



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
"EL ROSARIO"**



NIVEL DE DEPRESIÓN Y TABAQUISMO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33.

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. FLORES DEL VALLE SHIRLEY MARIA
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR:

**DRA. DIANA MARIA SAYAGO AGUILAR
ASESORA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 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.

ASESORA DE TESIS

**DRA. DIANA MARIA SAYAGO AGUILAR
ASESORA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 33 EL ROSARIO**

AUTORIZACIONES

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA
ENCARGADA DE LA COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR NO.33 “EL ROSARIO”

**DRA. HAYDEE
MARTINI BLANQUEL**
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
NO.33 “EL ROSARIO”

AUTORA DE TESIS

DRA. SHIRLEY MARIA FLORES DEL VALLE

MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33 “EL ROSARIO”

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS A DIOS

“Encomienda al Señor tus afanes, y él te sostendrá” Gracias por haberme permitido concluir esta etapa de mi vida a pesar de las dificultades que se presentaron. Gracias por mi familia y gracias por haberme permitido conocer gente maravillosa.

GRACIAS A MI ESPOSO

Oscar gracias porque siempre has sido un apoyo para mi en todo momento me apoyaste en todo, por haber vivido todo esto junto a mi, por aguantar desvelos y darme ese tiempo sin reproches, eres la persona que siempre quiero a mi lado y TE AMO MUCHO.

GRACIAS A MIS PADRES

Marco y Paty muchas gracias por todo, son una bendición y un ejemplo en mi vida, sin ustedes y su apoyo no seria lo que he logrado hasta ahora. Gracias por darme su tiempo y haber vivido todo esto junto a mí. LOS AMO MUCHO.

GRACIAS A MI HERMANA

Carly aparte de mi hermana eres mi mejor amiga, gracias por cuidarme y preocuparte por mi, siempre has sido un ejemplo a seguir y esta etapa no fue la excepción, gracias por el apoyo que me has dado siempre, porque sin el esto hubiera sido mas difícil. TE AMO MUCHO.

GRACIAS A MIS SUEGROS

Al Dr. Leal y a la Maestra María de Lourdes muchas gracias porque siempre me han apoyado y han compartido esta parte de mi vida. Los quiero mucho.

GRACIAS A MIS AMISTADES

“Un amigo nunca te dice lo que quieres tu quieres escuchar, te dice la verdad y lo que es mejor para ti”

Gracias a todos mis amigos por ser un gran apoyo en esta parte de mi vida, doy gracias por los que conocí en la residencia ya que vivimos cosas muy importantes y que nunca se van a olvidar.

GRACIAS

Agradezco a la Dra. Diana María Sayago Aguilar mi asesor por haberme apoyado y tener el tiempo para trabajar conmigo.

GRACIAS

Agradezco a la Dra. Mónica Sánchez Corona mi Jefe de Enseñanza por apoyarme y darme su tiempo durante la realización de esta tesis.

INDICE

RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	9
ANTECEDENTES	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
MATERIAL Y MÉTODOS	22
RESULTADOS	23
TABLAS Y GRÁFICAS	24
DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES	33
BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXOS	37

RESUMEN

NIVEL DE DEPRESIÓN Y TABAQUISMO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33.

Dra. Shirley María Flores del Valle¹, Dra. Diana Maria Sayago Aguilar²

Introducción. Se ha encontrado una fuerte asociación entre dependencia a la nicotina y depresión. Sólo algunos estudios analizan la depresión en relación al consumo de sustancias en los profesionales de la salud. **Objetivo** Identificar el nivel de depresión y su relación con el tabaquismo en los residentes de medicina familiar de la UMF 33. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo, transversal, prolectivo y observacional en 45 residentes de medicina familiar adscritos a la UMF 33. Se aplicó el cuestionario diseñado ex profeso.

Incluyendo aspectos sociodemográficos, Test de Fargestrom, patrón de consumo, y Escala de Beck. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de la información. **Resultados** Mayor hábito tabáquico en mujeres con un 77.77%, con índice de patrón de consumo de 1. En la UMF 33 no se identifica depresión relacionada al hábito tabáquico, únicamente se obtuvo 1 caso de depresión leve, y el resto de los fumadores cursa con altibajos normales esperados. **Conclusiones** Se demostró que en los médicos residentes de la UMF 33 no existe comorbilidad tabaquismo-depresión. Esto de gran importancia ya que es un ejemplo visual de actitudes y comportamientos, no solo en su familia, sino para toda la población. Consideramos que el médico residente debe recibir terapia psicológica, durante su formación, como una manera obligatoria y preventiva. **Palabras clave:** **Depresión, Hábito tabáquico, Patrón de consumo.**

¹Med.Red.3er.Año

²Med.Fam,U.M.F.N°33

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una intoxicación crónica que se produce por el abuso del tabaco. El concepto también se utiliza para nombrar a la adicción al tabaco que suele provocarse por la nicotina. Se trata de una enfermedad crónica sistémica que pertenece al conjunto de las adicciones y que es una de las principales causas de mortalidad evitable en todo el mundo. ¹

