igual forma se aplicó investigación si existen diferencias entre los grupos con respecto a las escalas del IDI, y se obtuvieron los siguientes resultados:

TABLA 10. ANÁLISIS ENTRE GRUPOS DE LA ESCALA A: HUMOR NEGATIVO.

Grupo	Media	Desviación estándar	t	t Tabla
1. "Fumadores"	2.7064	2.0882	1.740	1.645
2. "No fumadores"	2.3964	1.7099		

Como t calculada es menor a t tabla, se comprueba que sí existen diferencias significativas en la presencia del síntoma depresivo "Humor negativo", entre el grupo de fumadores y no fumadores adolescentes, medidos con el IDI.

TABLA 11. ANÁLISIS ENTRE GRUPOS EN LA ESCALA B: PROBLEMAS INTERPERSONALES.

Grupo	Media	Desviación estándar	t	t Tabla
1. "Fumadores"	1.6340	1.3503	2.268	1.645
2. "No fumadores"	1.3648	1.1844		

Al igual dentro de la escala B "problemas interpersonales" se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia del síntoma depresivo entre adolescentes consumidores de tabaco con respecto a los que no fuman.

TABLA 12. ANÁLISIS ENTRE GRUPOS EN LA ESCALA C: INEFECTIVIDAD.

Grupo	Media	Desviación estándar	t	t Tabla
1. "Fumadores"	3.0809	1.6496	3.924	1.645
2. "No fumadores"	2.4640	1.7074		

En la escala C “Inefectividad”, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de fumadores y no fumadores.

TABLA 13. ANÁLISIS ENTRE GRUPOS EN LA ESCALA D: ANHEDONIA.

Grupo	Media	Desviación estándar	t	t Tabla
1. “Fumadores”	4.1574	2.5658	2.421	1.645
2. “No fumadores”	3.5991	2.3627		

La escala D “anhedonia”, también muestra diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de fumadores comparado con el grupo de no fumadores. A los que se les aplico el IDI. Finalmente, dentro de la escala E: “Autoestima negativa”, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de fumadores, comparado con el grupo de no fumadores adolescentes a los que se les aplico el IDI.

TABLA 14. ANÁLISIS ENTRE GRUPOS EN LA ESCALA E: AUTOESTIMA NEGATIVA.

Grupo	Media	Desviación estándar	t	t Tabla
1. “Fumadores”	2.5362	1.7115	3.894	1.645
2. “No fumadores”	1.9505	1.5014		

Es así como se demuestra que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes que consumen tabaco con respecto a los que no lo hacen. Dándose esta relación en las cinco escalas medidas con el IDI.

Al igual, se aplico un análisis estadístico para **determinar si existen diferencias** estadísticamente significativas en cuanto a la presencia de síntomas depresivos entre **géneros**.

Encontrándose, que no existen diferencias significativas en la presencia de síntomas depresivos medidos con el IDI, así como en ninguna de las subescalas que lo conforman.

Así, se puede concluir no existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de síntomas depresivos medidos con el IDI entre hombres y mujeres adolescentes. Esto, se presenta a continuación:

TABLA 15. COMPARACIÓN DE PUNTAJES GLOBALES DE DEPRESIÓN POR GÉNERO MEDIDOS CON EL IDI.

GENERO	Media	Desviación estándar	t	t Tabla
FEMENINO	13.2947	6.5532	0.8601	1.645
MASCULINO	12.7530	6.7490		

Asimismo, se investigo si existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de síntomas depresivos entre los mismos géneros, divididos en fumadores y no fumadores, los resultados que se encontraron son los siguientes:

TABLA 16. COMPARACIÓN DE ESCALAS DEL IDI ENTRE EL GÉNERO MASCULINO.

ESCALA	MEDIA POR GRUPO		T	t Tabla
	1. FUMADOR.	2. NO FUMADOR		
A	2.5748	2.3143	1.127	1.645
B	1.7874	1.3429	2.7295	
C	3.2756	2.6429	3.0575	
D	3.9764	3.4071	1.8278	
E	2.4882	1.8214	3.4938	

Tal y como se muestra en la tabla, si existen diferencias significativas entre los grupos de fumadores y no fumadores del sexo masculino, estas diferencias se dan en las escalas B (Problemas interpersonales); C (Inefectividad); D (Anhedonia) y E (Autoestima negativa).

TABLA 17. COMPARACIÓN DE ESCALAS DEL IDI ENTRE EL GÉNERO FEMENINO.

ESCALA	MEDIA POR GRUPO		T	t Tabla
	1. FUMADOR.	2. NO FUMADOR		
A	2.8611	2.5366	1.1474	1.645
B	1.4537	1.4024	0.2943	
C	2.8519	2.1585	2.8589	
D	4.3704	3.9268	1.2814	
E	2.5926	2.1707	1.7022	

Dentro del género femenino encontramos que si existen diferencias significativas entre la escala C (Inefectividad) y la E (Autoestima negativa). Al igual se realizo la prueba t para comprobar si existen diferencias significativas entre hombre y mujeres fumadores, los resultados son los siguientes:

TABLA 18. COMPARACIÓN DE ESCALAS DEL IDI ENTRE GÉNEROS FUMADORES.

ESCALA	MEDIA POR GRUPO		T	t Tabla
	Femenino	Masculino		
A	2.8611	2.5748	1.0496	1.645
B	1.4537	1.7874	1.9303	
C	2.8519	3.2756	1.9951	
D	4.3704	3.9764	1.1892	
E	2.5926	2.4882	0.466	
TOTAL	14.1296	14.1024	0.0299	

Sí existe diferencia significativa entre géneros consumidores de tabaco en las escalas B (Problemas interpersonales) y la escala C (Anhedonia).

