



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 Y 2 NOROESTE DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33



**“ASOCIACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y LA DEPENDENCIA
AL TABACO EN EL PERSONAL ADSCRITO A LA UMF 33”**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

A S E S O R A

DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI

ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF No. 33 “EL ROSARIO”



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.

Dra. Mónica Enriquez Neri
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar, Encargada de
la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud y asesora de Tesis

Dra. Ma. del Carmen Morelos Cervantes
Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Dra. Mónica Sánchez Corona
Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Dra. Haydee Alejandra Martini Blanquel
Médico Residente de 3º año del Curso de Especialización en Medicina Familiar

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, por ser mi sostén, el motor de todas mis acciones y el mejor ejemplo de esfuerzo y lucha constante, por enseñarme a vivir con amor y respeto hacia los demás.

A todos mis profesores, por su paciencia y sabiduría que me han orientado a lo largo de toda mi formación profesional.

A mis amigos, por ser la sal y la pimienta cada día durante estos 3 años de residencia que hemos compartido, gracias por su paciencia, por su cariño, por su apoyo y por todas esas risas, no podría haber sido más feliz en este recorrido.

A los mejores libros de los que uno puede aprender: los pacientes, por confiar en mí y enseñarme las lecciones más valiosas que hay en la Medicina y en la vida.

A Dios, por haberme guiado a través de este camino y que me regaló una segunda oportunidad, quizá la más grande y maravillosa para ser feliz.

INDICE

▪ Resumen.....	5
▪ Introducción.....	6
▪ Antecedentes.....	8
▪ Planteamiento del problema y objetivos.....	13
▪ Material y método.....	15
▪ Resultados.....	17
▪ Tablas y gráficas.....	22
▪ Discusión.....	67
▪ Conclusiones.....	70
▪ Bibliografía.....	72
▪ Anexos.....	75

RESUMEN

Enríquez NM, Martini BH. Asociación entre la presencia de ansiedad y la dependencia al tabaco en el personal adscrito a la UMF 33. IMSS 2009.

Introducción: El tabaquismo es un problema de salud pública porque existe una elevada prevalencia del mismo. Diversos estudios han descrito la relación entre presencia de trastornos psicológicos con el consumo de tabaco, como la ansiedad.

Objetivo: Determinar la asociación entre la presencia de ansiedad y la dependencia al tabaco en personal adscrito a la UMF 33. Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo al personal adscrito a la UMF 33, ambos turnos, previo consentimiento informado, que incluyó a 286 trabajadores, se aplicó una encuesta diseñada ex profeso para recabar las variables sociodemográficas, evaluando la dependencia al tabaco y la presencia de ansiedad por medio de los test de Fagerström y Beck respectivamente. Se calcularon frecuencias, razón de momios (OR), X^2 , e intervalo de confianza al 95%. Resultados: Del los participantes en el estudio, 94 personas tuvieron dependencia al tabaco (32.86%). La incidencia de ansiedad en trabajadores con dependencia al tabaco fue de 32.97%, con OR 3.17, IC del 95% de 1.89-5.33, X^2 19.83 y $p=0.0000$. Conclusiones: Se encontró asociación entre la ansiedad y la dependencia al tabaco, por lo que habrá que identificar a los trabajadores fumadores para realizar una intervención oportuna y evitar complicaciones asociadas con dichas patologías.

Palabras clave: presencia de ansiedad, dependencia al tabaco.

INTRODUCCION

El tabaquismo es reconocido desde hace tiempo como un problema de salud pública, debido a los daños a la salud que se asocian con él, que se traducen en millares de complicaciones y muertes. Constituye la principal causa de muerte evitable en los países desarrollados ⁽¹⁾.

En el año 2000, la Organización mundial de la salud estimó que el mundo existen más de 1,200 millones de fumadores, cerca de 70% se ubica en los países en desarrollo; asimismo, calculó que hay más de 4 millones de muertes al año por enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

En América Latina, la Organización Panamericana de Salud reportó más de 845 mil muertes al año por estas enfermedades. En México, la Encuesta Nacional de Adicciones, señaló una prevalencia de tabaquismo de 26.4% y la muerte diaria de 163 fumadores ⁽²⁾.

Desde el punto de vista conductual, el tabaquismo denominado también como hábito tabáquico, es una conexión-aprendida y condicionada- entre una secuencia estímulo respuesta y un reforzador. En este sentido, es adicción, expresada por la necesidad compulsiva de consumirlo y la dificultad para abandonarlo, fue incluida en 1980 en una clasificación de trastornos mentales hecha por la Asociación Psiquiátrica Americana ⁽³⁾.

De esta manera, fumar tabaco es un tipo de farmacodependencia, no menos potente que otras drogas adictivas, de hecho la mayoría de las personas que se inician en el tabaquismo se convierten en dependientes. El poder adictivo de la nicotina es muy grande y comparable con el de la cocaína, porque cumple con los criterios establecidos con la American Psyquiatric Association, es decir, produce dependencia física, psicológica y una tendencia al uso continuado incluso en pleno conocimiento del perjuicio que puede causar ^(4,5).

La gente consume drogas por una amplia variedad de razones, la principal es porque les hacen sentirse bien, y conduce a dos diferentes, pero entrelazados tipos de dependencia: física y psicológica. Además, el tabaquismo se inicia debido a factores psicológicos muy complejos, que incluyen, de manera predominante, tanto a la aceptación como a la presión social, como a la tensión y al ocio, así como los correspondientes reforzamientos derivados fundamentalmente de la publicidad y de la asociación con muchas de las actividades cotidianas ⁽⁶⁾.

Entre los motivos más comunes de consumo de tabaco, según un estudio realizado por Betancourt y col., está la ansiedad y necesidad de tranquilizarse, con un porcentaje de 7%, después de la curiosidad (45%) y por presión social (37%).⁽⁷⁾

Los datos epidemiológicos sugieren que el tabaquismo aumenta el riesgo para la aparición de ciertos trastornos de ansiedad (ej. trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada (TAG)), y que la presencia de ciertos trastornos de ansiedad (ej. ansiedad social) aumenta el riesgo para un desarrollo posterior de la dependencia a la nicotina. Aunque algunos estudios informan de un alto predominio de tabaquismo en los trastornos de ansiedad, el grado por el que los fumadores con trastornos de ansiedad se diferencian de los no fumadores sigue siendo incierto ⁽⁸⁾. Esto por esto que consideramos importante el estudio de estos problemas de salud en los trabajadores de la UMF 33, tomando en cuenta el incremento de ambas patologías a nivel mundial.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En la década de los noventa, toda una serie de estudios han mostrado de modo claro y consistente la relación entre fumar y depresión, o entre fumar y trastornos de ansiedad, entre otros ⁽⁹⁾.

Audrain et al., encontraron una clara relación entre ansiedad y dependencia de la nicotina. Sin embargo, mientras que la relación entre depresión y fumar está bien establecida, y se encuentra sistemáticamente en los estudios, en el caso de la ansiedad, no todos los estudios han encontrado dicha relación. Kassel y Shiffman ⁽⁷⁾ plantearon que la relación entre fumar y ansiedad está mediada por la atención, siguiendo el modelo de Steel y Joseph, conocido como modelo de distribución atencional del reforzamiento del alcohol.

En el caso del alcohol, éste afectaría indirectamente el estado de ánimo a través de sus efectos sobre la cognición y la percepción, más que a través de cualquier efecto farmacológico directo. Este modelo, aplicado al tabaco, permitiría explicar la inconsistencia de resultados en relación a que fumar alivia la ansiedad en estudios naturalistas, pero dicha relación no se encuentra en condiciones controladas de laboratorio.

Para comprobar la utilidad de este modelo en la conducta de fumar, Kassel y Shiffman realizaron un estudio de laboratorio, utilizando fumadores que podían fumar en el experimento, fumadores que no podían fumar y no fumadores. A cada uno de los grupos lo dividieron, a su vez, en dos: a unos les aplicaron tareas distractoras y a otros no. Encontraron que, ya antes de la tarea, los fumadores tenían puntuaciones mayores en ansiedad que los no fumadores. También confirmaron las hipótesis que se plantearon partiendo del modelo de mediación atencional. Esto es, los fumadores que fumaban y que fueron distraídos experimentaron la mayor reducción de ansiedad.

Por contra, los fumadores que fumaban sin experimentar distracción no tuvieron cambios en su ansiedad. Ello sugiere que la distracción es un mediador importante del efecto que tiene fumar para reducir la ansiedad anticipatoria. En varios estudios realizados en paciente en un tratamiento psicológico para dejar de fumar, encontramos relaciones entre ansiedad y fumar. Concretamente, aparece una diferencia significativa en ansiedad a los 12 meses de seguimiento entre los abstinentes y los fumadores, obteniendo los abstinentes una puntuación menor que los fumadores. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en ansiedad entre ambos grupos, ni en el pretratamiento, ni en el seguimiento a los 12 meses.

Las diferencias entre los fumadores y los no fumadores con trastornos de ansiedad se han examinado respecto a las múltiples medidas de interés teórico y clínico. Comparados a los no fumadores, los fumadores con trastornos de ansiedad han demostrado mayor sensibilidad a la ansiedad, síntomas de

ansiedad, evitación agorafóbica, estado del ánimo depresivo, afecto negativo y estrés ⁽¹⁰⁾.

Una gran parte de los estudios realizados sobre la relación entre ansiedad y consumo de tabaco han utilizado las escalas del STAI (para adultos) o las del STAI-C (para niños y adolescentes), las cuales evalúan ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. La ansiedad-rasgo implica la tendencia general a experimentar síntomas de ansiedad a través de una amplia variedad de situaciones estresantes y la ansiedad estado implica el estado o condición emocional transitoria de tensión y aprensión ante un hecho o situación concreta. La primera sería más estable y la segunda situacional. Ante este problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que los profesionales de la salud participen con mayor énfasis en el control de la epidemia. Paradójicamente, en los países en desarrollo se ha registrado que este sector fuma más que la población general.

En nuestro país, se han realizado estudios desde 1980 y el Instituto Mexicano del Seguro Social realizó en 1994 un estudio que reportó una prevalencia de tabaquismo de 25.3%; 11 en otro estudio en el 2004 la prevalencia fue de 29% en 1997, en los institutos Nacionales de Salud fue de 22%. En 1998, la Universidad de Guanajuato, el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Nacional de enfermedades respiratorias, informaron una prevalencia del 43.1% en médicos y de 29.3% en enfermeras. La elevada prevalencia de tabaquismo en el personal de salud va en contra del profesionalismo y la ética de estos trabajadores, ya que son responsables de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en la población, sin embargo, se puede explicar en parte por la falta de acciones específicas de prevención y control de tabaquismo en las instituciones de salud. Además de ello, las enfermedades asociadas al tabaquismo incrementan el ausentismo laboral y por ende, se relacionan con menor productividad, aunque en algunos estudios esto se ha relacionado con los niveles de estrés relacionados con dichas profesiones ⁽¹³⁾.

En la misma línea de lo anterior, también se ha encontrado que fumar ayuda a relajarse, y se ha encontrado que los fumadores están más estresados que los no fumadores y, cuando dejan de fumar, les disminuye el nivel de estrés a medida que transcurre el tiempo. Hallar en distintos estudios afirmaciones de que el tabaco es relajante y placentero es habitual. Sin embargo, cuando un fumador no puede fumar o está bajo los efectos del síndrome de abstinencia de la nicotina, tiene sentimientos de estrés, irritabilidad y ansiedad. Estudios como el de Parrott y Garnham ⁽⁴⁾, encuentran que cuando el fumador fuma su nivel de estrés es el mismo que el de un no fumador. No obstante, cuando está sin fumar, su nivel de estrés es mayor. Esto muestra cómo la nicotina es un modulador del humor en fumadores. Fumar les ayudaría a restablecer un nivel normal o adecuado de estrés para ellos, que tienen incrementado cuando no fuman. Esto lleva a algunos autores, como Parrott, a proponer que la dependencia de la nicotina parece ser una causa directa del estrés en los fumadores ⁽⁵⁾.

La reducción de la ansiedad y del estrés al consumir nicotina hará que ésta tenga una función reforzante, aunque Pomerleau destaca que en ocasiones el efecto es más complejo y señalan que las bases biológicas que sustentarían esto están relacionadas con el papel del cortisol. Así, en los fumadores moderados expuestos al estrés y/ o a la nicotina, se les incrementa su nivel de cortisol por fumar y por el estrés, separadamente, teniendo un efecto aditivo cuando se combinan los dos. Esto conduce a que fumar sea adaptativo a corto plazo, porque reduce el estrés; pero si esto se mantiene mucho tiempo, y los receptores biológicos para la nicotina y el estrés son los mismos, entonces llegará un momento en que el fumador crónico fumará como una respuesta de afrontamiento farmacológico, para mantener su función metabólica normal en las situaciones para él estresantes. Si esto continúa, la disminución de la reactividad a los corticoesteroides resultará en un estrés crónico, o en la necesidad de incrementar la dosis de nicotina para lograr el balance metabólico (14).