La depresión es una enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.²

El tabaquismo es una adicción que enfrentan casi 1.250 millones de personas a nivel mundial, ocasiona once mil muertes al día y más de cuatro millones anualmente, de las cuales la tercera parte ocurre en países en vías de desarrollo.³

El consumo de tabaco es la primera causa prevenible de muerte prematura y enfermedad en todo el mundo. En la actualidad, más de 5 millones de personas mueren cada año debido a enfermedades relacionadas con el tabaco y se estima que causará cerca de 8 millones anuales para 2030. A pesar que las tendencias actuales están cambiando, la mayoría de estas muertes ocurrirán en países en desarrollo.⁴

En México, 15.9% (10.9 millones) de los adultos son fumadores actuales, 24.8% de los hombres (8.1 millones) y 7.8% (2.8% millones) de las mujeres. El 48% de los fumadores actuales son fumadores diarios. El 99% de los hombres y 96% de mujeres fuman cigarrillos manufacturados. Entre los fumadores diarios de cigarrillos, en promedio, los hombres fuman 9.7 cigarrillos por día y las mujeres 8.4. La edad de inicio de fumar entre los fumadores diarios de 18-43 años fue de 16.3 años para los hombres y 16.8 años para las mujeres. En general, 0.3% de los hombres y 0.3% de las mujeres en la actualidad consumen algún producto de tabaco sin humo.⁴

El consumo del tabaco es un problema serio de salud pública en nuestro país. En México existen más de 16 millones de fumadores que en 10 años tendrán 45% de probabilidades de tener alguna enfermedad respiratoria.

En estudios previos sobre prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes, se observa que el tabaquismo ha afectado similarmente a hombres y mujeres (49 y 47%, respectivamente). Además de existir factores asociados al consumo de tabaco.¹²

Puede considerarse que la prevalencia de consumo de tabaco en la población usuaria de los servicios del IMSS es elevada, y señala un problema de salud pública vigente.⁵

Uno de los factores que afectan y que se ven afectado por el consumo de alcohol y de drogas es el trabajo de los individuos. Asimismo, el tipo de ocupación tiene gran influencia en los niveles de consumo, esto es, algunos trabajos pueden propiciar en mayor o menor grado el consumo de sustancias tóxicas para la salud. Una de las áreas laborales que se pueden ver seriamente afectadas por el consumo de estas sustancias es la que abarca a los trabajadores del sector salud.

11

Se sabe que tanto el inicio como el mantenimiento de la conducta tabáquica están asociados no sólo a los efectos producidos por la dependencia física a la nicotina, sino también a los efectos sobre el estado de ánimo de quienes consumen tabaco, en los que alivia las sensaciones de malestar producidas por la depresión. Se ha encontrado una fuerte asociación entre dependencia a la nicotina y depresión mayor y muchas veces la depresión precede al inicio en el consumo de tabaco. Tanto en adultos como en adolescentes con depresión severa y ansiedad, se ha encontrado historia de tabaquismo, con lo que la depresión es una de las alteraciones del estado de ánimo más frecuentes en los fumadores y el consumo de cigarros suele ser mayor en pacientes deprimidos que en los emocionalmente estables.¹²

En estas condiciones, la suspensión del consumo favorece el aumento de los síntomas depresivos y eventualmente la recaída en el consumo de cigarro. Por lo tanto, la nicotina es utilizada para tratar o prevenir los síntomas de ansiedad y probablemente la cantidad de cigarros fumados por el paciente, así como el grado de adicción, estén asociados a la depresión. La descarga de una sustancia como la betaendorfina inducida por la nicotina provoca la reducción de la ansiedad y la tensión. Se propone que la nicotina libera epinefrina y norepinefrina, sustancias que inducen estados de ansiedad característicos en algunos de estos trastornos, por lo que los fumadores tienden a autorregular el consumo de la nicotina en función de su estado de ánimo a través de la cantidad de bocanadas, de la profundidad y duración de ellas.¹²

En México, se sabe que 85.6% de los fumadores presenta síntomas leves de depresión, mientras que 14.4% restante manifiestan sintomatología más grave.¹⁶ El mismo estudio plantea que existe relación entre estos síntomas con el género, con mayor vulnerabilidad en las mujeres, y con el grado de consumo, donde tienden a presentar mayor sintomatología depresiva aquellos con un consumo mayor durante el día.¹²

En 20 años, la depresión se convertirá en la enfermedad que más padecerán los seres humanos, superando al cáncer y los trastornos cardiovasculares. Según la organización, este trastorno mental será el mayor problema de salud para las sociedades, tanto económica como socialmente. Según la OMS, actualmente más de 450 millones de personas están directamente afectadas por algún trastorno o discapacidad mental, y la mayoría de éstas viven en los países en desarrollo. Tanto es así que en 2030 la depresión será, entre todos los trastornos de salud, el que causará la mayor carga de salud.⁷

En México, una de cada cinco personas padece depresión, y sólo una de cada 10 recibe atención. Según el censo de 2005 realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en México viven 103.3 millones de personas en México, por lo que la afirmación implicaría que cerca de 20 millones 660 mil mexicanos padecen depresión. Esto implicaría que México alberga el 17% del total de personas con depresión en el mundo, ya que este padecimiento afecta a 121 millones de personas en toda la Tierra, según un informe de la Organización Mundial de Comercio.⁶