De igual forma se realizó la prueba t entre los géneros no consumidores de tabaco, esto para comprobar si existen diferencias significativas entre ellos:

TABLA 19. COMPARACIÓN DE ESCALAS DEL IDI ENTRE GÉNEROS NO FUMADORES.

ESCALA	MEDIA POR GRUPO		T	t Tabla
	Femenino	Masculino		
A	2.5366	2.3143	0.9151	1.645
B	1.4024	1.3429	0.3627	
C	2.1585	2.6429	2.037	
D	3.9268	3.4071	1.5885	
E	2.1707	1.8214	1.6003	
TOTAL	12.1951	11.5286	0.7731	

Como podemos observar la única diferencia significativa que existe entre los géneros no consumidores de tabaco se da en la escala C (Inefectividad). No encontrándose ninguna otra diferencia significativa entre las escalas, ni entre grupos.

Para estudiar la variable de "edad" y su relación con el tabaquismo-depresión, se dividió el total de cuestionarios aplicados en dos grupos: 1) la pubertad: de los 13 a los 14 años; 2) adolescencia: de los 15 a los 17 años, en donde se compararon tanto las puntuaciones globales del IDI, como las puntuaciones obtenidas en cada escala de la prueba.

Las edades que se encontraron entre los entrevistados son de 13 a 17 años. Los resultados arrojados fueron los siguientes resultados:

TABLA 20. COMPARACIÓN GLOBAL DEL IDI Y POR ESCALAS ENTRE EDADES.

ESCALA	MEDIA POR EDADES		T	t Tabla
	13 a 14 años.	15 a 17 años.		
A	2.69	2.45	1.319	1.645
B	1.61	1.42	1.525	
C	2.68	2.86	1.082	
D	3.91	3.87	0.191	
E	2.33	2.19	0.913	
TOTAL	13.22	12.78	0.690	

Dentro de los grupos de “edad” se quiso investigar si es que existen diferencias estadísticamente significativas entre estas, y con respecto a si son fumadores y no fumadores. Los resultados obtenidos dentro del grupo de fumadores, son los siguientes:

TABLA 21. PUNTUACIONES ENTRE FUMADORES Y LA EDAD.

ESCALA	MEDIA POR EDADES		T	t Tabla
	13 a 14 años	15 a 17 años		
A	2.96	2.59	1.203	1.645
B	1.93	1.49	2.248	
C	3.04	3.10	0.264	
D	4.32	4.08	0.669	
E	2.73	2.44	1.183	
TOTAL	14.99	13.71	1.246	

Así, solo existe diferencia significativa entre los fumadores y la edad con respecto a la escala B “Problemas interpersonales”. Sin embargo, al estudiar si estas diferencias se dan de igual forma en el grupo de No fumadores, encontramos que únicamente existen diferencias significativas en la escala E “Autoestima negativa”, tal y como se describe en la siguiente tabla:

TABLA 22. PUNTUACIONES ENTRE NO FUMADORES Y LA EDAD.

ESCALA	MEDIA POR EDADES		T	t Tabla
	13 a 14 años	15 a 17 años		
A	2.53	2.21	1.410	1.645
B	1.41	1.30	0.725	
C	2.48	2.45	0.128	
D	3.67	3.50	0.551	
E	2.09	1.76	1.677	
TOTAL	12.19	11.21	1.219	

Otra variable estudiada en esta investigación fue el **grado escolar** al que pertenecen los adolescentes del nivel de secundaria, los datos encontrados son los siguientes:

TABLA 23. COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES GLOBALES ENTRE GRADOS ESCOLARES.

GRADO	Media	Desviación estándar	T	t Tabla
2°	13.8941	7.2979	2.1798	1.645
3°	12.4355	6.2113		

Para comprobar en que escalas se da esta diferencia de síntomas depresivos entre grados escolares, se aplicó la prueba t de student, la cual arrojó que sí existe diferencia estadísticamente significativa entre las escalas: B “Problemas interpersonales; C”Inefectividad” y en la escala E “Autoestima negativa”. Tal y como se observa en la siguiente tabla:

TABLA 24. COMPARACIÓN DE ESCALAS ENTRE GRADOS ESCOLARES.

ESCALA	MEDIA		T	t Tabla
	2° Grado	3° Grado		
A	2.7176	2.4599	1.3341	1.645
B	1.6706	1.4042	2.1401	
C	2.9647	2.6725	1.7399	
D	4.0882	3.7666	1.3173	
E	2.4529	2.1324	1.9706	

Al comparar si existen diferencias significativas entre los adolescentes fumadores con respecto al grado al que pertenecen se encontraron los siguientes resultados:

TABLA 25. COMPARACIÓN DE ESCALAS DEL IDI ENTRE FUMADORES Y EL GRADO ESCOLAR.

ESCALA	MEDIA POR FUMADORES		T	t Tabla
	2°	3°		
A	2.91	2.61	0.9454	1.645
B	1.91	1.50	2.1439	
C	3.29	2.98	1.3180	
D	4.42	4.03	1.0665	
E	2.87	2.37	1.9349	
TOTAL	15.39	13.49	1.7909	

Si existen diferencias significativas entre las escalas B (Problemas interpersonales) y la escala E (Autoestima negativa), con respecto al grado escolar entre los adolescentes fumadores.

TABLA 26. COMPARACIÓN DE ESCALAS DEL IDI ENTRE NO FUMADORES Y EL GRADO ESCOLAR.