En el estudio de West y Hajek se afirma que dejar de fumar va seguido rápidamente por una reducción en la ansiedad, que puede reflejar el hecho de retirar un agente ansiolítico como es la nicotina. El estudio de McMahon y Jason muestra cómo aquellos fumadores que tienen menos estrés dejan de fumar en mayor proporción, en relación con los que tienen un mayor nivel de estrés. Existen varios instrumentos en forma de cuestionarios, para determinar la dependencia nicotínica, entre los que destacan el test de Horn-Russell y el de mencionado test de Fagerström. Entre sus items señaladores y reveladores de una alta dependencia nicotínica destacan los siguientes: el cigarrillo valorado como más importante y deseado es el primero de la mañana, al fumador se le hace muy difícil el no fumar en esperas cortas, no tolerando esperas superiores de 30-40 minutos entre cigarrillo y cigarrillo, Son fumadores de más de 25 cigarrillos al día y por último, son fumadores que fuman a pesar de estar enfermos o convalecientes. Además, se encontró un mayor número de fumadores del género masculino, (56%), 25 por ciento tiene entre 19 y 25 años de edad, 17.2 por ciento son adolescentes entre 12 y 18 años. Respecto a la escolaridad, el comportamiento es similar al grupo de fumadores. Existe mayor proporción de casados (64%), y no se encontraron diferencias significativas en ocupación y edad de inicio. (15).

En la actualidad, un instrumento para valorar la dependencia física muy utilizado es el ya mencionado test de Fagerström. Diversos estudios relacionan el grado de dependencia evaluado con este test con el éxito en la deshabituación tabáquica y con el tipo de tratamiento farmacológico más adecuado. Sin embargo, a pesar de que algunos autores han explorado la dependencia psicológica en el tabaquismo, ésta no tiene una valoración tan bien establecida y su relación con el resultado de los tratamientos de deshabituación tabáquica, así como su influencia en la elección del tratamiento, están todavía por determinar, además de que no se ha utilizado para la evaluar la relación con la presencia de trastornos relacionados con el consumo de tabaco, como la ansiedad (16).

En otros manuales se ha utilizado el test de Glover-Nilsson para valorar la dependencia pero únicamente la de tipo conductual como parte de la evaluación

del paciente fumador, pero no existen en nuestro medio otros estudios que hayan valorado su utilidad clínica (17).

Por otro lado, tenemos que existen diferentes cuestionarios para la evaluación de los niveles de ansiedad, dentro de los cuales tenemos al que fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad y está basado en los cuestionarios Situational Anxiety Checklist (SAC), The Physician's Desk Reference Checklist (PDR) y The Anxiety Checklist (ACL) (18).

Es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV (19).

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto" 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. No existen puntos de corte aceptados para distinguir entre población normal y ansiedad ni entre depresión y ansiedad. En estudios comparativos con las principales escalas de depresión y ansiedad (Inventario de depresión de Beck, escala de depresión de Hamilton, Escala de ansiedad de Hamilton, listado de pensamientos y escala de desesperanza), se han encontrado unos índices de correlación mayores con aquellas que valoran ansiedad, frente a las que valoran depresión, lo que avalaría su utilización para valorar ansiedad. El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25,7 (DE 11,4) y en sujetos normales 15,8 (DE 11,8). Somoza y cols. han propuesto como punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Osman en sujetos sin patología obtiene una puntuación media de 13,4 con una DE de 8,9. No obstante, no debe considerarse una medida específica de ansiedad generalizada (20, 21).

Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62. (22)

Respecto a la validez tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación (r) con la Escala de ansiedad

de Hamilton es de 0,51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,81. Por otra parte los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión, también son elevados. Con el Inventario de Depresión de Beck de 0,61 y con la Subescala de Depresión del SCL-90R de 0,62. Al analizar los elementos del test, Beck en el trabajo original encuentra dos factores principales: síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad, pudiendo obtenerse dos subescalas. Con posterioridad en propio Beck describió cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico (23).

Por lo anterior consideramos que se trata de una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como screening en población general.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de tabaco es un problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo representa la segunda causa principal de muerte en el mundo; esto supone casi cinco millones de muertes cada año. En cuanto al número mundial de fumadores, alrededor de 1 300 millones de personas consumen tabaco; casi 1 000 millones son hombres y 250 millones son mujeres

En México, según los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, indican que casi 14 millones (26.4%) de personas del área urbana entre 12 y 65 años de edad son fumadoras activas. Además, en este último año se identificó un número mayor de individuos que nunca han fumado y menos exfumadores. (24)

Otro estudio que condujo en 1997 Tapia-Conyer señala que la prevalencia de consumo de tabaco entre los médicos era de 27%, es decir, casi uno de cada tres médicos es fumador, seis de cada 10 médicos lo hacen de manera cotidiana y más de 50% fuma, en promedio, uno a cinco cigarros por día, como en la población general.(25)

En 1998 se aplicó una encuesta a los trabajadores de los Institutos Nacionales de Salud con el propósito de conocer la prevalencia de fumadores, la cual fue de 28%.(26)

A nivel internacional, se han hecho numerosos estudios sobre la relación entre el tabaquismo y la presencia de ansiedad; Hughes et. al. fueron unos de los primeros que estudiaron este fenómeno. En su estudio realizado con pacientes psiquiátricos, se encontró que en la mayoría de los trastornos las personas que los padecían fumaban significativamente más que en la población general (11).

Posteriormente, Breslau y cols. confirmaron, a través de una muestra representativa de la población general, la evidente relación entre trastornos de ansiedad y severidad de la dependencia de la nicotina (12).

En el IMSS, únicamente se han hecho estudios acerca de la incidencia de tabaquismo en trabajadores de la salud, como en el estado de Morelos, donde se entrevistó un total de 3 133 empleados, 399 médicos, 887 enfermeras y asistentes médicas 1 847 trabajadores de diversas categorías laborales. La prevalencia global de historia de tabaquismo fue de 36.6%, con una prevalencia de 53.4% (IC 95% 50.8-56.8) y 27.4% (IC 95% 25.4-29.3) en hombres y mujeres, respectivamente. El tabaquismo activo en toda la población fue de 19.2%, con una frecuencia dos veces superior en hombres que en mujeres (28.3 vs 14.4%). Entre los hombres, el tabaquismo activo en personal de enfermería fue significativamente menor al resto de trabajadores del mismo género (19.2 % vs 20.9% (médicos), 26.6% (técnicos), a 33.0% (administrativo).(27)

Por otro lado, dentro de la UMF 33, únicamente se han realizado estudios de investigación para tesis para conocer la incidencia del tabaquismo en los trabajadores, como el de Ortíz (1992) respecto a la incidencia del tabaquismo en el personal de salud, encontrándose en este estudio que de 160 personas encuestadas, un 33.75% fuma, de los cuales un 17.5% son mujeres y un 16.5% son hombres, con una media de 32 años de edad. Se observó también que un 50% de los trabajadores fumadores tiene por arriba de 10 años con el hábito tabáquico.⁽²⁸⁾

Debido a lo anterior considero fundamental la realización de un estudio de investigación que busque encontrar la asociación entre la presencia de ansiedad y la dependencia al tabaco, que debido a factores asociados como el estrés, va en aumento en la población y en los trabajadores de la salud, y por otro lado sería importante identificarla para así implementar programas de apoyo e incluso canalizar oportunamente aquellos casos que requieran atención especializada, lo cual me lleva a elaborar la siguiente pregunta:

¿Cuál es la asociación entre la presencia de ansiedad y la dependencia al tabaco en el personal adscrito a la UMF 33?

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, trasversal, descriptivo y comparativo, por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del IMSS, ubicada en la Delegación Azcapotzalco, con el objetivo de determinar la asociación entre el nivel de dependencia al tabaco y la presencia de ansiedad en los trabajadores de la UMF 33.

Del total de trabajadores adscritos a la UMF 33 (363), se incluyeron únicamente a 286 que cumplieron con los criterios de inclusión: ser personal adscrito a la UMF 33, de cualquier turno y edad, ambos géneros. Se excluyeron (77) aquellos con historia previa de trastornos de ansiedad, que no desearon participar previa información del estudio o que se encontraban de vacaciones, de incapacidad o licencia al momento de la realización de las encuestas y eliminando 14 personas por contestar los cuestionarios de manera incompleta en más de un 20%.

Previo consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario diseñado ex profeso para las variables sociodemográficas como: edad, género, estado civil, escolaridad y categoría. Así como para determinar la presencia de tabaquismo y el tiempo de consumo de tabaco.

Para evaluar la dependencia al tabaco, se realizó a través del test de Fagerström, que es un cuestionario autoaplicado que cuenta con 8 preguntas, las número 1,2,3,5,6 tienen 2 posibles respuestas a las cuales se les asigna el valor de 0 y 1, mientras que los ítems 4,7 y 8 cuentan con 3 posibles respuestas a las que se les da el valor de 0, 1 ó 2. El test de Fagerström considera que partir de un punto, los encuestados presentan dependencia al tabaco.

Posteriormente, se evaluó la presencia de ansiedad, a través del inventario de Ansiedad de Beck, tanto en los trabajadores que fuman y como en los que no lo hacen. Este instrumento es autoaplicable y consta de 21 preguntas, pudiéndose obtener un total de 0-63 puntos, por medio de 4 posibles respuestas: en absoluto (0), levemente, no me molesta mucho (1 punto), moderadamente, fue muy desagradable pero pude soportarlo (2 puntos) y severamente, casi no pude soportarlo (3 puntos). Se consideró que existía la presencia de ansiedad si se obtenía un resultado de 1 punto en adelante en este cuestionario.

El análisis de datos, se realizó a través de Excel y utilizando estadística descriptiva, se obtuvieron frecuencias, porcentajes, se elaboraron gráficas y tablas para la presentación de los resultados.

Para determinar la asociación entre variables, se calculó razón de momios (OR) y para establecer diferencias entre grupos se utilizó X^2 a través de programa estadístico EPIDAT 3.1, para lo cual se dicotomizaron arbitrariamente las siguientes variables: la edad (18-35 años y de 36 años o más) el estado civil

(casados y solteros) y para los trabajadores con hábito tabáquico, el tiempo que llevan fumando (menos 10 años o más de 10 años).

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional, nacional e institucional.

RESULTADOS

De los 363 trabajadores de la UMF 33, se incluyeron a 286 personas (78.78%), de ambos turnos, de los cuales 170 fueron del matutino y 116 del vespertino (59.4% y 40.6% de la muestra, respectivamente), (Tabla y gráfica 1) que cumplieron con los criterios de inclusión, quedando fuera del estudio 77 trabajadores (21.21%), debido a que 20 no desearon participar en él (5.5%), 5 refirieron ser tratados por trastornos de ansiedad y depresión (2 y 3 respectivamente), 14 (1.37%) no contestaron los cuestionarios de manera completa y el resto se encontraba de vacaciones, licencia o curso.

En cuanto al género, 167 participantes fueron mujeres (58.39%) y 119 hombres (41.60%). (Tabla y gráfica 2)

Respecto a la edad de los participantes, en el grupo de 18 a 35 años se encontraron 110 personas (38.46%) de 36 años o más 176 trabajadores (61.53%). (Tabla y gráfica 3)

Además, de los 286 trabajadores, 181 son casados (63%) y 105 son solteros (37%). (Tabla y gráfica 4)

En cuanto al nivel de escolaridad, de los encuestados 49 mencionaron tener un posgrado (17.13%), 41 mencionan tener una licenciatura (14.33%), 26 licenciatura incompleta (9.06%), bachillerato completo 77 (26.92%), técnico 32 (11.18%), bachillerato incompleto 38 (13.28%) y secundaria completa 23 (8.04%). (Tabla y gráfica 5)

En cuanto al puesto o categoría, 64 son médicos (22%) y el resto (222) corresponde a otras categorías (78%). (Tabla y gráfica 6)

ANSIEDAD

Del total de los trabajadores entrevistados, 49 presentaron ansiedad (17.13%), debido a que sumaron un puntaje en la evaluación de 1 punto o más, mientras que 237 (82.86%) no lo presentaron. (Tabla y gráfica 7)

De estos, 32 fueron mujeres (65%) y 17 fueron hombres (35%). (Tabla y gráfica 8)

En cuanto al grupo de edad, 9 se encontraron en el grupo de 18 a 35 años (18.36%) y 40 trabajadores (81,63%) fueron mayores de 35 años (Tabla y gráfica 8). De éstos, 38 son casados (78%) y 11 son solteros (22%). (Tabla y gráfica 9)

La escolaridad que predominó en estos participantes fue el bachillerato completo con 37 pacientes ó 75.51%, seguido del posgrado con 7 personas ó 14.28% de los

participantes, posteriormente 3 (6.12%) con secundaria completa y 2 (4.08%) con licenciatura. (Tabla y gráfica 10)

En cuanto a la categoría de los trabajadores con ansiedad, 7 (14%) fueron médicos y 42 (86%) no. (Tabla y gráfica 11)

DEPENDENCIA AL TABACO

Por otro lado, 94 personas de los participantes en el estudio mencionaron ser fumadores (32.86%), mientras que el resto (192 trabajadores ó 68.53%), mencionaron no serlo. (Tabla y gráfica 12).