La depresión es una enfermedad crónica recurrente que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social. Se estima que entre 60 y 80% de las personas con depresión pueden ser tratadas mediante terapia breve y el uso de antidepresivos. Sin embargo, sólo entre 25% y 10% de las personas que la padecen reciben tratamiento. Este trastorno es ya la principal causa de invalidez en el mundo, siendo 121 millones de personas las que padecen esta enfermedad.⁸

La depresión y los sentimientos de desesperanza se han asociado con enfermedades como el cáncer, incluso después de ajustes estadísticos para el hábito de fumar. Las personas que desarrollan depresión en edades tempranas tienen 18 veces mayor probabilidad de desarrollar dependencia a las drogas.⁸

Se sabe que el episodio depresivo mayor presenta un primer incremento alrededor de los 17 años, un segundo pico aproximadamente a los 32 años y por último un tercer pico a los 65 años.⁸

En los últimos años se ha reportado una fuerte relación entre el tabaquismo y la depresión. Se sabe que las personas con historia de depresión son más susceptibles a fumar.⁸

Algunos factores que facilitan que una persona se involucre en el consumo de drogas y, en general en conductas problemáticas son: el medio ambiente que rodea al sujeto la desorganización social, alta disponibilidad de drogas, tensión, estrés y la angustia generadas por las demandas del rol que desempeña el sujeto. Tanto el área laboral como el tipo de ocupación de los individuos son factores de riesgo en el consumo de alcohol y drogas y tiene gran influencia en los niveles de consumo. Asimismo, la familia, las amistades y el ámbito de estudio juegan un papel central.¹¹

El problema del consumo de sustancias tóxicas para la salud en el área laboral de los individuos es de suma importancia, tanto por el daño personal, físico y psicológico que este consumo causa al sujeto, a su familia y a sus compañeros de trabajo, como por las graves consecuencias y problemas que puede ocasionar en el desempeño de las labores cotidianas. Algunos estudios han demostrado que los médicos residentes reportan mayor consumo de drogas de diferentes tipos que los jóvenes de su edad. (Hughes, 1992; Baptista y Uzcategui, 1993; Miller y cols., 1978). Se ha demostrado también que el estrés laboral afecta directamente el estado emocional del sujeto produciendo alteraciones tales como depresión, ansiedad y síntomas somáticos Billings y Moos, 1981; Pearling y cols., 1978). Otras investigaciones confirman la relación entre ambos factores, esto es, la relación entre usuarios y tipo de trabajo (Kendell, 1986).¹¹

Los médicos residentes se enfrentan cotidianamente con situaciones de alto nivel de estrés, que los horarios de trabajo son altamente desgastantes y variables y que tienen fácil acceso a medicamentos y drogas.¹¹

La actitud ejemplar del médico es un asunto de credibilidad. Las intervenciones para el control y prevención del tabaquismo resultan más eficaces, si los profesionales sanitarios en general y los médicos en particular, constituyen un sector sensibilizado y motivado. Además la influencia del médico fumador es negativa, porque le resta credibilidad a su mensaje cuando realiza el consejo de “no fumar” en un ambiente de humo.¹⁴

En México sólo existen estudios que se han enfocado a indagar sobre la adicción al tabaco, encontrándose prevalencias que van de 22 hasta 33.3%. Uno de esos estudios se realizó entre personal que labora en los Institutos Nacionales de Salud, y la mayor prevalencia de adicción al tabaco entre estos profesionales se encontró en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.¹³

CARRERA DEL FUMADOR

Podemos considerar la existencia de varias etapas en el proceso de transformación no fumadora en fumadora:

a) preparación/iniciación, b) habituación y mantenimiento/adicción.¹⁷

Preparación/iniciación

Según esta secuencia la preparación y la anticipación conducen en ocasiones a probar el primer cigarrillo (iniciación), acto a veces seguido de la experimentación repetida, posiblemente con frecuencia suficiente como para la adquisición del hábito (habituación) y para la intervención de una serie de procesos adictivos (mantenimiento). En general, en cada una de las etapas el número de adolescentes que pasa a la siguiente se reduce. Es decir, aunque son numerosos Los jóvenes que experimentan con el tabaco, en teoría podrían no llegar a convertirse en fumadores.¹⁷

Esta fase se desarrolla esencialmente en la etapa Escolar en los grupos de edad de 7-14 años en los que concurren el deseo de aceptación social y la curiosidad por los hábitos de los adultos.¹⁷

Habituación.

Es la etapa donde se produce el refuerzo del hábito a través de las experiencias positivas del consumo de tabaco de orden físico, social, psicológico y ambiental. En esta etapa son influencias decisivas las convicciones sobre los efectos del tabaco (p. ej., tranquiliza, disminuye el estrés, da confianza, combate el aburrimiento, controla el peso, etc.), la importancia de los riesgos que comporta para la salud, conducta de los amigos en relación con el tabaco, tabaquismo en la familia, imagen de uno mismo, disponibilidad y precio de los cigarrillos.¹⁷

Mantenimiento y adicción.