ESCALA	MEDIA POR FUMADORES		T CAL	t Tabla
	2°	3°		
A	2.56	2.28	1.188	1.645
B	1.47	1.29	1.152	
C	2.70	2.29	1.716	
D	3.82	3.44	1.149	
E	2.11	1.84	1.336	
TOTAL	12.66	11.14	1.831	

Únicamente existe diferencia significativa entre los “no fumadores” de los grados de segundo y tercero de secundaria, en la escala C (Inefectividad), medida por el IDI. Al igual se compararon las puntuaciones totales del IDI con respecto al patrón de consumo de los adolescentes de secundaria.

Esto para conocer si existen diferencias de síntomas depresivos para lo cual utilizó el análisis de varianza unidireccional (one way), la cual arrojó los siguientes resultados:

TABLA 27. COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES DEL IDI CON RESPECTO AL PATRÓN DE CONSUMO.

Patrón de consumo	MEDIA POR ESCALA					TOTAL	F Tabla
	A	B	C	D	E		
Fumador leve	2.68	1.57	3.08	4.08	2.52	13.93	2.99
Fumador moderado	3.05	2.40	3.05	5.05	2.75	16.30	
Fumador severo	2.00	1.00	3.00	3.50	2.50	12.00	
F CAL	0.397	3.763	.006	1.372	.0169	1.127	

Así, se demuestra que existen diferencias significativas según el patrón de consumo en la escala B “Problemas interpersonales”. Dándose esta diferencia únicamente en ésta escala medida por el IDI.

Posteriormente, otra variable tomada en cuenta en esta investigación fue la **edad de inicio** de los adolescentes **en el hábito tabáquico** para conocer si la sintomatología depresiva se da con mayor fuerza mientras menor es la edad.

Para comprobar si la edad de inicio es un determinante en la presencia de sintomatología depresiva se realizó una prueba t entre las diferentes edades de inicio, que oscilan entre los 7 y 16 años.

TABLA 28. COMPARACIÓN GLOBAL Y POR ESCALAS DEL IDI ENTRE LAS DIFERENTES EDADES DE INICIO DEL HÁBITO TABÁQUICO.

EDAD DE INICIO	MEDIA POR ESCALA					TOTAL	t Tabla
	A	B	C	D	E		
7 a 12 años	2.99	2.13	3.37	4.66	2.73	15.88	1.645
13 a 16 años	2.60	1.43	2.96	3.96	2.46	13.41	
t CAL	1.247	3.346	1.6456	1.878	1.097	2.315	

Como se puede observar en la tabla, las medias totales entre edades va disminuyendo mientras mayor es la edad inicio, es decir, las medias obtenidas más altas del IDI se encuentran en las edades mas pequeñas de inicio de hábito tabáquico. Se puede concluir que si existen diferencias significativas entre las edades de inicio y la relación con la depresión, dándose estas diferencias en las escalas B “Problemas interpersonales”; la escala C “Inefectividad” y la escala D “Anhedonia”.

Así, para comprobar si existen diferencias significativas entre el tiempo que se lleva fumando y la presencia de sintomatología depresiva, se encontraron los siguientes datos:

TABLA 29. COMPARACIÓN DE SINTOMAS DEPRESIVOS SEGÚN EL TIEMPO QUE SE LLEVA FUMANDO.

AÑOS QUE LLEVA FUMANDO	MEDIA POR ESCALA					TOTAL	T Tabla
	A	B	C	D	E		
0 a 3 años	2.5845	1.5749	3.0097	4.0676	2.4976	13.7343	1.645
4 a 8 años	3.6071	2.0714	3.6071	4.8214	2.8214	16.9285	
T CAL	2.3811	1.5916	1.6848	1.4889	0.9297	2.1231	

Se concluye que sí existen diferencias de síntomas depresivos según el tiempo que se lleva fumando. Esto, medido con el Inventario de depresión infantil (IDI), que mide diferencias significativas en las escala A “Humor negativo” y la escala C “Inefectividad” según el número de años que se lleva fumando.

Finalmente, se investigo la relación del tabaquismo y la depresión, dentro de las tres delegaciones que participaron en este trabajo, encontrándose las siguientes diferencias significativas:

TABLA 30. COMPARACIÓN DE CALIFICACIONES DEL IDI EN LAS TRES DELEGACIONES.

DELEGACIONES	MEDIA POR ESCALA					TOTAL	F Tabla
	A	B	C	D	E		
Iztapalapa	2.31	1.39	2.73	3.67	2.06	12.16	2.99
Coyoacan	2.70	1.69	2.84	3.87	2.34	13.44	
Iztacalco	2.97	1.51	2.81	4.47	2.61	14.36	
F CAL	4.276	2.438	0.197	3.277	4.003	3.999	

Como se puede observar en la tabla de arriba, los espacios sombreados indican que si existe diferencia estadísticamente significativa entre las escalas A “Humor negativo” y E “Autoestima negativa” entre las puntuaciones del IDI, según la delegación a la que se pertenece.

CAPITULO IV.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

A pesar de las múltiples estrategias que en el mundo se han desarrollado contra el tabaquismo, fumar sigue siendo la causa evitable primaria de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados y en vías de desarrollo.

Se ha demostrado que la adolescencia temprana es la etapa de la vida donde comienza el hábito al tabaco (CONADIC, 1998). Por ello se vuelve vital atender esta parte de la población, ya sea para evitar la adicción y prevenir adultos fumadores severos, o para atender las conductas de riesgo sobre todo para el consumo ulterior de otras sustancias.

Esta investigación encontró, que más de la mitad de los adolescentes encuestados ya son consumidores de tabaco y aunque son fumadores leves o moderados, en ellos, ya se están desarrollando adultos potencialmente fumadores. Ya que recordemos que el consumo de tabaco va en incremento según la edad.