Todos fueron clasificados con dependencia al tabaco (100%). (Tabla y gráfica 13)
De estos, 49 son hombres y 45 son mujeres (52.12% y 47.87% respectivamente). (Tabla y gráfica 14).

En cuanto a la edad, 36 se encontraron en el grupo de 18 a 35 años (38.29%) y 58 (61.70%) en el de 36 años o más. (Tabla y gráfica 15)

En cuanto al estado civil, 67 son casados (71.27%) y 27 son solteros (28.72%). (Tabla y gráfica 16)

Respecto al nivel de escolaridad del personal que fuma, predominó el bachillerato completo con 36 personas (42.55%), seguido del nivel técnico con 17 personas (18.08%), licenciatura con 16 trabajadores (17.02%), bachillerato incompleto con 9 personas (9.57%), secundaria completa 8 trabajadores (8.51%) y finalmente el posgrado con 8 personas con hábito tabáquico (8.51%). (Tabla y gráfica 17)

En cuanto a la categoría del personal que fuma, 9 (10%) fueron médicos y 85 (90%) correspondieron al resto de categorías. (Tabla y gráfica 18)

En cuanto a los años de hábito tabáquico de los 94 pacientes que mencionaron ser fumadores, 79 tiene menos de 10 años con hábito tabáquico (80.04%) y más de 10 años sólo 15 personas (15.95%). (Tabla y gráfica 19)

TRABAJADORES SIN DEPENDENCIA AL TABACO NI ANSIEDAD

Del total de los trabajadores encuestados (286) 143 no presentaron dependencia tabáquica ni ansiedad (50%) (Tabla y gráfico 20)

De estos, 77 (53.84) fueron hombres y 66 (46.15%) mujeres. (Tabla y gráfico 21)

En cuanto al grupo de edad 65 (45.45%) se encuentran en el de 18-35 años y 78 (54.54%) de 36 años o más. (Tabla y gráfico 22)

De estos, 76 (53.14%) son casados y 67 (46.85%) solteros. (Tabla y gráfico 23)

En cuanto a la escolaridad, 34 posgrado (23.77%), 26 licenciatura incompleta (18.18%), 23 con licenciatura completa (16.08%), 15 técnicos (10.48%), 4 con bachillerato completo (2.79%), 29 con bachillerato incompleto (27.27%) y 12 (8.39%) con secundaria completa. (Tabla y gráfico 24)

En cuanto a la categoría, 101 no fueron médicos (71%) y 42 si (29%). (Tabla y gráfico 25)

DEPENDENCIA AL TABACO Y ANSIEDAD

De los trabajadores con dependencia al tabaco (94), sólo 31 personas tuvieron ansiedad (32.97%), mientras que 63 trabajadores (67.02%) no la presentaron. (Tabla y gráfica 26)

De las 31 personas con ansiedad, 21 fueron mujeres (67.74%) y 10 hombres (32.25%). (Tabla y gráfica 27).

De los 63 trabajadores sin ansiedad, 39 fueron hombres (62%) y 24 mujeres (38%). (Tabla y gráfica 28)

Comparando ambos grupos, predominó el sexo femenino en el grupo con dependencia al tabaco y ansiedad, con 21 mujeres (67.74%), mientras que en el que hay dependencia tabáquica sin ansiedad, predominó el sexo masculino con 39 hombres (62%). (Tabla y gráfica 29)

En cuanto al grupo de edad en el grupo de dependencia al tabaco con ansiedad, 8 (25.80%) se encontraron en el rango de 18-35 años y 23 (73.19%) en el de 36 años o más (Tabla y gráfico 30).

En cuanto a la edad, 28 trabajadores con dependencia al tabaco sin ansiedad se encontraron dentro del grupo de 18 a 35 años (44%) y 35 en el de 36 años o más (56%). (Tabla y gráfica 31)

Comparando ambos grupos, en los dos predominó el grupo de edad de 36 años o más, 23 trabajadores en el grupo de dependencia al tabaco con ansiedad y 35 en el de dependencia al tabaco sin ansiedad. (Tabla y gráfica 32)

En cuanto al género, en el grupo de dependencia al tabaco con ansiedad, 23 mencionaron ser casados (74.19%) y 8 son solteros (25.80%). (Tabla y gráfico 33)

Por otro lado, en el grupo de dependencia al tabaco sin ansiedad, 44 (70%) mencionaron ser casados y 19 solteros (30%). (Tabla y gráfica 34)

Comparando ambos grupos, en los 2 predominó el grupo de trabajadores casados, con 23 personas (74.19%) en el de dependencia al tabaco con ansiedad y 44 en el de dependencia sin ansiedad 44 personas (70%). (Tabla y gráfica 35).

La escolaridad que predominó en los participantes con dependencia al tabaco y ansiedad fue el bachillerato completo con 21 pacientes, que equivalen a un 67.74%, seguido del posgrado con 4 personas (12.90%), posteriormente 3 con secundaria completa (9.67%) y 3 con licenciatura (9.67%). (Tabla y gráfico 36)

En cuanto al nivel de escolaridad, los participantes con dependencia al tabaco sin ansiedad 15 mencionaron tener bachillerato completo (24%), 14 con bachillerato incompleto (22%), 13 con licenciatura (21%), 12 nivel técnico (19%), 5 secundaria completa (8%) y 4 posgrado (6%). (Tabla y Gráfica 37)

Comparando ambos grupos, en los 2 predominó bachillerato completo, con 21 pacientes en el de dependencia al tabaco y ansiedad (67.74%) y 15 en el de tabaquismo sin ansiedad (24%). (Tabla y gráfico 38)

En cuanto a la categoría de los trabajadores con dependencia tabáquica con ansiedad, 28 (90%) no fueron médicos, y 3 sí (10%). (Tabla y gráfico 39)

Por otra lado, en el grupo de dependencia tabáquica sin ansiedad, 6 fueron médicos (10%) y 57 (90%) estuvieron dentro de otras categorías. (Tabla y gráfica 40)

Comparando ambos grupos, predominaron los trabajadores con categorías no médicas, en el de dependencia tabáquica con ansiedad fueron 28 personas (90%) y en el de dependencia tabáquica sin ansiedad 57 personas (90%). (Tabla y gráfica 41)

Respecto al tiempo de hábito tabáquico en los trabajadores con dependencia al tabaco y ansiedad, 28 personas mencionaron tener menos de 10 años (90.32%), y más de 10 años sólo 3 trabajadores (9.67%). (Tabla y gráfico 42)

Por otro lado, en el grupo de trabajadores con dependencia al tabaco sin ansiedad, 51 mencionaron tener menos de 10 años (80.95%) y 12 más de 10 años con hábito tabáquico (19.04%). (Tabla 43)

Comparando ambos grupos, predominó el de menos de 10 años, con 28 personas en el de dependencia al tabaco y ansiedad (90.32%) y 12 en el de dependencia al tabaco sin ansiedad (80.95%). (Tabla y gráfica 44).

Se calculó el riesgo observado por medio de razón de momios (OR) para cada uno de los factores asociados, entre los dos grupos, el que tiene dependencia tabáquica con ansiedad y el que no la presenta.

Tomando en cuenta que la edad con mayor riesgo de presentar tabaquismo es la de mayor a 36 años de edad, se calculó para esta factor una OR de 1.01, con un intervalo de confianza al 95% de 0.60-1.67, X^2 de 0.0016, $p= 0.96$ (Tabla 45).

Con respecto al género masculino como factor de riesgo para tabaquismo, se calculó una OR de 1.13, con un intervalo de confianza del 95% de 0.69-1.86, X^2 de 0.25, $p= 0.61$ (Tabla 45).

De acuerdo al estado civil casado como factor de riesgo para tabaquismo, se calculó una OR de 1.69, con un intervalo de confianza del 95% 0.99-2.88, X^2 de 3.84, $p= 0.04$.

Referente a la categoría médicos como grupo de mayor riesgo para tabaquismo, se calculó una OR de 0.30, con un intervalo de confianza del 95% del 0.14-0.66, X^2 de 9.9, $p= 0.0016$.

Respecto a la presencia de ansiedad como factor de riesgo para tabaquismo, se calculó una OR de 3.17, con intervalo de confianza del 95% de 1.89-5.33, X^2 a 19.83, $p= 0.0000$.

TABLA 1

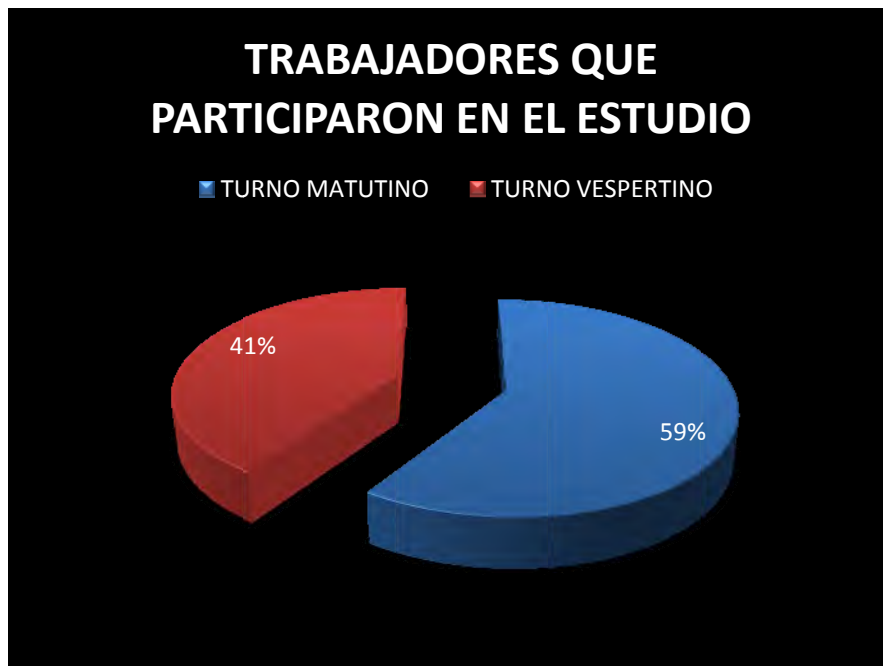
Total de trabajadores que participaron en el estudio

TURNO	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
MATUTINO	170	59
VESPERTINO	117	41

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 1

Total de trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 2

Distribución por género de todos los trabajadores que participaron en el estudio

GÉNERO	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
HOMBRES	167	58
MUJERES	119	42

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 2

Distribución por género de todos los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 3

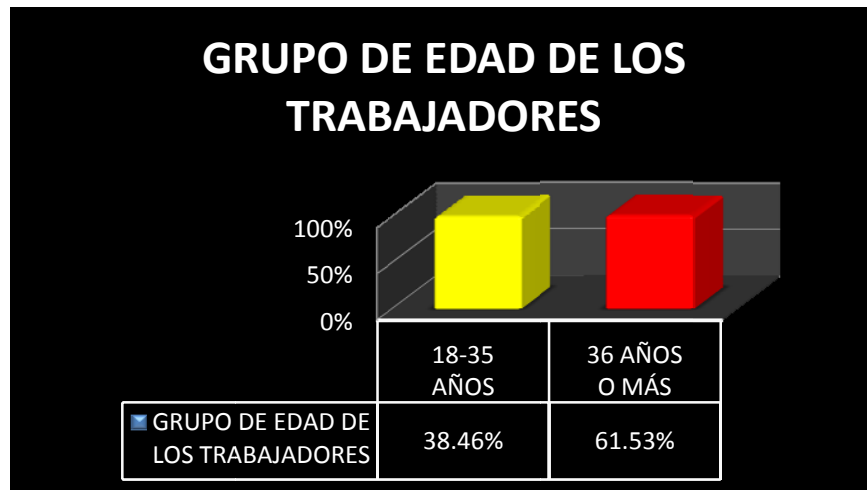
Distribución por grupos de edad de los trabajadores de la UMF 33 que participaron en el estudio

GRUPO DE EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
18 A 35 AÑOS	110	38.46
36 AÑOS O MÁS	176	61.53

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRAFICA 3

Distribución por grupos de edad de los trabajadores de la UMF 33 que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 4