En este período es donde se logra la dependencia a los cigarrillos. El grupo de edad se extiende desde la juventud al inicio de la edad adulta. Las influencias decisivas son las mismas de la etapa anterior a las que se añade la dependencia a la nicotina.¹⁷

FACTORES MANTENEDORES Y DE AFIANZAMIENTO DEL HÁBITO TABÁQUICO

Dentro de los factores que favorecen el mantenimiento y estabilización del hábito tabáquico citaremos los farmacológicos, entre los que destaca la nicotina como sustancia de alto poder de generar adicción y los factores condicionantes (sensoriales y de hábito).^{17, 18}

Factores farmacológicos.

La nicotina es un alcaloide o base de origen natural presente en las hojas de la planta del tabaco (*Nicotiana tabacum*). La nicotina es el principal alcaloide del humo del tabaco y el determinante de la dependencia farmacológica.¹⁸

Factores condicionantes.

El examen de los factores condicionantes que mantienen el consumo de tabaco muestra una gran complejidad, ya que el hecho de fumar está considerado como una sucesión de conductas. Las circunstancias que rodean el fumar pueden comportarse como facilitadoras del mantenimiento del proceder del fumador e incluso despertar respuestas similares a los efectos farmacológicos de la propia nicotina sobre el individuo, reforzando el comportamiento como fumador (factor de hábito).¹⁸

Factores de hábito.

La acción de fumar va asociada a numerosas situaciones de la vida cotidiana, tomar un café, el aperitivo, la sobremesa, llamar por teléfono, etc. Aquellas circunstancias que pueden causar cambios en el estado de ánimo, emociones, estrés, presión laboral y profesional, soledad, son condicionantes que favorecen el que el fumador encienda el pitillo. Las circunstancias asociadas con fumar pueden convertirse en estímulos preferentes que mantengan y condicionen el hábito. La mera repetición del acto de fumar fortalece tal comportamiento con el mantenimiento y afianzamiento del hábito tabáquico.^{18, 20}

Factores sensoriales.

Los sentidos del olfato y del gusto han recibido relativamente poca consideración en cuanto a su importancia como factores condicionantes de la conducta de fumar. Sin embargo, está demostrado que fumar es un medio de administrarse una sustancia que excita las terminaciones nerviosas sensitivas localizadas en los labios, boca y garganta, y que provoca sensaciones placenteras a nivel del tacto, gusto y olfato, incluyendo también sensaciones visuales.^{18,20}

VALORACION DE GRADO DE ADICCION

Cuestionario de grado de adicción a la nicotina de Fagerström.

Instrumento diseñado por Fagerstrom (1978) para cuantificar el grado de dependencia a la nicotina. Consta de seis reactivos, cada uno con valores diferentes. Sus respuestas se miden en una escala de 0 a 10 y evalúa el grado de dependencia. Cuanto mayor es la puntuación, más elevada es la adicción. Se considera dependencia baja si la calificación es de 4 puntos o menos: dependencia moderada si es de 5 ó 6 puntos y dependencia alta si es de 7 puntos ó más. Los pacientes fueron categorizados en dependencia alta con puntaje mayor o igual a 6 y dependencia moderada con puntaje igual o menor a cinco.¹²

Patrón de consumo (índice paquetes-año). El consumo acumulativo de cigarros se mide multiplicando el número de cigarros al día por el número de años que un individuo ha fumado y dividiendo el producto entre la constante 20 (que es el contenido de una cajetilla). El número resultante se expresó como un índice y se interpreta como mayor consumo acumulativo mientras mayor sea el número resultante. Los pacientes fueron categorizados en tabaquismo moderado cuando el índice fue menor o igual a 20 y en tabaquismo pesado cuando el índice fue mayor o igual a 21.¹²

El abuso o la dependencia del alcohol o de otras sustancias también pueden ser coexistentes con la depresión.¹⁵

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos: La disminución de la atención y concentración, la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves), una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, los trastornos del sueño, la pérdida del apetito.²⁵

EPISODIO DEPRESIVO LEVE

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatiga suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.²⁵

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.²⁵

EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.²⁵

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.²⁵

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves.

INSTRUMENTOS DE MEDICION PARA DEPRESION

LA ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

(Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fué probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

ESCALA DE MEDICIÓN PARA DEPRESIÓN DE BECK

Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa.

Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.²⁹

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes:²⁹

No depresión: 0-9 puntos, depresión leve: 10-18 puntos, depresión moderada: 19-29 puntos, depresión grave: más de 30 puntos.

ESCALA DE HAMILTON PARA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN (HAM-D)

La HAM-D, creada por Hamilton en 1960, es una escala de autoevaluación que consiste en obtener una medida del estado depresivo. Comprende 18 preguntas (17 versión original) graduadas, algunas a 3 (puntuación de 0 a 2) y otras a 5 (puntuación de 0 a 4) niveles de gravedad. No es un instrumento diagnóstico y debe utilizarse solamente una vez que se ha establecido el diagnóstico de depresión, para evitar que otras patologías puedan influir en la evaluación final.

ESCALA DE DEPRESIÓN MONTGOMERY Y ASBERG

Esta escala es un instrumento muy útil, válido y fiable para evaluar la depresión, y, constituye un apoyo para confirmar una sospecha de diagnóstico. Es especialmente sensible para detectar los cambios del estado depresivo, si se pasa con intervalos de tiempos diferentes.