Otra de las variantes que se debe de tomar en cuenta al revisar los resultados de esta investigación, es que la población apenas empieza a ser consumidora de tabaco y por ello las cifras en cuanto al consumo aun son bajas.

Lo más importante que arroja esta investigación es que los adolescentes consumidores de tabaco presentan mayor sintomatología depresiva, con respecto a los que no fuman. Esto, medido a través del Inventario de Depresión Infantil (IDI) (Varela y Villegas, IMEC, 2004).

Esto, coincide con resultados anteriores (Medina - Mora y cols.,1995) en donde se relaciona que los estados de ánimo depresivos y la elección del uso de drogas van ligados, ya que quienes deciden experimentar con sustancias presentan un índice significativamente mayor de problemas emocionales (sentirse solos, con miedo, pensar que son fracasados, con problemas de sueño, concentración, etc.). Los estados de ánimo displacenteros se presentan con mayor frecuencia en quienes son consumidores de

sustancias (entre ellas la nicotina), así que los jóvenes que experimentan con sustancias tienen en conjunto más síntomas asociados con la depresión que aquellos que no las usan.

Por otra parte, en la investigación de Córdova (2000), donde se midió el nivel de depresión de acuerdo al DSM-III-R, se reporta que los niveles de depresión presentados en los adolescentes son diferentes entre los usuarios de sustancias y los no usuarios. De manera que quienes consumen sustancias experimentan mayor trastorno depresivo.

Otras investigaciones (Mariño y cols., 1993), han demostrado que la sintomatología depresiva va más ligada a jóvenes que abusan de sustancias en comparación con quienes no consumen ningún tipo de éstas. Y que la población que presenta mayor índice de depresión son las mujeres consumidoras en comparación con los hombres.

Esto, concuerda con los resultados obtenidos dentro de esta investigación, ya que se encontró que las mujeres consumidoras de tabaco obtienen mayores puntuaciones en el IDI, que los varones consumidores.

Según Mariño y Cols. (1993), el que las mujeres puntúen más alto que los varones tiene que ver con la forma en que están hechas las escalas, ya que se les da mayor importancia a la manifestación de conductas emotivas, que son expresadas y reconocidas con más facilidad por la población femenina, y no se incluyen reactivos que midan el tipo de manifestación o desahogo emocional de los hombres.

Por ello, los autores sugieren la inclusión de reactivos en los que se pueda registrar conductas tales como la actividad deportiva o la habilidad para relajarse a través del entretenimiento, lo que permita encontrar una diferencia menos significativa entre el número de deprimidos entre sexos.

Aunque así fuera, lo importante es que dentro de esta investigación ambas poblaciones (fumadores y no fumadores) han sido medidos con el mismo instrumento en ambos géneros, y las puntuaciones han sido significativamente mayores en la población consumidora de tabaco que en la que no lo es.

Encontrándose que la población femenina puntúa más alto en el IDI y cada una de sus escalas. Estas diferencias se dan en las escalas B “problemas interpersonales” y C

“Inefectividad”, marcando mayor puntuación “t” (dentro del perfil del IDI) las mujeres consumidoras de tabaco en relación a los hombres consumidores.

Al igual, se encontró que aunque el género femenino puntúa más alto dentro del perfil del Inventario de Depresión Infantil (IDI) y sus subescalas, la mayor diferencia se encuentra dentro del género masculino, ya que es en ellos, en quienes se presentan diferencias en cuatro de las cinco subescalas del IDI, que son: B “Problemas interpersonales”, C “Inefectividad”, D “Anhedonia” y E “Autoestima Negativa”, todas con mayores puntuaciones en el grupo de fumadores.

Sin embargo, dentro del género femenino consumidor y no consumidor de tabaco, se encontraron diferencias estadísticamente significativas solo en dos de las cinco subescalas que componen el IDI, además de la calificación global, siendo estas diferencias en las subescalas: C “Inefectividad” y E “Autoestima Negativa”. Marcadas por el grupo fumador.

Las puntuaciones “t” más altas de todo el perfil del Inventario de Depresión Infantil (IDI), las obtuvo la población femenina consumidora de tabaco, seguida por la no consumidora. En tercera posición la masculina consumidora de tabaco y por último y la más baja, la no consumidora.

Así, los resultados de la presente investigación concluyen que la población más afectada hacia el consumo de tabaquismo son las mujeres adolescentes, siendo estas también las que más presentan trastornos depresivos y una mayor puntuación en la relación tabaquismo – depresión.

En este aspecto se podría considerar que la influencia del grupo y el ambiente sociocultural en que se desenvuelven los hombres y mujeres afecta de manera diferente a cada género.

Contrario a lo calculado por la encuesta nacional de adicciones (1998), que afirmaba que aunque hace 10 años la relación entre hombres y mujeres adolescentes fumadores de tabaco era de siete a uno, en ese año el consumo estaba a la par (uno a uno). En esta investigación se encontró que es mayor el consumo en mujeres adolescentes que en hombres en edad secundaria.

En una investigación hecha por la Doctora Guadalupe Ponciano (2000), se encontró que aunque el porcentaje de fumadores por sexos estaban a la par, el género femenino fuma menos cigarrillos por día, tiende a utilizar cigarrillos con menor cantidad de nicotina y a diferencia de los hombres, ellas no inhalan profundamente el humo del tabaco. También se encontró que las mujeres les llama más la atención fumar por razones sensoriales y sociales. Aunque este estudio, también precisa que son ellas las que están menos dispuestas a dejar de fumar y están más dispuestas a las recaídas emocionales que los hombres.