Distribución por estado civil de los trabajadores que participaron en el estudio

ESTADO CIVIL	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
CASADOS	181	63
SOLTEROS	105	37

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 4

Distribución por estado civil de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 5

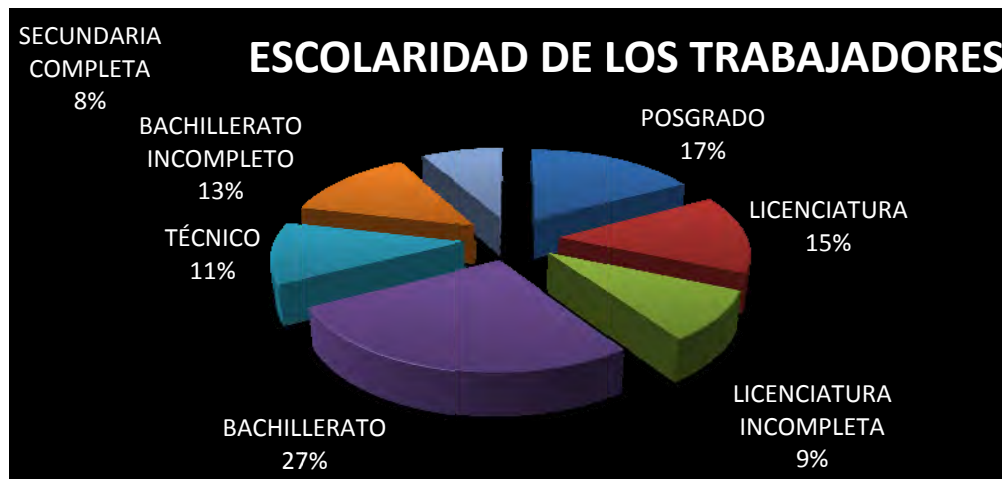
Distribución de acuerdo a la escolaridad de los trabajadores que participaron en el estudio

ESCOLARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
POSGRADO	49	17
LICENCIATURA	41	15
LICENCIATURA INCOMPLETA	26	9
BACHILLERATO	77	27
TÉCNICO	32	11
BACHILLERATO INCOMPLETO	38	13
SECUNDARIA COMPLETA	23	8

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRAFICA 5

Distribución de acuerdo a la escolaridad de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 6

Distribución de acuerdo a la categoría de los trabajadores que participaron en el estudio

CATEGORÍA	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
MÉDICOS	64	22
NO MÉDICOS	222	78

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 6

Distribución de acuerdo a la categoría de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 7

Distribución de Ansiedad en los trabajadores que participaron en el estudio

ANSIEDAD	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
SI	49	17
NO	237	83

Fuente: Evaluación de Cuestionario Inventario de Beck aplicados en los trabajadores de la UMF 33 que participaron en el estudio

GRÁFICA 7

Distribución de Ansiedad en los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Evaluación de Cuestionario Inventario de Beck aplicados en los trabajadores de la UMF 33 que participaron en el estudio

TABLA 8

Distribución de ansiedad por género en los trabajadores que participaron en el estudio

GÉNERO	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
HOMBRES	17	65
MUJERES	32	35

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 8

Distribución de ansiedad por género en los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 9

Distribución de ansiedad por grupos de edad en los trabajadores que participaron en el estudio

GRUPOS DE EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
18 A 35 AÑOS	9	18
36 AÑOS O MÁS	40	82

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 9

Distribución de ansiedad por grupos de edad en los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 10

Distribución de ansiedad de acuerdo a la escolaridad en los trabajadores que participaron en el estudio

ESCOLARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
BACHILLERATO COMPLETO	37	76%
POSGRADO	7	14%
SECUNDARIA COMPLETA	3	6%
LICENCIATURA	2	4%

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 10

Distribución de ansiedad de acuerdo a la escolaridad en los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 11

Distribución de ansiedad de acuerdo a la categoría de los trabajadores que participaron en el estudio

CATEGORÍA	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
MEDICOS	7	86
NO MEDICOS	42	14

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 11

Distribución de ansiedad de acuerdo a la categoría de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 12

Distribución del tabaquismo en los trabajadores que participaron en el estudio

TABAQUISMO	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
SI	94	67%
NO	192	33%

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 12

Distribución del tabaquismo en los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 13

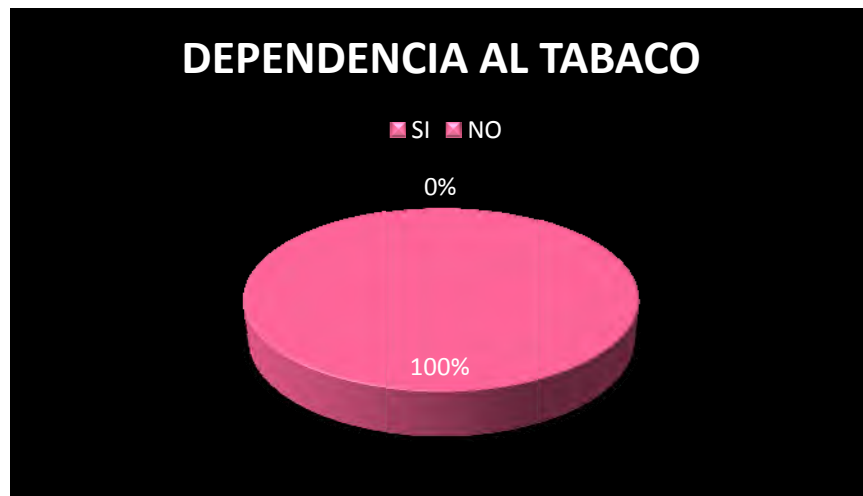
Distribución de la dependencia al tabaco en los trabajadores que participaron en el estudio

DEPENDENCIA AL TABACO	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
SI	94	100
NO	0	0

Fuente: Encuesta Cuestionario de Fageström para evaluar la dependencia al tabaco

GRÁFICA 13

Distribución de la dependencia al tabaco en los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta Cuestionario de Fageström para evaluar la dependencia al tabaco

TABLA 14

Distribución por género de la dependencia al tabaco en los trabajadores que participaron en el estudio

GÉNERO	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
HOMBRES	49	52
MUJERES	45	48

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 14

Distribución por género de la dependencia al tabaco en los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 15

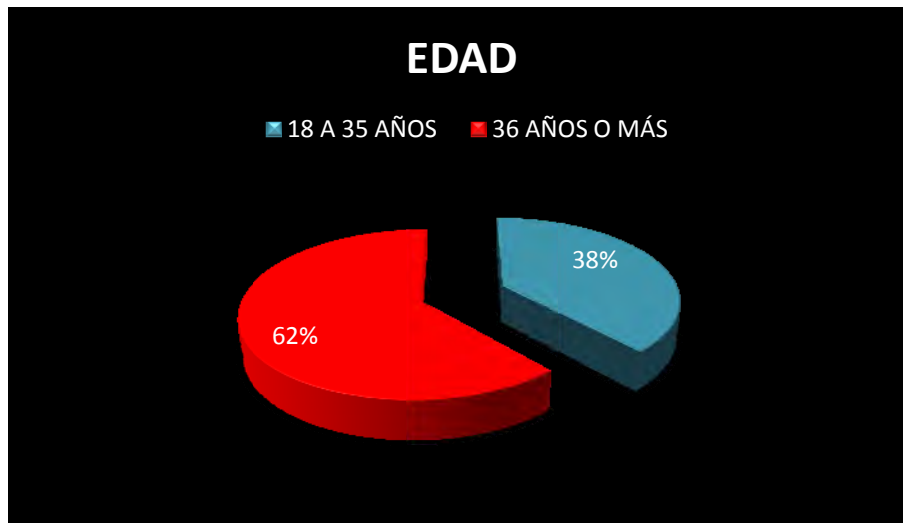
Distribución de la dependencia al tabaco de acuerdo al grupo de edad en los trabajadores que participaron en el estudio

GRUPOS DE EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
18 A 35 AÑOS	36	38
36 AÑOS O MÁS	58	62

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 15

Distribución de la dependencia al tabaco de acuerdo al grupo de edad en los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 16

Distribución de la dependencia al tabaco de acuerdo al estado civil de los trabajadores que participaron en el estudio

ESTADO CIVIL	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
CASADOS	67	71
SOLTEROS	27	27

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 16

Distribución de la dependencia al tabaco de acuerdo al estado civil de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 17

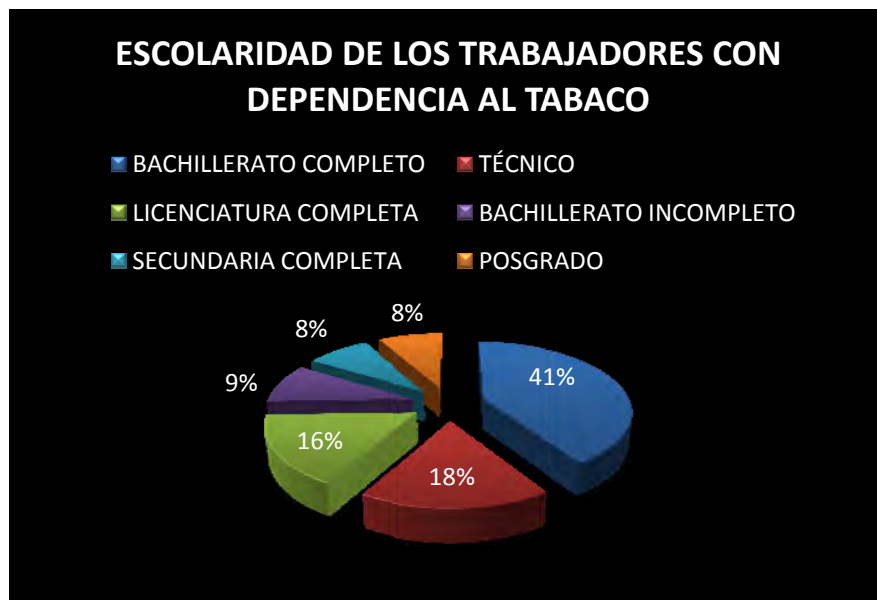
Distribución de la dependencia al tabaco de acuerdo a la escolaridad en los trabajadores que participaron en el estudio

ESCOLARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
BACHILLERATO COMPLETO	36	41
TÉCNICO	17	18
LICENCIATURA COMPLETA	16	16
BACHILLERATO INCOMPLETO	9	9
SECUNDARIA COMPLETA	8	8
POSGRADO	8	8

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 17

Distribución de la dependencia al tabaco de acuerdo a la escolaridad en los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 18

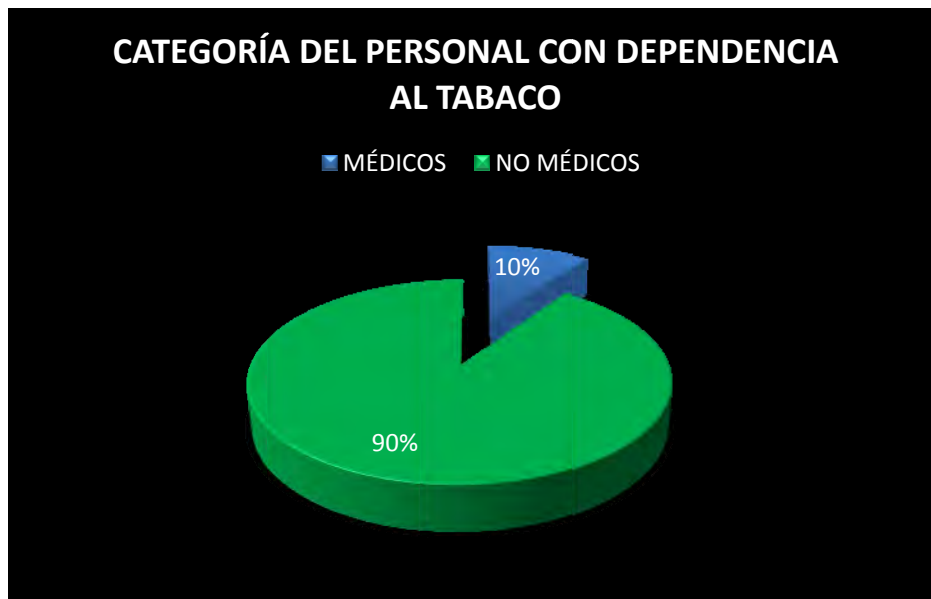
Distribución de la dependencia al tabaco de acuerdo a la categoría de los trabajadores que participaron en el estudio

CATEGORÍA	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
MÉDICOS	85	90
NO MÉDICOS	9	10

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 18

Distribución de la dependencia al tabaco de acuerdo a la categoría de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 19