ESCALA DE DEPRESIÓN YESAVAGE

La Escala geriátrica de depresión de Yesavage, es uno de los instrumentos de elección en la exploración, para valorar la depresión en pacientes ancianos.

ANTECEDENTES

De acuerdo a la reseña informativa en el Hospital de Psiquiatría Ramón de la Fuente en 2008. Con el objetivo de determinar la probabilidad de ocurrencia de un trastorno de dependencia de sustancias cuando coexisten trastornos del afecto, se encontró que dichas sustancias en 47% para los hombres y en 26% para las mujeres. En concordancia con lo anterior, se ha reportado que los fumadores actuales que consumen más de una cajetilla por día, tienen tres veces más probabilidad de presentar depresión que los no fumadores. Las personas con depresión fuman a manera de automedicación contra sus síntomas. ⁸

De acuerdo a los resultados de Urdapilleta-Herrera y cols. Encontraron que los síntomas de depresión son mayores en un grupo de fumadores en los cuales hay un mayor grado de adicción y mayor consumo acumulativo de cigarros. Las variables sociodemográficas y de tabaquismo de este grupo de pacientes se presentan en el cuadro I, donde se observa que 47% fueron hombres.

El promedio de edad fue de 47 ± 12 años y sólo 35.1% tenía una escolaridad de secundaria o menos. Existiendo una relación bidireccional en términos de causa-efecto. Se puede observar que el grado de adicción alto (igual o mayor a 6) se asocia con síntomas depresivos graves, [$RM=2.24$ ($IC95\%1.00-4.99$), $p<0.04$]. En el caso de consumo acumulativo de cigarros (índices de tabaquismo iguales o mayores a 21), con síntomas depresivos moderados [$RM=3.14$ ($IC95\% 1.75-5-62$), $p<0.00$] y síntomas depresivos graves [$RM=9.85$ ($IC95\% 3.30-29.37$), $p<0.00$].¹²

De acuerdo a Suárez Lugo y cols en la Habana, Cuba donde realizaron un estudio observacional, descriptivo realizado en 731 profesionales de la salud. El 36,4 % de los profesionales fumaban, de ellos 91,7 % son enfermeros y médicos. Se demostró una percepción distorsionada y una marcada despersonalización del riesgo de fumar. La presencia de amigos, compañeros de trabajo y parejas fumadores, resultaron factores favorecedores del tabaquismo, al igual que la permisibilidad de fumar en los centros de salud, 60,6 %. ¹⁴

El rol de los profesionales de la salud en la prevención y control del tabaquismo se encuentra limitado por la condición de ser fumadores y la baja percepción de riesgo. La media de edad entre los médicos era de 39 años, en los enfermeros 41; en los estomatólogos 36 años y de otras profesiones 38. Se apreció que el 77,7 % de los encuestados tenían entre 30 y 49 años de edad.

Dentro de los médicos, el 84,5 % eran especialistas en Medicina General Integral, los pediatras y obstetras representaban el 2,9 % respectivamente, el 3,2 % estaba representado por especialistas en Medicina Interna y el 6,4 % eran de otras especialidades. De los fumadores, 46,6 % pertenecían al sexo masculino y en el sexo femenino se concentró el 49,4 % de los profesionales que nunca habían fumado. Muy semejante a esto es lo encontrado en estudios anteriores, como por ejemplo, en el Instituto Mexicano del Seguro Social se aprecia que el 48 % de los fumadores pertenecen al sexo masculino.

También se puede afirmar que el abandono fue mayor en el sexo masculino, lo que se correspondió con esos y otros estudios realizados que se revisaron.¹⁴

En el estudio realizado en la Ciudad de México, Drugs in residentes, y algunos factores relacionados, Martínez Lanz y Medina Mora, del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2004, refieren que son pocos los estudios en los que se abocan a analizar el consumo de sustancias dentro del ámbito laboral del área de la salud y factores asociados como la depresión.

Trabajaron en un estudio ex post facto en 198 residentes de medicina donde se determinaron los porcentajes obtenidos sobre el consumo de tabaco en los 190 residentes médicos estudiados indicaron que 55% fuma o ha fumado, 44% nunca ha fumado y 1% no respondió. La edad de inicio en el hábito de fumar de los 105 sujetos que fuman actualmente o han fumado alguna vez fue de 33-5 para los menores de 15 años, 41% entre 16 y 20 años y de 26% para los que empezaron después de los 21 años de edad.¹¹

De los sujetos que han fumado alguna vez, 57% fumó durante el mes previo al estudio, esto es 60 individuos son fumadores actuales; 62% de estos fumó entre 1 y 5 cigarros por día y el restante 38-5 entre 6 y 20 cigarros. Los resultados sobre el análisis de la escala de depresión por sexo indican que existen mayores índices de depresión en el sexo femenino que en el masculino. Se manifiesta la presencia de depresión grave en 54% de la población total, 34% mujeres y 20% hombres. Los resultados en estos médico residentes concluyen que tres cuartas partes de ellos se iniciaron en el hábito antes de los 20 años de edad.¹¹

La escala de depresión señaló que casi la mitad de la población presenta signos depresivos y que éstos se encuentran con más frecuencia en la mujeres.¹¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo del tabaco es un problema serio de salud pública en nuestro país. En México existen más de 16 millones de fumadores que en 10 años tendrán 45% de probabilidades de tener alguna enfermedad respiratoria. En estudios previos sobre prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes, se observa que el tabaquismo ha afectado similarmente a hombres y mujeres (49 y 47%, respectivamente).