Ponciano (2000) concluye que el incremento del tabaquismo en las mujeres es debido a condiciones sociales tales como las diferencias del género, la doble jornada de trabajo, la urbanización y la importancia de estilos de vida de países desarrollados. Al igual concluye, que la mujer pone menos atención al cuidado de su salud por que privilegian la atención a otros miembros de la familia.

Otras investigaciones, como la hecha por los doctores Ralph Delfino y Larry Jamer (1999) en la Universidad de California, encontraron que existía una asociación muy fuerte en los hombres, con respecto al enojo y la ansiedad manejados con el uso del tabaco.

Delfino y Larry (1999) concluyeron que los hombres asocian la tristeza y la fatiga con la urgencia de fumar, mientras las mujeres fuman más por razones emocionales. Esto tal vez nos indique el camino para entender el incremento del uso del tabaco en el género femenino y del por que se esta dando de igual manera en ambos sexos.

En cuanto a los resultados obtenidos en esta investigación con respecto a la edad y el uso del tabaco en adolescentes, se encontró que de los trece a los catorce años de edad la mayoría de la población aún no es fumadora, pero mientras más avanza la edad mayor es el número de fumadores respecto al que no fuma.

Para conocer si existían diferencias significativas en la presencia de síntomas depresivos entre las edades, se distribuyeron por rangos de edad, según la pubertad (13 a los 14 años) y la adolescencia (15 en adelante).

En la pubertad (que es el comienzo de la adolescencia) y adolescencia comprenden el período de vida que media entre la niñez y la edad adulta.

En esta etapa, el adolescente adquiere su identidad en el contexto social, en relación con sus compañeros y adultos y desarrolla su independencia psicológica con un sentido fuerte de sí mismo que le permite tomar decisiones, actitudes y comportamientos. Como fumar para sentirse independiente e identificarse con los grupos a los que desea pertenecer.

Para las industrias tabacaleras, el periodo de la adolescencia es muy importante, ya que es cuando los jóvenes comienzan a buscar su independencia afirmando su propia identidad, a disponer de dinero y a sentir la influencia de la publicidad que le presenta los cigarrillos como una de las pocas iniciaciones al mundo adulto. El cliente juvenil es esencial para la viabilidad a largo plazo de su negocio y la captación de nuevos fumadores para el mercado tabacalero empieza en la niñez - adolescencia.

Por ello, la publicidad de las tabacaleras se dirige preferentemente a la juventud, ya que encuentra posibles consumidores que tienen muchos años de vida para fumar cigarrillos y reemplazar a las personas viejas que fallecen o lo dejan. A pesar de negarlo, de insistir que no impulsan el tabaquismo en niños, y de intervenir en campañas para no fumar, en realidad las tabacaleras presentan el consumo atractivo para un joven, y la publicidad aparece periódicamente, dirigida a este grupo con estímulos especiales. (Philip Morris, 2001). Idear anuncios para personas de 19 años de edad que no atraigan la atención de las que tienen 13 a 17 es prácticamente imposible. El mundo del adulto que se muestra en los anuncios de los cigarrillos suele ser el mundo al que el adolescente aspira a pertenecer.

Se encontró que no existían diferencias estadísticamente significativas en la presencia de sintomatología depresiva entre los grupos de edad, aunque sí entre fumadores de las diferentes edades, esto dentro de la escala B "Problemas Interpersonales". Marcada por el grupo de menor edad (13 a 14 años).

Como se mencionó, en los adolescentes los episodios depresivos suelen ir asociados a trastornos disociales, trastorno por déficit de atención, trastorno de ansiedad, trastorno relacionado con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. Los adolescentes pueden presentar conductas antisociales y la toma de alcohol o drogas ilegales, provocando un diagnóstico adicional de negativismo desafiante, trastorno de conducta por dependencia o abuso de sustancias psicoactivas. Son comunes los deseos de marcharse

de casa, el sentimiento de no ser comprendido o aprobado, inquietud, mal humor y agresividad. Son frecuentes el sentimiento, la desgana por cooperar en las cuestiones familiares y el retraimiento de las actividades sociales con reclusión en su propia habitación. Puede haber falta de cuidado en el aspecto personal y aumento de la emociabilidad con especial sensibilidad al rechazo en las relaciones amorosas. (DSM IV, 1995).

Comparando los rangos de edad de los no fumadores por escalas, se encontraron diferencias en la subescala E "Autoestima Negativa".

Entre los grados escolares, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo el grupo de segundo grado el que más presenta sintomatología depresiva. Estas diferencias se dan en las subescalas B "Problemas interpersonales" y en la subescala C "Inefectividad".

Comparados los puntajes de los fumadores con relación al grado escolar, se encontró que si existen diferencias en las subescalas B "Problemas interpersonales" y E "Autoestima Negativa", marcadas por el grupo de segundo grado.

Los resultados de los no fumadores con relación al grado escolar, solo marca diferencias en la subescala C "Inefectividad".

Con respecto al patrón de consumo del hábito tabáquico, solo se encontraron diferencias significativas en la escala B "Problemas interpersonales", marcada por el grupo de fumadores moderados, seguidos en puntuación por los fumadores leves y en tercer lugar los fumadores severos. Esto se pudo dar, por que recordemos que esta investigación se realizo para medir la sintomatología depresiva en adolescentes que casi inician el consumo de tabaco.

Por ello, casi no se encontraron dentro de la población fumadores severos (como se puede encontrar en otro tipo de muestras con adultos o adolescentes de mayor edad y escolaridad).