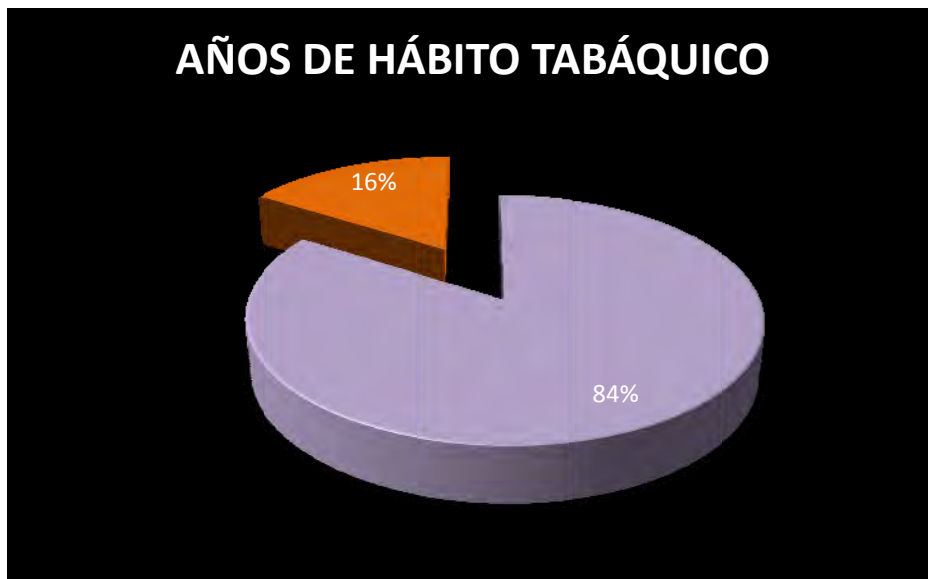
Distribución de dependencia al tabaco de acuerdo a los años de hábito tabáquico en los trabajadores que participaron en el estudio

TIEMPO DE HABITO TABÁQUICO	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
MENOS DE 10 AÑOS	79	84
MÁS DE 10 AÑOS	15	16

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 19

Distribución de dependencia al tabaco de acuerdo a los años de hábito tabáquico en los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 20

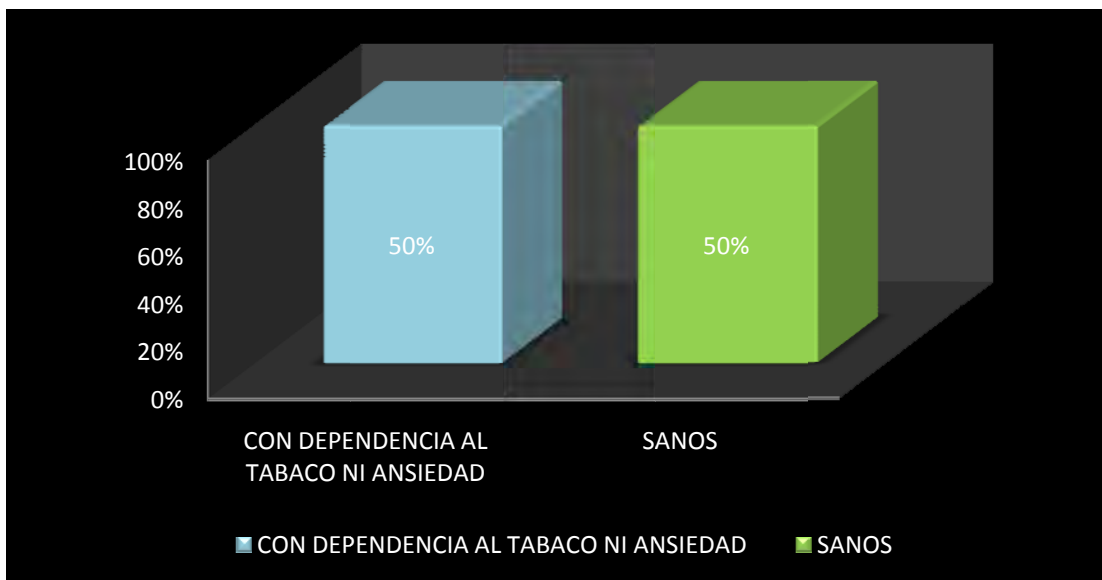
Distribución de acuerdo a la presencia de ansiedad o dependencia tabáquica en los trabajadores que participaron en el estudio

TOTAL DE TRABAJADORES	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
CON DEPENDENCIA AL TABACO Y/O ANSIEDAD	143	50
SANOS	143	50

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33 y Evaluación de Cuestionario Inventario de Beck aplicados en los trabajadores de la UMF 33

GRÁFICA 20

Distribución de acuerdo a la presencia de ansiedad o dependencia tabáquica en los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33 y Evaluación de Cuestionario Inventario de Beck aplicados en los trabajadores de la UMF 33

TABLA 21

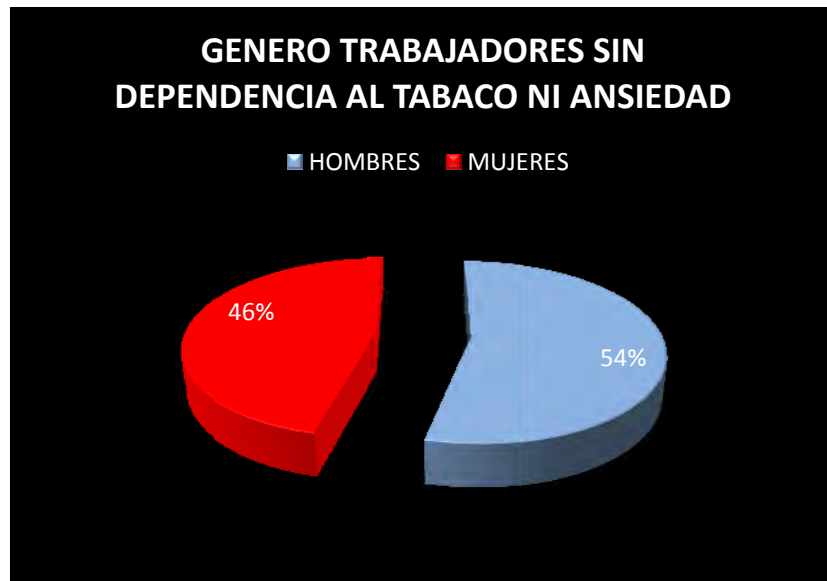
Distribución de acuerdo al género de los trabajadores sin ansiedad ni dependencia tabáquica que participaron en el estudio

GÉNERO	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
HOMBRES	77	54
MUJERES	66	46

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 21

Distribución de acuerdo al género de los trabajadores sin ansiedad ni dependencia tabáquica que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 22

Distribución por grupos de edad de los trabajadores sin ansiedad ni dependencia tabáquica que participaron en el estudio

GRUPOS DE EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
18 A 35 AÑOS	65	55
36 AÑOS O MÁS	78	45

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 22

Distribución por grupos de edad de los trabajadores sin ansiedad ni dependencia tabáquica que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 23

Distribución por estado civil de los trabajadores sin ansiedad ni dependencia tabáquica que participaron en el estudio

GRUPOS DE EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
CASADOS	76	53
SOLTEROS	67	47

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 23

Distribución por estado civil de los trabajadores sin ansiedad ni dependencia tabáquica que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 24

Distribución por escolaridad de los trabajadores sin ansiedad ni dependencia tabáquica que participaron en el estudio

ESCOLARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
POSGRADO	34	23.77
LICENCIATURA INCOMPLETA	36	18.18
LICENCIATURA COMPLETA	23	16.08
TÉCNICOS	15	10.48
BACHILLERATO COMPLETO	4	2.79
BACHILLERATO INCOMPLETO	29	27.27
SECUNDARIA COMPLETA	12	8.39

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 24

Distribución por escolaridad de los trabajadores sin ansiedad ni dependencia tabáquica que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 25

Distribución por categoría de los trabajadores sin ansiedad ni dependencia tabáquica que participaron en el estudio

CATEGORÍA	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
MÉDICOS	42	29
NO MÉDICOS	101	71

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 25

Distribución por categoría de los trabajadores sin ansiedad ni dependencia tabáquica que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 26

Distribución de la dependencia al tabaco de acuerdo a la presencia de ansiedad en los trabajadores que participaron en el estudio

DEPENDENCIA AL TRABAJO	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
CON ANSIEDAD	31	33
SIN ANSIEDAD	63	67

Fuente: Evaluación de Cuestionario Inventario de Beck aplicados en los trabajadores de la UMF 33 que participaron en el estudio y Encuesta Cuestionario de Fageström para evaluar la dependencia al tabaco

GRÁFICA 26

Distribución de la dependencia al tabaco de acuerdo a la presencia de ansiedad en los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Evaluación de Cuestionario Inventario de Beck aplicados en los trabajadores de la UMF 33 que participaron en el estudio y Encuesta Cuestionario de Fageström para evaluar la dependencia al tabaco

TABLA 27

Distribución de acuerdo al género de la dependencia al tabaco asociada a ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio

GÉNERO	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
HOMBRES	10	32
MUJERES	21	68

Fuente: Evaluación de Cuestionario Inventario de Beck aplicados en los trabajadores de la UMF 33 que participaron en el estudio y Encuesta Cuestionario de Fageström para evaluar la dependencia al tabaco

GRÁFICA 27

Distribución de acuerdo al género de la dependencia al tabaco asociada a ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Evaluación de Cuestionario Inventario de Beck aplicados en los trabajadores de la UMF 33 que participaron en el estudio y Encuesta Cuestionario de Fageström para evaluar la dependencia al tabaco

TABLA 28

Distribución por género de la dependencia al tabaco sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio

GÉNERO	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
HOMBRES	39	62
MUJERES	24	38

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 28

Distribución por género de la dependencia al tabaco sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 29

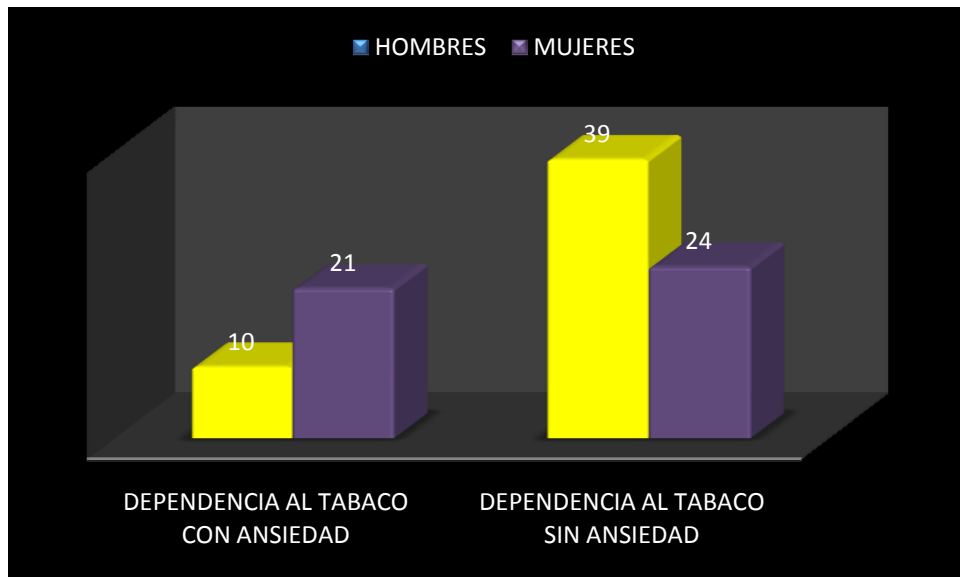
Distribución por género de la dependencia al tabaco con y sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio (Comparativas)

GÉNERO	DEPENDENCIA AL TABACO CON ANSIEDAD	PORCENTAJE	DEPENDENCIA AL TABACO SIN ANSIEDAD	PORCENTAJE
HOMBRES	10	67.74%	39	62%
MUJERES	21	32.25%	24	38%

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 29

Distribución por género de la dependencia al tabaco con y sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio (Comparativas)



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 30

Distribución por grupo de edad de la dependencia al tabaco asociada a ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio

GRUPOS DE EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
18 A 35 AÑOS	8	26
36 AÑOS O MÁS	23	74

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 30

Distribución por grupo de edad de la dependencia al tabaco asociada a ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 31