Se sabe que tanto el inicio como el mantenimiento de la conducta tabáquica están asociados no sólo a los efectos producidos por la dependencia física a la nicotina, sino también a los efectos sobre el estado de ánimo de quienes consumen tabaco, en los que alivia las sensaciones de malestar producidas por la depresión. Se ha encontrado una fuerte asociación entre dependencia a la nicotina y depresión mayor y muchas veces la depresión precede al inicio en el consumo de tabaco. Aparentemente, el consumo de cigarros en este tipo de pacientes funciona a manera de automedicación en contra de diversos síntomas depresivos. En estas condiciones, la suspensión del consumo favorece el aumento de los síntomas depresivos y eventualmente la recaída en el consumo de cigarro.

En 20 años, la depresión se convertirá en la enfermedad que más padecerán los seres humanos, superando al cáncer y los trastornos cardiovasculares. Según la organización, este trastorno mental será el mayor problema de salud para las sociedades, tanto económica como socialmente. Tanto es así que en 2030 la depresión será, entre todos los trastornos de salud, el que causará la mayor carga de salud.

Entre los síntomas principales están los sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío, etc.

Los médicos residentes se enfrentan cotidianamente con situaciones de alto nivel de estrés, que los horarios de trabajo son altamente desgastantes y variables y que tienen fácil acceso a medicamentos y drogas.

La actitud ejemplar del médico es un asunto de credibilidad. Las intervenciones para el control y prevención del tabaquismo resultan más eficaces, si los profesionales sanitarios en general y los médicos en particular, constituyen un sector sensibilizado y motivado.

¿Cuál es el nivel de depresión y tabaquismo en los residentes de medicina familiar de la UMF 33?

MATERIAL Y METODOS

El estudio se llevó a cabo en la UMF 33 del IMSS, de primer nivel de atención. Con el objetivo de identificar el nivel de depresión y su relación con el tabaquismo en los residentes de medicina familiar de la UMF 33. Es un estudio transversal, descriptivo, observacional, prolectivo, por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia, a médicos residentes del curso de Especialización en Medicina familiar. Otros criterios de inclusión fueron: residentes asignados a la sede de la UMF 33 El Rosario, ambos sexos, y que aceptaran participar en el estudio. Se excluyeron aquellos que se encontraran en campo, los cuales son 10 residentes, e incapacidad o licencia al momento del estudio, excluyéndose a una médico residente por incapacidad, quedando una muestra de 45 médicos residentes.

Previo consentimiento informado, se aplicó un cuestionario diseñado ex profeso de 10 preguntas, los 3 primeros ítems para obtención de datos sociodemográficos y los siguientes 7 ítems fueron las 6 preguntas del test de Fargestrom.

A continuación se aplicó el test de Beck para identificación de depresión constando de 21 preguntas. Los resultados se concentraron en una base de datos diseñada en el Programa Excel, y se aplicó estadística descriptiva, con determinación de porcentajes mostrados en graficas y tablas.

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

RESULTADOS

Se aplicaron los cuestionarios a 45 residentes de medicina familiar, 35 mujeres (77.77%) y 10 hombres (22.22%). (*Tabla y Gráfica 1*). Siendo esto esperado ya que la población mayor desde hace algún tiempo que domina dentro del curso de residencia medica para médico familiar son las mujeres.

En cuanto a la edad de los residentes con hábito tabáquico y no tabáquico se hallan: **Fumadoras** de 25 a 29 años: 4(8.88%), de 30 a 33 años: 3 (6.66%), de 34 años y más: 2 (4.44%). **Fumadores** de 25 a 29 años: 2 (4.44%), de 30 a 33 años: 1 (2.22%), de 34 años y mas: 1 (2.22%). **No fumadoras** de 25 a 29 años: 20 (44.44%), de 30 a 33 años: 5 (11.11%) de 34 años y más: 1 (2.22%). **No Fumadores** de 25 a 29 años: 3 (6.66%), de 30 a 33 años: 1 (2.22%), de 34 años y más: 2 (4.44%). (*Tabla y Gráfica 2*). En cuanto al genero de los residentes con habito tabáquico y no tabáquico se hallan: **Fumadoras:** 9 (20%). **No fumadoras:** 26 (57.77%). **Fumadores:** 4 (8.88%). **No fumadores:** 6 (13.33%). (*Tabla y Grafica 3*). En cuanto al estado civil de los residentes con habito tabáquico y no tabáquico se hallan: **Fumadores con pareja:** 5 (11.11%). **Fumadores sin pareja:** 8 (17.77%). **No fumadores con pareja:** 9 (20%). **No fumadores sin pareja:** 23 (51.11%). (*Tabla y Grafica 4*).