Esto es importante de tomarse en cuenta, ya que faltaría población de fumadores severos para aseverar que son los que menos padecen depresión. Lo que si se puede concluir según esta investigación, es que entre los dos grupos más fuertes de población

(fumadores moderados y leves), el que obtuvo mayor puntuación dentro del IDI, es el grupo que mantiene un nivel de consumo de tabaco alto.

Por otra parte, se investigó si la edad de inicio es una determinante en la presencia de sintomatología depresiva, esto, para saber si mientras menor es la edad de inicio del hábito tabáquico, mayor es la presencia del trastorno depresivo.

Según los resultados de esta investigación, si existen diferencias en la presencia de sintomatología depresiva según la edad de inicio. Esta diferencia la marca el grupo que inició su consumo a menor edad (de 7 a 12 años) y en la escala B "Problemas interpersonales". Cabe mencionar que la media de las puntuaciones globales del IDI, es significativamente mayor en el grupo de menor edad de inicio.

Para saber si el tiempo que se lleva fumando es otro factor importante dentro de la relación tabaquismo – depresión, se investigó esta variable restando de la edad actual, la edad de inicio del hábito tabáquico, la muestra se dividió en dos grupos, de 0 (cero) a 3 años y de 4 a 8 años.

Dentro de estos dos grupos, se encontró que sí existen diferencias significativas, marcadas nuevamente por el grupo que lleva más años fumando (de 4 a 8 años). Y que estas diferencias se dan en las subescalas A "Humor negativo" y la escala C "Inefectividad".

Al comparar los resultados de las tres diferentes delegaciones que participaron en esta investigación, se encontró que si existen diferencias significativas en las puntuaciones totales del IDI y de sus subescalas A "Humor negativo" y E "Autoestima Negativa". Obteniendo mayor puntuación la delegación Iztacalco, seguida por Coyoacan y en tercer lugar Iztapalapa.

La delegación en donde se encontró un mayor índice de fumadores fue en Iztapalapa (128 casos), seguida por Coyoacan (69 casos) y por último la delegación Iztacalco (38 casos).

Estos datos coinciden con los encontrados por la Encuesta Nacional de Adicciones (1998), quien reporta que el índice de tabaquismo en los adolescentes de la delegación Iztapalapa, es ligeramente mayor al observado en todo el Distrito Federal.

Al igual, esta encuesta marca a la delegación Iztacalco con menos prevalencia de tabaquismo a nivel Distrito Federal, datos que coinciden con esta investigación.

Otra aportación hecha por esta encuesta que debe de tomarse en cuenta al analizar estos resultados, es que se encontró mayor índice de tabaquismo en las Escuelas Secundarias Técnicas que en las Secundarias Diurnas regulares o Bachilleratos. (ENA, 1998)

Por todos los resultados obtenidos en esta investigación, se llegan a las siguientes conclusiones.

5.1 CONCLUSIONES

1. Sí existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones globales del IDI, entre adolescentes fumadores y no fumadores. Los adolescentes fumadores registraron una mayor puntuación, tanto en la calificación global, como en cada una de las cinco subescalas que componen el IDI.
2. No existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de rasgos depresivos entre géneros. Aunque esta diferencia sí se da entre los mismos géneros consumidores de tabaco y no consumidores. Siendo en todos los casos, mayores las puntuaciones de los fumadores. En el caso del género masculino, está diferencia se da con mayor fuerza en las subescalas: B "Problemas interpersonales", C "Inefectividad", D "Anhedonia" y E "Autoestima Negativa". Mientras que en el caso del género femenino, esta diferencia se da en las subescalas: C "Inefectividad" y E "Autoestima Negativa".
3. No existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de rasgos depresivos entre las edades. Aunque esta diferencia se da en la escala B "Problemas interpersonales" entre fumadores con respecto a la edad. Sin embargo, en el grupo de no fumadores con respecto a la edad, se encuentran diferencias en la escala E "Autoestima Negativa".

4. Si existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de síntomas depresivos medidos con el IDI, con respecto al grado escolar. Las puntuaciones más altas se dieron dentro de los segundos de secundaria, rebasando las puntuaciones de los terceros. Al igual, las puntuaciones más altas dentro del grupo de fumadores con respecto al grado, se presentaron en los segundos grados en las subescalas: B "Problemas interpersonales" y E "Autoestima negativa". Esto, en contraste con el grupo de no fumadores, que puntuaron más alto dentro de la subescala C "Inefectividad".
5. No existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia del trastorno depresivo según el patrón de consumo. Aunque si existe diferencias de acuerdo al patrón de consumo dentro de la subescala B "Problemas interpersonales"; medidos con el IDI. El grupo de "fumadores moderados" marca la diferencia con respecto a los otros dos.
6. Si existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de síntomas depresivos según la edad de inicio del hábito tabáquico. Los resultados demostraron que mientras menor es la edad de inicio, mayor es la presencia de rasgos depresivos. Dándose esta relación con más fuerza dentro de la subescala B "Problemas interpersonales".
7. Si existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de rasgos depresivos según el tiempo que se lleva fumando esto, medido con el Inventario de Depresión Infantil (IDI), que registro mayor puntuación dentro del tiempo más largo de consumo, en las subescalas: A "Humor negativo" y la subescala C "Inefectividad". Por lo tanto se concluye, que mientras mayor es el tiempo que se lleva fumando, mayor es la presencia de estos síntomas depresivos.
8. Si existen diferencias estadísticamente significativas de la presencia de sintomatología depresiva en adolescentes consumidores de tabaco de acuerdo a la delegación a que pertenecen. La delegación que registró mayor puntuación en el Inventario de Depresión Infantil (IDI), fue: Iztacalco, seguida por Coyoacan, y por último con menor puntuación Iztapalapa.