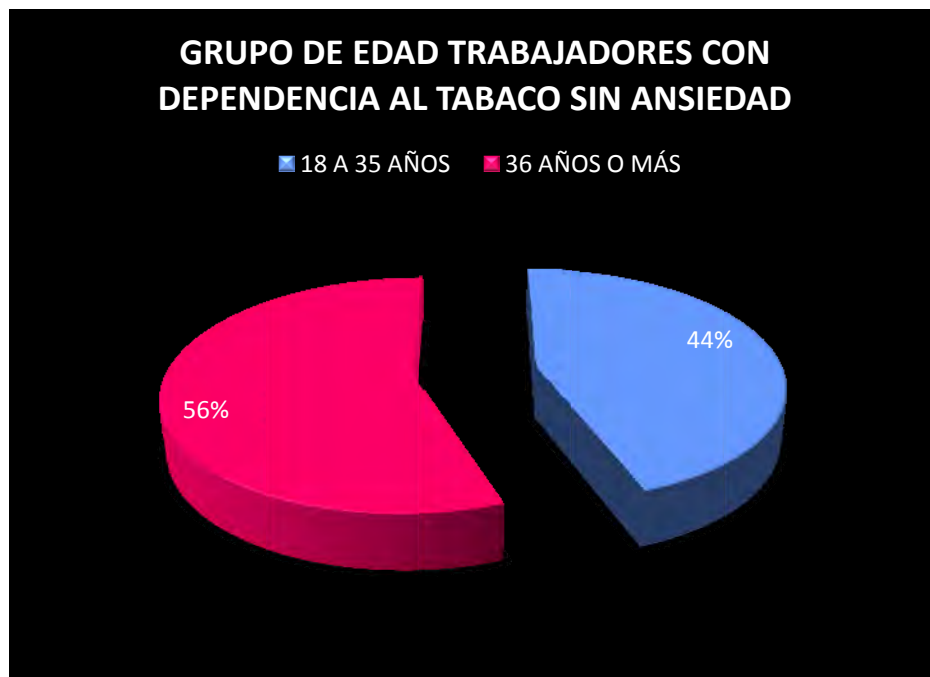
Distribución por grupos de edad de la dependencia al tabaco sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio

GRUPOS DE EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
18 A 35 AÑOS	28	44
36 AÑOS O MÁS	35	56

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 31

Distribución por grupos de edad de la dependencia al tabaco sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 32

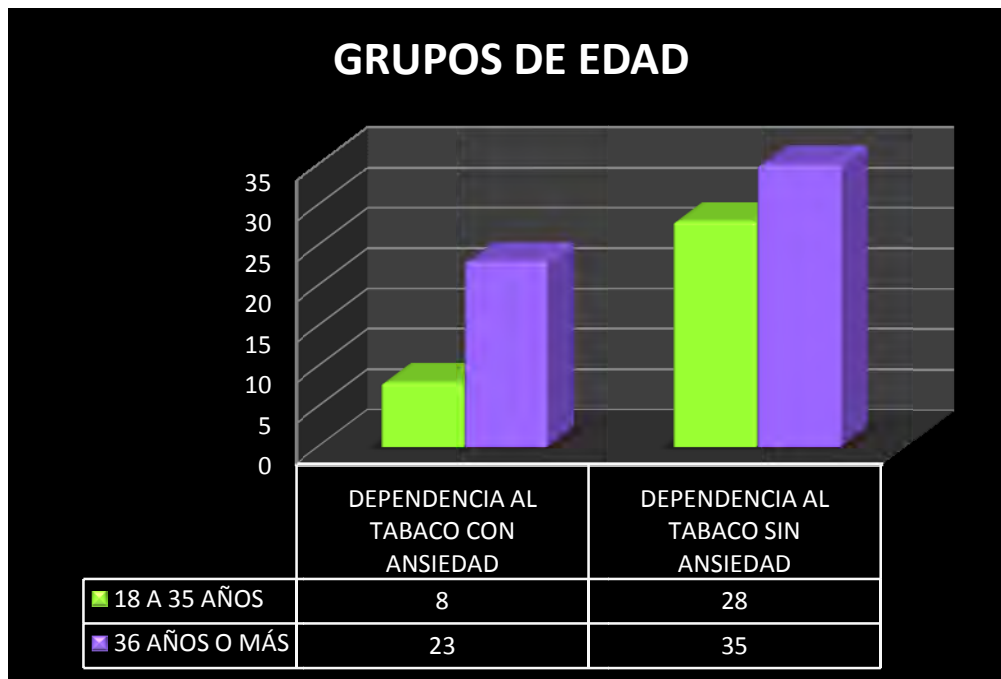
Distribución por grupos de edad de la dependencia al tabaco con y sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio (Comparativas)

GRUPOS DE EDAD	DEPENDENCIA AL TABACO CON ANSIEDAD	PORCENTAJE (%)	DEPENDENCIA AL TABACO SIN ANSIEDAD	PORCENTAJE (%)
18 A 35 AÑOS	8	26	28	44
36 AÑOS O MÁS	23	74	35	56

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 32

Distribución por grupos de edad de la dependencia al tabaco con y sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio (Comparativas)



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 33

Distribución por estado civil de la dependencia al tabaco asociada a ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio

ESTADO CIVIL	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
CASADOS	23	74
SOLTEROS	8	26

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 33

Distribución por estado civil de la dependencia al tabaco asociada a ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 34

Distribución de acuerdo al estado civil de la dependencia al tabaco sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio

ESTADO CIVIL	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
CASADOS	44	70
SOLTEROS	19	30

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 34

Distribución de acuerdo al estado civil de la dependencia al tabaco sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF

TABLA 35

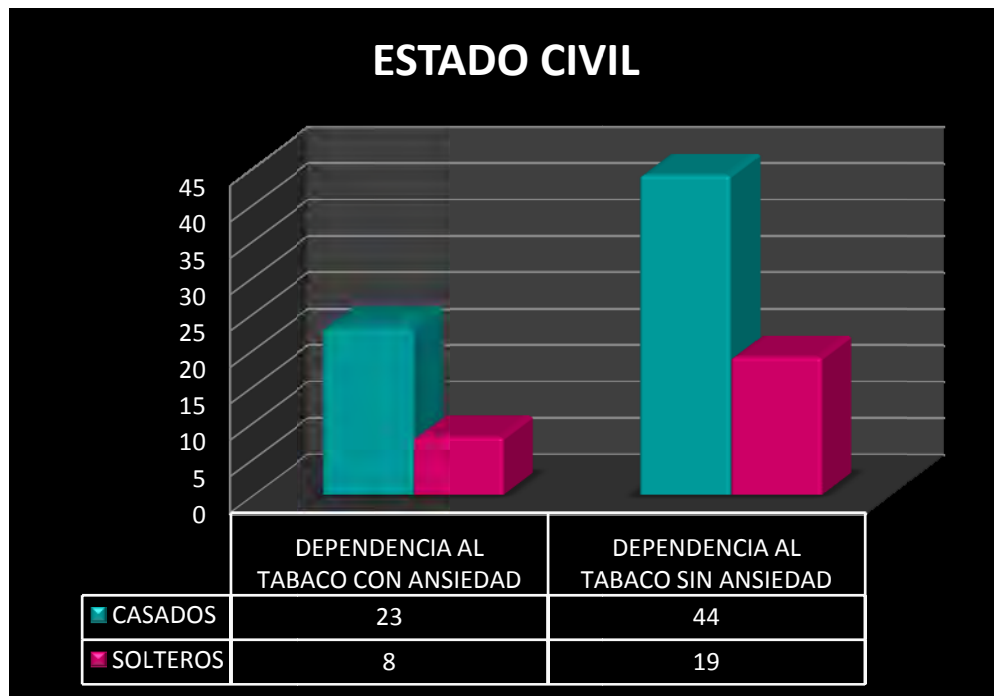
Distribución de acuerdo al estado civil de la dependencia al tabaco con y sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio (Comparativas)

ESTADO CIVIL	DEPENDENCIA AL TABACO CON ANSIEDAD	PORCENTAJE (%)	DEPENDENCIA AL TABACO SIN ANSIEDAD	PORCENTAJE (%)
CASADOS	23	74	44	70
SOLTEROS	8	26	19	30

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 35

Distribución de acuerdo al estado civil de la dependencia al tabaco con y sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio (Comparativas)



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 36

Distribución por escolaridad de la dependencia al tabaco asociada a ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio

ESCOLARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
BACHILLERATO COMPLETO	21	67.74
POSGRADO	4	12.9
SECUNDARIA COMPLETA	3	9.57
LICENCIATURA	3	9.57

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 36

Distribución por escolaridad de la dependencia al tabaco asociada a ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 37

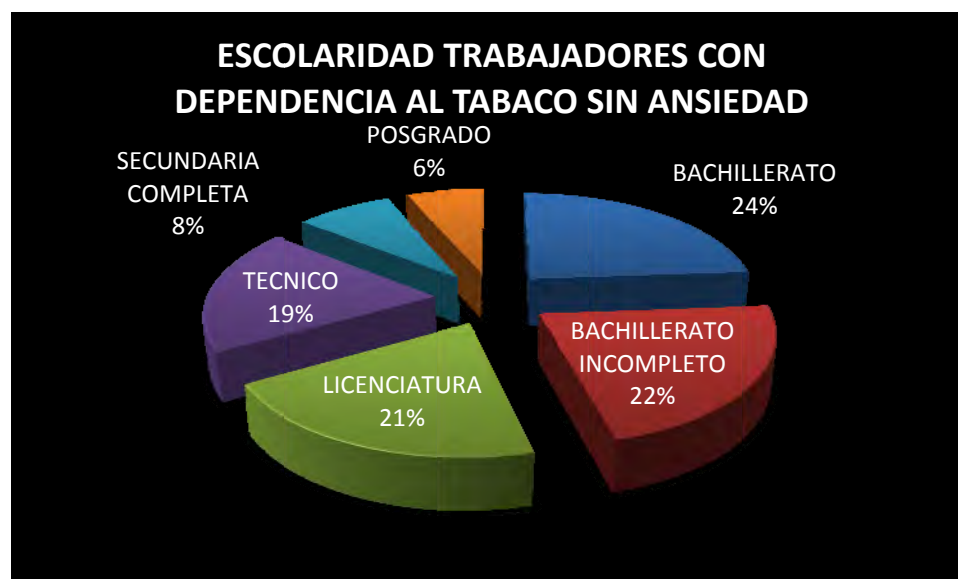
Distribución por escolaridad de la dependencia al tabaco sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio

ESCOLARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
BACHILLERATO	15	24
BACHILLERATO INCOMPLETO	14	22
LICENCIATURA	13	21
TÉCNICO	12	19
SECUNDARIA COMPLETA	5	8
POSGRADO	4	6

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 37

Distribución por escolaridad de la dependencia al tabaco sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 38

Distribución por escolaridad de la dependencia al tabaco en ambos grupos, con y sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio

ESCOLARIDAD	DEPENDENCIA AL TABACO CON ANSIEDAD	PORCENTAJE (%)	DEPENDENCIA AL TABACO SIN ANSIEDAD	PORCENTAJE (%)
BACHILLERATO COMPLETO	21	67.74	15	24
POSGRADO	4	12.9	4	6
SECUNDARIA COMPLETA	3	9.57	5	8
LICENCIATURA	3	9.57	13	21
TÉCNICO	0	0	12	19
BACHILLERATO INCOMPLETO	0	0	14	22

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 38

Distribución por escolaridad de la dependencia al tabaco de ambos grupos, con y sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 39

Distribución por categoría de la dependencia al tabaco asociada a ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio

CATEGORÍA	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
MÉDICOS	3	10
NO MÉDICOS	28	90

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 39

Distribución por categoría de la dependencia al tabaco asociada a ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 40

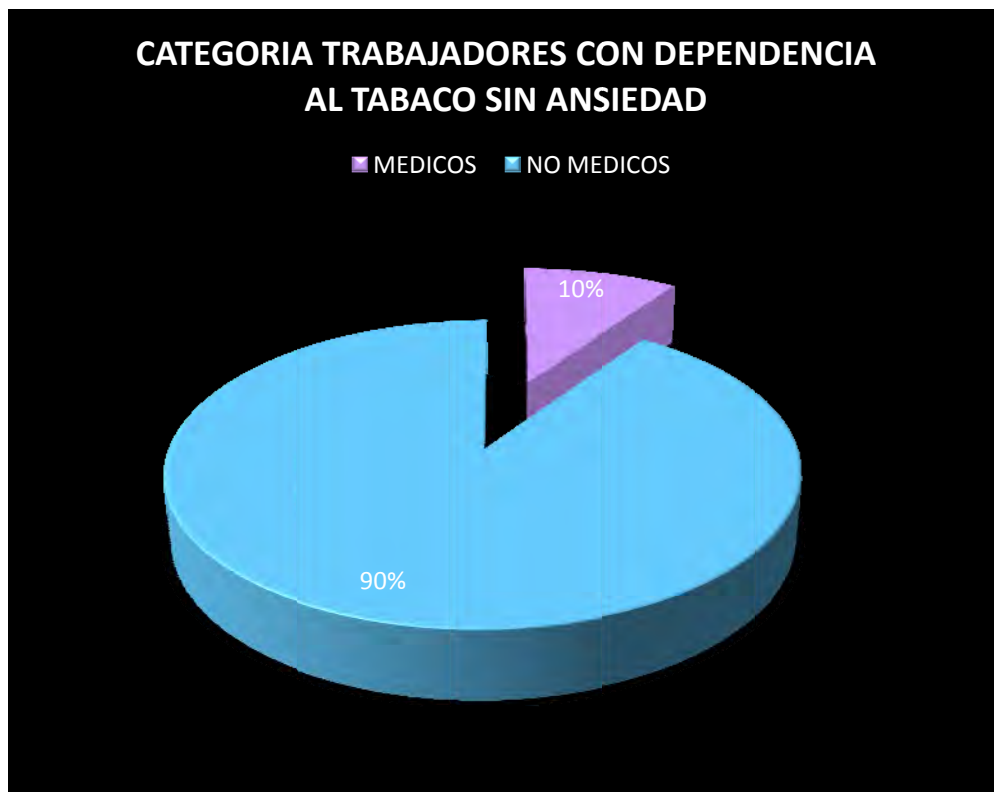
Distribución por categoría de la dependencia al tabaco sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio

CATEGORÍA	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
MÉDICOS	6	10
NO MÉDICOS	57	90

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 40

Distribución por categoría de la dependencia al tabaco sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 41

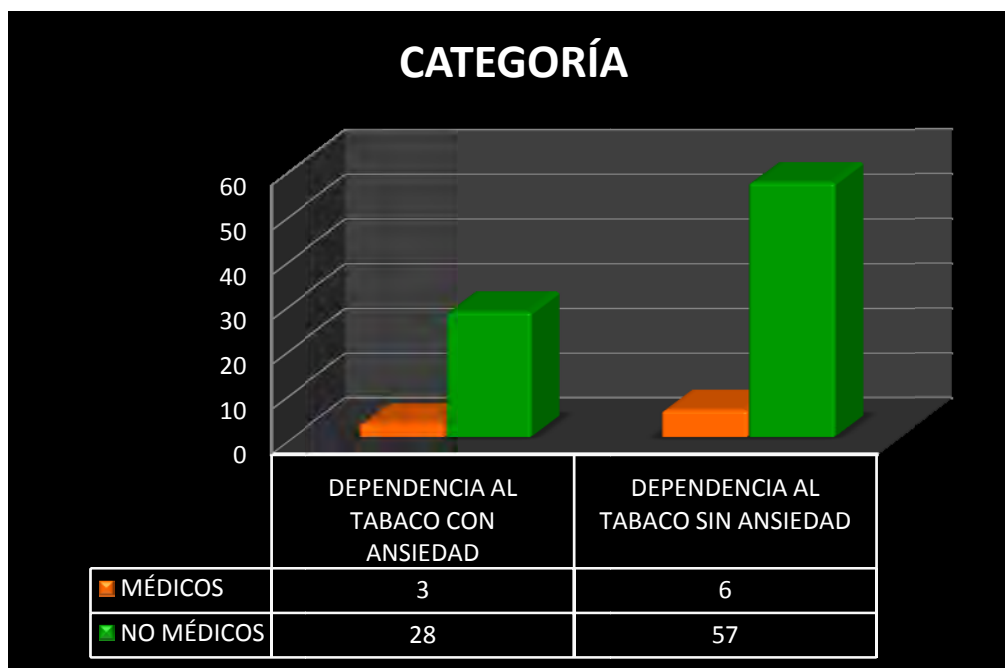
Distribución por categoría de la dependencia al tabaco en ambos grupos, con y sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio (Comparativos)

CATEGORÍA	DEPENDENCIA AL TABACO CON ANSIEDAD	PORCENTAJE (%)	DEPENDENCIA AL TABACO SIN ANSIEDAD	PORCENTAJE (%)
MÉDICOS	3	10	6	10
NO MÉDICOS	28	90	57	90

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRAFICA 41

Distribución por categoría de la dependencia al tabaco en ambos grupos, con y sin ansiedad de los trabajadores que participaron en el estudio (Comparativos)



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 42

Distribución por tiempo de hábito tabáquico en los trabajadores con dependencia al tabaco asociada a ansiedad que participaron en el estudio

TIEMPO HÁBITO TABAQUICO	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
MENOS DE 10 AÑOS	3	10
MÁS DE 10 AÑOS	28	90

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 42

Distribución por tiempo de hábito tabáquico en los trabajadores con dependencia al tabaco asociada a ansiedad que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 43

Distribución de la dependencia al tabaco sin ansiedad de acuerdo al tiempo de hábito tabáquico de los trabajadores que participaron en el estudio

TIEMPO HÁBITO TABÁQUICO	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
MENOS DE 10 AÑOS	51	80.95
MÁS DE 10 AÑOS	12	19.04

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 43

Distribución de la dependencia al tabaco sin ansiedad de acuerdo al tiempo de hábito tabáquico de los trabajadores que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 44

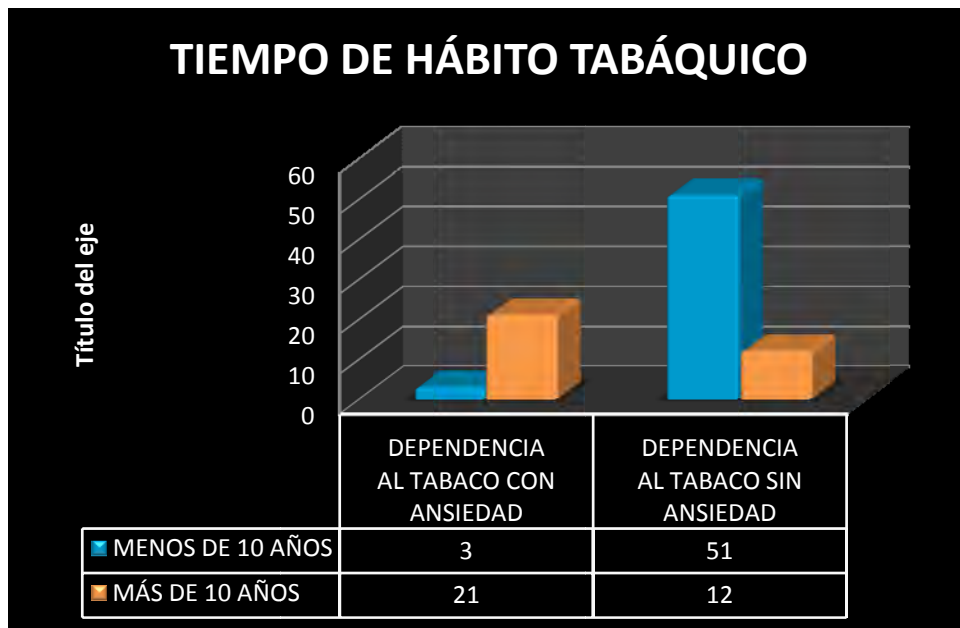
Distribución de la dependencia al tabaco en ambos grupos, con y sin ansiedad de acuerdo al tiempo de hábito tabáquico de los trabajadores que participaron en el estudio (Comparativos)

TIEMPO DE HÁBITO TABÁQUICO	DEPENDENCIA AL TABACO CON ANSIEDAD	PORCENTAJE (%)	DEPENDENCIA AL TABACO SIN ANSIEDAD	PORCENTAJE (%)
MENOS DE 10 AÑOS	3	10	51	80.95
MÁS DE 10 AÑOS	28	90	12	19.04

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

GRÁFICA 44

Distribución de la dependencia al tabaco en ambos grupos, con y sin ansiedad de acuerdo al tiempo de hábito tabáquico de los trabajadores que participaron en el estudio (Comparativos)



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en el personal de la UMF 33

TABLA 45

Factores sociodemográficos asociados con la dependencia al tabaco con y sin ansiedad

Significancia clínica y estadística de los factores asociados a la dependencia tabáquica con y sin la presencia de ansiedad							
Factor Asociado		Con tabaquismo	Sin tabaquismo	OR	IC del 95%	X2	p
Edad	>36 años	58	118	1.01	0.60-1.67	0.0016	0.96
	18 a 35 años	36	74				
Género	Hombres	49	94	1.13	0.69-1.86	0.25	0.61
	Mujeres	45	98				
Estado Civil	Casados	67	114	1.69	0.99-2.88	3.84	0.04
	Solteros	27	78				
Categoría	Médicos	9	49	0.30	0.14-0.66	9.9	0.0016
	No Médicos	85	143				
Ansiedad	Con ansiedad	49	49	3.17	1.89-5.33	19.83	0.0000
	Sin ansiedad	45	143				

OR razón de momios, IC 95% (intervalo de confianza al 95%), Probabilidad al 0.05.
Fuente: Encuestas aplicadas a los trabajadores de la UMF 33 "El Rosario"

DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó la asociación entre la presencia de ansiedad y la dependencia al tabaco en el personal adscrito de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, utilizando el inventario de Ansiedad de Beck para evaluar la presencia de ansiedad y del test de Fagerström para determinar la dependencia al tabaco.

En nuestro estudio se encontró una incidencia de tabaquismo de un 32.86%, porcentaje que se encuentra por arriba comparado con el de otros estudios nacionales, como la Encuesta Nacional de Adicciones, que señaló una prevalencia de tabaquismo de 26.4% y el estudio que se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social por Arenas, Jasso, Hernández, Martínez, Menjivar (1994) en los Institutos Nacionales de Salud, fue de 22% (2004) reportó una prevalencia de tabaquismo de 25.3%; 11 en otro estudio en el 2004 la prevalencia fue de 29% en 1997. Por lo anterior, se observó que a nivel nacional la incidencia de tabaquismo es más baja que en este estudio.

Con respecto al género en los trabajadores con dependencia al tabaco, predominó el sexo masculino (52.12%), congruente de otros estudios realizados, como el de Betancourt y Navarro (2001), donde se encontró una distribución por géneros del 42.9 por ciento del género masculino y 16.3 por ciento del género femenino, así como el de Salmerón, Arillo, Campuzano, López, Lazcano (2002) donde el tabaquismo activo en toda la población fue de 19.2%, con una frecuencia dos veces superior en hombres que en mujeres (28.3 vs 14.4%). En relación a la asociación existente entre el género masculino como factor de riesgo para tabaquismo, se encontraron un OR 1.13, IC del 95% de 0.69-1.86, X^2 0.25, $p=0.61$, por lo cual no tiene significancia clínica ni estadística, es decir, que en el presente estudio se observó que los trabajadores del género masculino es de muy bajo riesgo para tabaquismo comparado con las mujeres, probablemente relacionado a que nuestra muestra en su mayor parte esta formado por personal del sexo femenino.

En los pacientes con tabaquismo se encontró que el grupo de edad que predominó fue el de 36 años o más, con un 61.53%, encontrándose por arriba de bibliografía consultada (Betancourt, Navarro, 2001), donde se reportó una incidencia del 47%. En relación a la asociación existente entre la edad mayor a 36 años como factor de riesgo para tabaquismo, se encontró que no existe asociación (OR de 1.01, IC del 95% de 0.60-1.67, X^2 de 0.0016, $p=0.96$).

Por otro lado, se encontró que en los trabajadores con dependencia tabáquica, predominan los del grupo de casados, con un 71.27%, que coincide con otros estudios realizados como el de García, Fernández, San Cristóbal de Lorenzo (2007), donde se encontró que existe mayor proporción de casados (64%) en una población de fumadores. En nuestro estudio, no se encontró una asociación (OR 1.69, IC del 95% de 0.99-2.88, X^2 3.84, $p=0.04$) clínica ni estadísticamente

significativa, únicamente que en nuestra muestra predominó más el personal que es casado.

En cuanto a la categoría del personal con dependencia al tabaco, predominó el grupo de no médicos, con un 90%, contrario a lo encontrado en otros estudios como el de Arenas, Jasso, Hernández, Martínez, Menjivar (1998) en la Universidad de Guanajuato, el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Nacional de enfermedades respiratorias, que informaron una prevalencia del 43.1% en médicos y de 29.3% en el resto del personal de salud. También tenemos otros estudios como el de Morales, González, Hoy, Cortés (2002) en el IMSS, en el Estado de Morelos, donde se demostró por el contrario, que el tabaquismo activo en personal médico fue significativamente menor al resto de trabajadores (19.2 % vs 20.9% (enfermeras), 26.6% (técnicos), a 33.0% (administrativo).

En este sentido, encontramos que no existe una asociación (OR 0.30, IC del 95% de 0.14-0.66, X^2 de 9.9 y $p=0.0016$), es decir, en nuestro sólo predominaron los trabajadores de categorías no médicas.

Por otro lado, en cuanto a la relación existente entre la ansiedad y la dependencia tabáquica, se encontró que existe en un 32.97% de los pacientes fumadores, además de que el 100% de los trabajadores que presentaron ansiedad tuvieron dependencia al tabaco.

En relación a la asociación existente entre la ansiedad y la dependencia tabáquica en nuestro estudio, se encontró fuerte asociación con significancia clínica y estadística (OR 3.17, IC del 95% de 1.89-5.33, X^2 19.83 y $p=0.0000$), es decir, los trabajadores con dependencia al tabaco tienen 2.17 veces más riesgo de presentar ansiedad.