De acuerdo al Test de Fargestrom, el cual nos mide la dependencia al cigarrillo, encontramos en los fumadores exclusivamente una dependencia baja en 13 fumadores (28.88%). Dependencia moderada y Dependencia alta tienen (0%). (*Tabla y Gráfica 5*).

De acuerdo al Patrón de Consumo, éste es moderado en los 13 fumadores (28.88%). En cuanto al consumo pesado se obtuvo (0%). Ya que la mayoría consume de 1 a 2 cigarrillos máximo por día y no han iniciado en la adolescencia éste hábito, sino en la edad de adulto joven. (*Tabla y Gráfica 6*).

En cuanto a la aplicación del Test de Beck, se identifico el nivel de depresión en comparativa de los residentes fumadores y no fumadores. Siendo este de: **altibajos considerados normales:** Fumadores: 12 (26.66%), no fumadores 30 (66.66%), **leve perturbación del estado de ánimo:** Fumadores: 1 (2.22%), no fumadores: 0 (0%), **estado de depresión intermitente:** Fumadores: 0 (0%), no fumadores: 1 (2.22%), **depresión moderada:** Fumadores: 0 (0%), no fumadores: 1 (2.22%), **depresión grave:** Fumadores: 0 (0%), y no fumadores: 0 (0%), **depresión extrema:** Fumadores: 0 (0%), y no fumadores: 0 (0%). (*Tabla y Gráfica 7*)

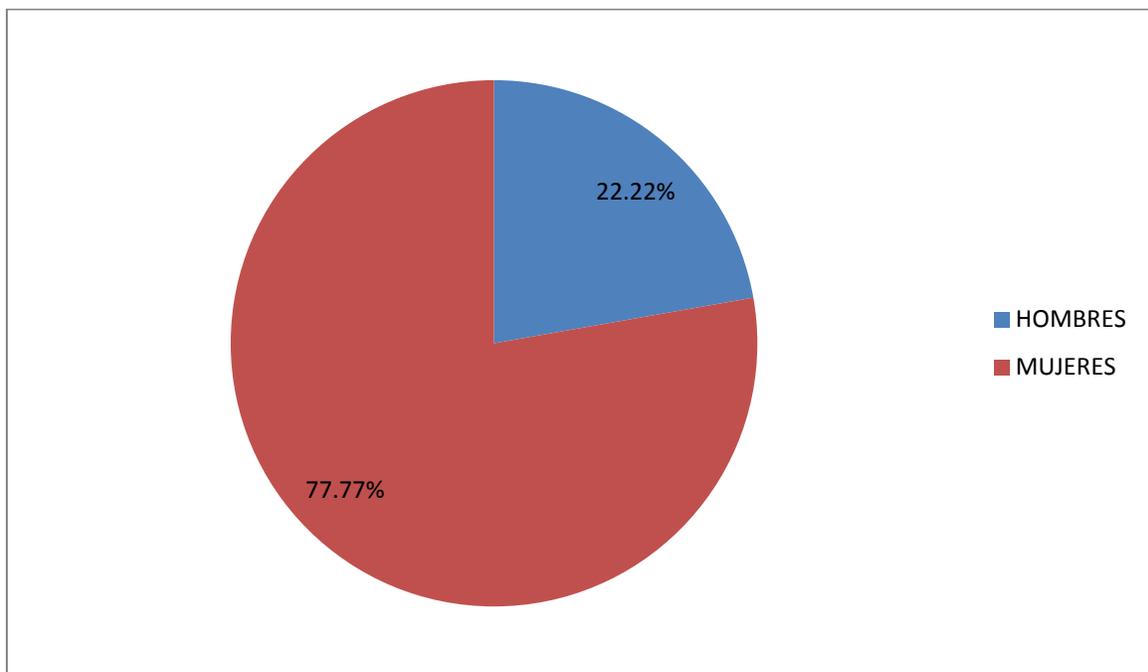
TABLAS Y GRAFICAS

TABLA 1. PORCENTAJE DE RESIDENTES DE ACUERDO AL GÉNERO.

GENERO	TOTAL	PORCENTAJE
MUJERES	35	77.77%
HOMBRES	10	22.22%

FUENTE: CUESTIONARIO DE NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU RELACION CON EL TABAQUISMO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33.

GRAFICA 1. PORCENTAJE DE RESIDENTES DE ACUERDO AL GÉNERO.