Considerando todo lo anterior y por creencias de la autora, es de vital importancia investigar el tabaquismo, ya que:

- ✓ Es la puerta de entrada para los jóvenes hacia otro tipo de sustancias, drogas y adicciones.
- ✓ Por que al estudiar los factores psicológicos ligados al tabaquismo en la adolescencia y niñez (que es cuando se tiene el primer contacto con el cigarro) se podrán prevenir futuras adicciones, obteniendo las causas del por que los adultos fuman. Así, al atacar las adicciones desde temprana edad, podrán garantizarse adultos menos vulnerables a las adicciones.
- ✓ Se vuelve esencial estudiar los factores psicológicos ligados al tabaquismo, ya que solo así se podrá ayudar: A los jóvenes al prevenir futuras adicciones; A los adictos al tabaco que se encuentran imposibilitados a dejar de fumar aunque así lo deseen; A entender las causas que se relacionan al tabaquismo en las personas que son fumadoras y ayudarlas a dejar de fumar.

Esta investigación, abre el panorama que vislumbra el por que algunos adolescentes fuman más que otros y que características tienen aquellos jóvenes que ya son consumidores de tabaco.

La depresión ligada al tabaquismo debe de despertar nuestro interés, ya sea por ser factor causal ó por ser el desenlace, para algunas personas, al dejar de fumar.

Como se señala en este trabajo, los adolescentes consumidores de tabaco presentan índices más altos en cuanto al trastorno depresivo, que los que no fuman. Esto se da en todas las subescalas del IDI, comprobando que los adolescentes consumidores de tabaco, presentan mayores índices de: Problemas Interpersonales, Inefectividad, Autoestima Negativa, Anhedonia y Estado de ánimo negativo.

Tal vez sea por esto, que recurren al tabaco como medio para sentirse más seguros e incorporados a su entorno.

El tabaquismo, además de resultar en pérdidas importantes de la salud, lleva a algunas personas adictas a ser esclavos en relación a la necesidad de él y de factores psicológicos que nunca se resuelven y que permanecen escondidos tras esta adicción.

Limitaciones y sugerencias.

La primera limitación de este estudio es el tipo de muestreo que no es probabilístico, pero sí representativo de la población mexicana adolescente que cursan el nivel medio básico en escuelas públicas del Distrito Federal.

Este estudio es descriptivo, ya que no pretendía encontrar causas de los síntomas depresivos.

Se sugiere hacer más investigaciones con respecto a la relación tabaquismo – depresión. Se podría utilizar un test para medir el grado de adicción al tabaco (por ejemplo el test de Horn-Russell ó el test de Fagerstrom) y una prueba que mida la depresión, para conocer si existe relación entre éstas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Ψ Aguirre A. (1998) **Psicología de la adolescencia**. Colombia: Alfaomega.
- Ψ Alvarado S. (1991) **Tabaquismo: Adicción a la nicotina**. Recuperado de Internet el 18 de Abril del 2004, de <http://www.psicología-online.com>
- Ψ American Psychiatric Association (1999). **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. (4ta edición). Barcelona, España: Masson.
- Ψ Anderson A. C. (1960) **Los niños son seres humanos**. (2da ed.). México: La Prensa Médica Mexicana.
- Ψ Arfovilloux J. (1983) **Niños tristes**. México: Colección Popular Fondo de Cultura Económica.
- Ψ Arieti S. y Bemporad J. (1993) **Psicoterapia de la depresión**. México: Paidós.
- Ψ Ausubel P. y Sullivan V. (1989) **El desarrollo infantil**. México: Paidós
- Ψ Barrera G. (2000) **Revista Psicología**. México: Gedisa.
- Ψ Becoña E., Palomares A. & García M. (2000) **Tabaco y salud**. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo. España: Pirámide.
- Ψ Belloch, A., Sandín, B. (1996) **Manual de psicopatología**. España: McGraw-Hill Interamericana.
- Ψ Belsasso, G. (2001). **El tabaquismo en México**. CONADIC Informa, Mayo.
- Ψ Blos P. (1980) **Psicoanálisis de la adolescencia**. México: Joaquín Motriz S.A.
- Ψ Calderón N. (1985) **Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento**. México: Trillas.

- Ψ Cantwell (1987) **Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia**. España: Martínez Roca.
- Ψ Carreto N. (1991) **Es posible un futuro sin tabaco**. Revista “salud para todos”. Mes de Agosto.
- Ψ Cobo M. (1992) **La depresión infantil**. España: Ediciones temas de hoy. Colección fin de siglo.
- Ψ Dolto F. (1986) **La causa de los niños**. México: Paidós.
- Ψ **Encuesta Nacional de las Adicciones**. (1998). Secretaría de Salud; Dirección General de Epidemiología.
- Ψ Fernández E. (1991) **Psicopedagogía de la adolescencia**. Madrid, España: Narcea.
- Ψ Fernández G. & Gerdingh A. (1996) **Relación existente entre la conducta del fumar y el locus control externo e interno en adolescentes**. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología UNAM.
- Ψ Freud S. (1917). **Duelo y Melancolía**. Obras Completas: Buenos Aires: Amorrortu.
- Ψ Freud S. (1978). **El yo y el ello**. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ψ Fuentes B. (1989) **Conocimiento y formación del adolescente**. México: Continental.
- Ψ García B. (2002) **La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la Ciudad de México**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM
- Ψ García D. (1979) **Alcohol y Tabaco (un nuevo cólera disfrazado)**. México: Olimpo.
- Ψ García-Liñan C. (1990) **Que son las drogas. Tabaco**. México: Árbol.