Lo anterior es congruente con numerosos estudios realizados a nivel internacional sobre la relación entre el tabaquismo y la presencia de ansiedad; Hughes et. al. fueron unos de los primeros que estudiaron este fenómeno. En su estudio realizado con pacientes psiquiátricos, se encontró que el porcentaje de fumadores con trastorno de ansiedad fue de un 47%.

Posteriormente, Breslau y cols. (2005) confirmaron, a través de una muestra representativa de la población general, la evidente relación entre trastornos de ansiedad y severidad de la dependencia de la nicotina.

En el estudio de González et. al. (1998), encontraron que son los fumadores que tienen una ansiedad-estado más alta respecto a los que sólo han probado los cigarrillos y los que nunca los han probado (medias de 31,66, 29,26 y 28,03, respectivamente). En ansiedad-rasgo ocurre lo mismo, siendo la mayor puntuación la de los fumadores (38,04), respecto a los que han probado cigarrillos (33,54) y los que nunca los han probado (34,15).

Audrain et.al. (1998) encontraron una clara relación entre ansiedad-rasgo y dependencia de la nicotina, en una muestra de 200 fumadores que participaron en

un tratamiento psicológico para dejar de fumar, encontramos relaciones entre ansiedad y fumar. Concretamente, aparece una diferencia significativa en ansiedad-estado a los 12 meses de seguimiento entre los abstinentes y los fumadores, obteniendo los abstinentes una puntuación menor que los fumadores (34,4 vs. 37,0).

CONCLUSIONES

La frecuencia de ansiedad en trabajadores con dependencia tabáquica encontrada en el presente estudio fue de un 32.86%, mayor a la encontrada en estudios nacionales

Con respecto al género en los trabajadores con tabaquismo, predominó el sexo masculino (52.12%), y en relación a la asociación existente entre el género masculino como factor de riesgo para tabaquismo, se encontró que no existe una asociación clínica ni estadísticamente hablando.

En los pacientes con tabaquismo se encontró que el grupo de edad que predominó fue el de 36 años o más, con un 61.53%, encontrándose por arriba de los estudios revisados. En relación a la asociación existente entre la edad mayor a 36 años como factor de riesgo para tabaquismo, se encontró que no existe asociación clínica ni estadística.

Por otro lado, se encontró que en los trabajadores con hábito tabáquico, predominan los del grupo de casados, con un 71.27%, sin que exista una asociación clínica y estadísticamente significativa.

En cuanto a la categoría del personal que fuma, predominó el grupo de no médicos, con un 90%. Además, se encontró que no existe una asociación estadísticamente significativa, es decir, que el ser médico no implica, al menos en nuestra muestra un mayor riesgo para tener dependencia tabáquica.

Por otro lado, en cuanto a la relación existente entre la ansiedad y la dependencia tabáquica, se encontró que existe en un 32.97% de los pacientes fumadores, además de que el 100% de los trabajadores que presentaron ansiedad tuvieron dependencia al tabaco.

En relación a la asociación existente entre la ansiedad y la dependencia tabáquica en nuestro estudio, se encontró significancia clínica y estadística, es decir, los trabajadores que fuman tienen 2.17 veces más riesgo de presentar ansiedad.

Se concluye que la frecuencia de ansiedad en los trabajadores con dependencia al tabaco es alta, por lo que habrá que poner mayor atención aquellos trabajadores en quienes se identifique la presencia de ansiedad, para así realizar una intervención precoz y evitar la presencia no solo de esta enfermedad, sino de otras entidades comórbidas.

Sugerencias:

- 1) Identificar a los trabajadores con hábito tabáquico y de acuerdo a cada caso en particular, proporcionar atención oportuna y canalizarlo para su atención especializada principalmente con el objetivo de que abandonen el hábito tabáquico.
- 2) Implementar estrategias para lograr disminuir el nivel de estrés laboral en los trabajadores, como lo serían espacios como pausa para la salud y grupos de autoayuda para el manejo del estrés, con la finalidad de reducir el riesgo para entidades psicopatológicas como lo es la ansiedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Betancourt L, Navarro RJ. Tabaquismo. Panorama actual y perspectivas. *Rev Mex Cardiol* 2001; 12 (2): 85-93.
2. Maya M. Tabaquismo en trabajadores de la salud. *Cir Ciruj* 2007;75:239-240
3. Boggio S, Barragán A. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. Editorial Panamericana. Buenos Aires 2001;236-244
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical, manual of mental disorders: DSM-IV*. 4th Ed. Washington, DC: APA;1994
5. Recoña E, Vazquez FL. *Psicopatología del tabaquismo*. *Trastornos adictivos* 2003; 1:27-33.
6. Zeballos ZJ. Las adicciones, un reto para los servicios de salud. *Higiene* 1997; 5: 8-11.
7. Guzmán MR, Palomero M, Grajales AG. Bases biológicas de la adicción a la nicotina. *Psiquis* 1998; 7: 45-51.
8. Sansores RH, Ramírez VA, Espinosa MM, Jaime Villalba C. Exposición pasiva al humo de tabaco en los Institutos Nacionales de Salud en México. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2000; 13 (2): 96-100.
9. Prevalencia de consumo de cigarrillo en pacientes de la consulta psiquiátrica de Bucaramanga. Campo A, Díaz LA, Rueda GE, Rueda M, Farelo D. *Colomb Med* 2004; 35:69-74
10. Becoña E, y Míguez M. Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicoconc* 2004; 1(1): 99-112.
11. Hughes JR. Clonidine, depression and smoking cessation. *JAMA* 2003; 254: 290
12. Breslau N, Kilbery MM, Andreski P. Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. *Arch Gen Psychiat* 2005; 48:1069-74.
13. Arenas ML, Jasso VR, Hernández TI, Martínez PC, Menjivar RA. Prevalencia de tabaquismo de médicos y enfermeras en los estados de Morelos y Guanajuato *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*. 2004; 17; 4: 261-265.

14. Pomerleau CS. Co-factors for smoking and evolutionary psychobiology. *Addiction*; 2007; 92: 397-408.
15. García SJM, Fernández BJ, San Cristóbal de Lorenzo SE. Tratamiento psicofarmacológico de la dependencia nicotínica. *Gac Med Bilbao* 2007; 97: 87-92
16. Nerín A, Crucelaegu P, Novella A, Beamonte N, Sobradie V, Bernal P, G. Evaluación de la dependencia psicológica mediante el test de Glover-Nilsson en el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 2005;41(9):493-8
17. Fagerstrom KO, Scheneider NG. Mesuring nicotine dependence: a review of Fagestrom Tolerance Questionaire. *Journal of Behavioral Medicine* 1989; 12 (2): 159-182
18. Comeche MI, Díaz MI, Vellejo MA. Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales. Fundación Universidad-Empresa. Madrid, 1995.
19. American Psychiatric Association. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, 2000.
20. Somoza E, Steer RA, Beck AT, Clark DA. Differentiating major depression and panic disorders by self-report and clinical rating scales: ROC analysis and information theory. *Behav Res Ther* 1994; 32(7): 771-82.
21. Osman A, Kooper BA, Barrios F, Osman JR, Wade T. The Beck Anxiety Inventory: Reexamination of Factor Structure and Psychometric Properties. *J of Clin Psychol* 1997; 53(1): 7-14.
22. De Beurs E, Wilson KA, Chambless DL, Goldstein AJ, Feske U. Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorders and agoraphobia. *Depress Anxiety* 1997; 6(4): 140-6.
23. Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders* 1991; 5: 213-23.
24. Morales KPA, González RJF, Hoy MJ, Cortés RM. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Publica Mex* 2006;48 supl 1:S91-S98.
25. Tapia-Conyer R, Cravioto P, Rosa B *et al*. Cigarette smoking; knowledge and attitudes among Mexican physicians. *Salud Publica Mex* 1997; 39:507-512.

26. Sansores RH, Villalba CJ, Herrera KL, et al. Prevalence of cigarette smoking among employees of the Mexican National Institutes of Health. *Salud Pública Mex* 1999; 41:381-388.
27. Salmerón CJ, Arillo S E, Campuzano RJC, López AFJ, Lazcano PEC. Tabaquismo y profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. *Salud Pública Mex* 2002; 44 supl 1:S67-S75.
28. Ortíz DA. Conocimiento de los empleados de la UMF 33 sobre las repercusiones en la salud por el tabaquismo, 1992.
29. González C, Navarro JI, Salvador L. Factores psicosociales que intervienen en la adquisición del comportamiento tabáquico. *Rev Latinoam Psicol* 1998; 130: 49-66.
30. Audrain J, Lerman C, Gomez-Caminero A, Boyd NR, Orleans CT. The role of trait anxiety in nicotine dependence. *J Appl Biobehav Res* 1998; 3: 29-42.

ANEXOS



ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FOLIO ()

FECHA: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Asociación entre el nivel de dependencia al tabaco y la presencia de ansiedad en el personal fumador adscrito a la UMF 33" registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud.

El objetivo del estudio es: Determinar la asociación entre la ansiedad y la dependencia tabáquica en el personal adscrito a la UMF 33.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Estudiar la asociación entre la presencia de tabaquismo y ansiedad y por otro lado identificar factores de riesgo para los mismos, principalmente en los trabajadores de la salud, para así implementar programas de apoyo e incluso canalizar aquellos casos que requieran atención especializada de manera oportuna.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte el trato que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del trabajador

Dra. Mónica Enriquez Neri Mat. 5399548
Nombre, firma y matrícula del investigador

Testigo

Testigo

ANEXO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 NOROESTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

CUESTIONARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL ESTUDIO:

"Asociación entre la presencia de ansiedad y la dependencia al tabaco en el personal fumador adscrito a la UMF 33"

Instrucciones: Lea atentamente las siguientes preguntas, y anote los datos que se le piden:

1. Edad: _____ años
2. Género: Masculino _____ Femenino _____
3. Estado Civil: _____
4. Escolaridad:
 - a) Primaria _____
 - b) Secundaria _____
 - c) Bachillerato incompleto _____
 - d) Bachillerato completo _____
 - e) Técnico _____
 - f) Licenciatura incompleta _____
 - g) Licenciatura completa _____
 - h) Posgrado _____
5. Categoría
(puesto): _____

A continuación, se presentan una serie de preguntas, señale con una "X" en el último recuadro de acuerdo a la respuesta que considere más adecuada según su situación actual

6. Usted fuma: SI _____ NO _____
7. ¿Cuántos años lleva fumando? _____ años

ANEXO 3

A continuación, se le realizará una serie de preguntas acerca del consumo de tabaco, indique con una cruz el recuadro que corresponda más a su situación actual:

1. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?	Menos de 30 minutos	<input type="checkbox"/>
	Más de 30 minutos	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene problemas para no fumar en lugares donde está prohibido hacerlo (cines, hospitales, etc)?	SI	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>
3. ¿Qué cigarrillo le costaría más quitar?	El primero de la mañana	<input type="checkbox"/>
	Cualquier otro	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	15 o menos	<input type="checkbox"/>
	16 a 25	<input type="checkbox"/>
	26 o más	<input type="checkbox"/>
5. ¿Fuma más durante las primeras horas del día que en el resto del día?	SI	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>
6. ¿Fuma cuando está enfermo, en la cama?	SI	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>
7. ¿Cuál es el nivel de nicotina de su marca de cigarrillos?	0.9 mg O MENOS	<input type="checkbox"/>
	1-1.2 mg	<input type="checkbox"/>
	1.3 mg O MÁS	<input type="checkbox"/>
8. ¿Inhala el humo del cigarrillo?	NUNCA	<input type="checkbox"/>
	A VECES	<input type="checkbox"/>
	SIEMPRE	<input type="checkbox"/>

ANEXO 4

A continuación, se le realizará una serie de preguntas acerca de algunos síntomas o molestias, lea cada una de ellas atentamente e indique cuánto le ha afectado en la última semana, incluyendo el día de hoy:

PREGUNTA	EN ABSOLUTO	LEVEMENTE, NO ME MOLESTA MUCHO	MODERADAMENTE, FUE MUY DESAGRADABLE PERO PUDE SOPORTARLO	SEVERAMENTE, CASI NO PUDE SOPORTARLO
1. Hormigueo o entumecimiento				
2. Sensación de calor				
3. Temblor en las piernas				
4. Incapacidad de relajarse				
5. Miedo a que suceda lo peor				
6. Mareo o aturdimiento				
7. Palpitaciones o taquicardia				
8. Sensación de inestabilidad o inseguridad física				
9. Terrores				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblores de manos				
13. Temblor generalizado o estremecimiento				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Sobresaltos				
18. Molestias digestivas o abdominales				
19. Palidez				
20. Rubor facial				
21. Sudoración (no debida al calor)				