- Ψ Gil R. & Calero G. (1994) **Tratamiento del tabaquismo**. Madrid, España: McGraw – Hill.
- Ψ Grinder, P. (1992) **Adolescencia**. México: Limusa.
- Ψ Gross (1978) **La falacia de Freud**. México: Cosmo
- Ψ Guillén (1991) **El tabaquismo como problema de salud en México**. México: Revista del Instituto Nacional del Consumidor.
- Ψ Gutiérrez C. & Rubio M. (1994) **Tabaquismo**. Folletos de divulgación sobre temas de la patología respiratoria #3. México: Iner.
- Ψ Hernández S.; Fernández C.; Baptista P. (1991) **Metodología de la investigación**. México: Mc Graw-Hill.
- Ψ Hopkins K.; Hopkins B.; Glass G. (1997) **Estadística básica para las ciencias sociales y del comportamiento**. México: Pearson Educación.
- Ψ Le Moal P. (1976) **El niño excitado y el niño deprimido**. México: Planeta Mexicana.
- Ψ Lesourne O. (1984) **El fumador empedernido y su pasión**. España: Akal S.A.
- Ψ Liberman A. (2003) **Los adolescentes y la depresión**. Recuperado de Internet el 16 de agosto del 2004, de la página: <http://www.tupediatra.com/temas/temas161.htm>.
- Ψ Mahler M. (1982) **Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación**. México: Mortiz.
- Ψ McCandless B. Y Trotter R. (1984) **Conducta y desarrollo del niño** (3ª ed.). México: Editorial Interamericana.
- Ψ Mendenhall r. (1987) **Estadística para administración y economía**. México: Editorial Iberoamericana.

- Ψ Menendez M. (1986) **Adolescencia**. México: Ponencia INCAN.
- Ψ Papalia E.; Olds W. (1999) **Psicología del desarrollo** (7ª ed.). México: Mc Graw Hill.
- Ψ Papalia E., Olds W. (1997) **El desarrollo humano** (6º ed.). México: Mc Graw Hill.
- Ψ Pardell H.; Salto E.; Salleras. (1996) **Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo**. México: Médica Panamericana. S.A.
- Ψ Patoni M. (2003) **Psicoterapia vía Internet, su práctica, regulación e investigación en el caso del tabaquismo**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Ψ Philipmorris
- Ψ Polaino-Lorente. (1988) **Las depresiones infantiles**. Madrid: Morata.
- Ψ Rangel, M. (2000) **Investigación sobre la depresión en niños institucionalizados a través del CDI**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Ψ Rico, M. & Ruiz, F. (1990) **Tabaquismo. Repercusión en aparato y sistemas**. México: Trillas.
- Ψ Rodríguez S. (1998) **Psicopatología del niño y el adolescente**. España: Universidad de Sevilla.
- Ψ Rubio H. & Fabián M. (1996) **Morbilidad y mortalidad por tabaquismo en el INER**. Folleto de Información anual.
- Ψ Rusell M. (1971). **Cigarette Dependence I. Nature and Classification**.
- Ψ Segal H. (1983) **Introducción a la obra de Melanie Klein**. México: Paidós.
- Ψ Shafii M. (1985) **Desarrollo Humano**. Argentina: El Ateneo.

- Ψ Sidney W. y Donald B. (1969) **Psicología del desarrollo infantil**. México: Trillas.

- Ψ Suárez G. (1988) **Validación de la escala de automedición de Zung en adolescentes de secundaria mexicanos**. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

- Ψ Stäcker-Heinz K. y Bartmann U. (1977) **Psicología del fumar**. Barcelona: Herder.

- Ψ Traud V. (1992) **Depresión psíquica en neonatos y lactantes**. Noriega: Limusa.

- Ψ Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P. , Blanco, J. (2001). **Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: Medición Otoño 2000**. México Reporte Global de Escuelas Secundarias INP - SEP..

- Ψ Wolman Benjamín. (1999) **Diccionario de Ciencias de la Conducta** (4ta ed.). México: Trillas.

- Ψ Kerlinger F. (1997). **Investigación del comportamiento**. México: Mc Graw-Hill.

- Ψ Klein M. (1971) **Principios del análisis infantil**. Buenos Aires: Paidós.

Referencias electrónicas:

- Ψ <http://www.psiconet.com/argentina/apsa2001/depresin.htm>
- Ψ http://www.intervoz.com.ar/2002/1102/UM/nota127579_1.htm
- Ψ <http://www.facmed.unam.mx>
- Ψ <http://www.cigarrilloscubanos.com/historiatabaco.htm>
- Ψ www.dejardefumar.com.mx
- Ψ www.fisterra.com/guias2/medicamentos/bupropion.htm
- Ψ www.tabaquismo.freehosting.net
- Ψ <http://cabidoge.step.es>
- Ψ <http://www.tereme.es>
- Ψ <http://www.arconet.es>
- Ψ <http://www.uata.org.ar/medica/informacion/2.2.html>
- Ψ <http://www.glaxowellcome.com.mx/diccionario/tabaquismo.html>
- Ψ www.cuc.udg.mx/eventos2003/Octubre/CMAC_234oct/Bolet%EDn%20107.doc
- Ψ <http://www.todito.com/paginas/noticias/99828.html>
- Ψ <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/comorbilidad/4329/>
- Ψ <http://www.dgbiblio.com.mx>
- Ψ <http://www.tabaquismo.freehosting.net/PUBLICIDAD/PHILIPMORRIS.htm>