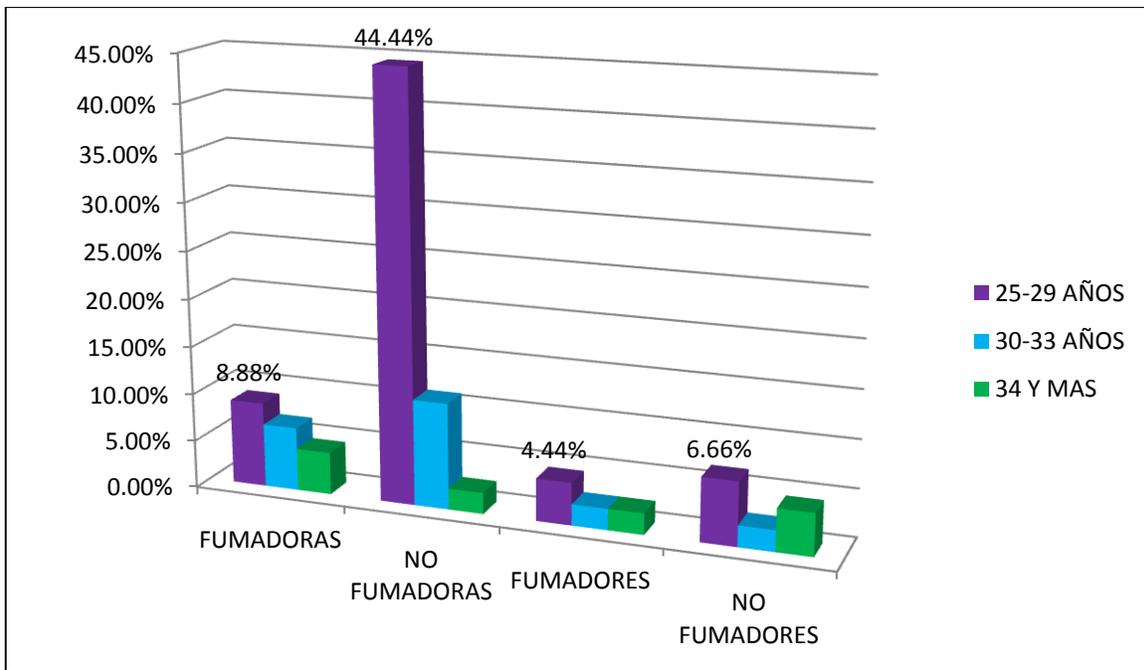
FUENTE: CUESTIONARIO DE NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU RELACION CON EL TABAQUISMO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33.

TABLA 2. NUMERO DE RESIDENTES CON HABITO TABAQUICO Y SIN HABITO TABAQUICO DE ACUERDO A EDAD.

EDAD (AÑOS)	MUJERES		HOMBRES	
	FUMADORAS	NO FUMADORAS	FUMADORES	NO FUMADORES
25-29	4	20	2	3
30-33	3	5	1	1
34 Y MAS	2	1	1	2

FUENTE: CUESTIONARIO DE NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU RELACION CON EL TABAQUISMO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33.

GRAFICA 2. PORCENTAJE DE HÁBITO TABÁQUICO Y SIN HABITO TABAQUICO DE ACUERDO A EDAD.



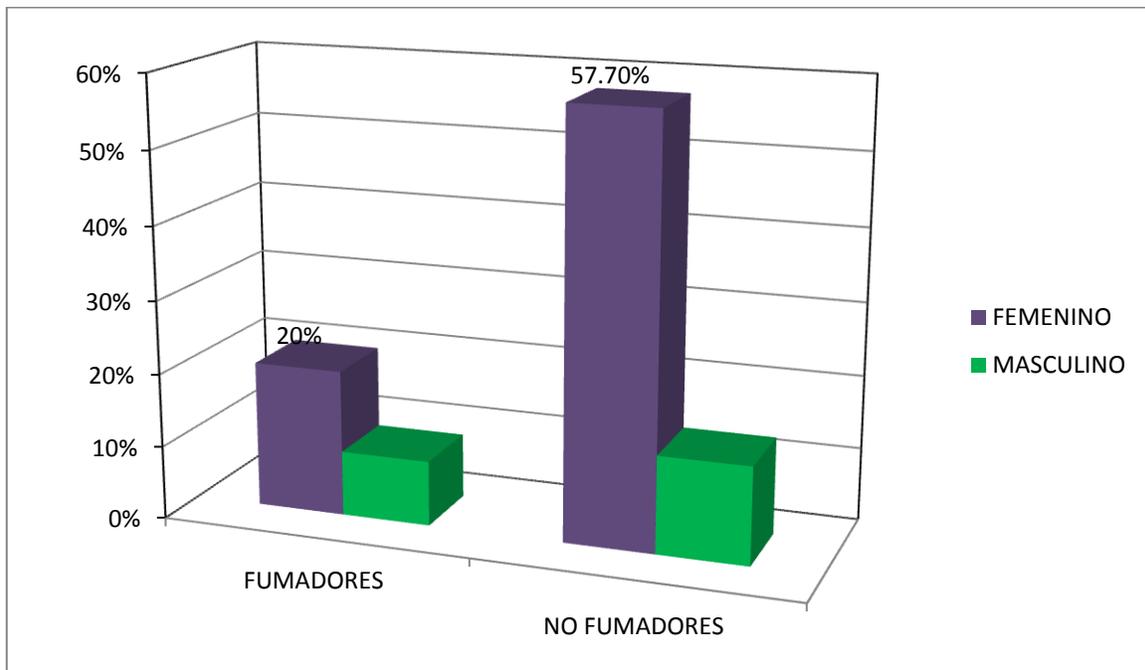
FUENTE: CUESTIONARIO DE NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU RELACION CON EL TABAQUISMO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33.

TABLA 3. NUMERO DE RESIDENTES CON HABITO TABAQUICO Y SIN HABITO TABAQUICO DE ACUERDO A GENERO.

HABITO TABAQUICO	MUJERES	HOMBRES
FUMADORES	9	4
NO FUMADORES	26	6

FUENTE: CUESTIONARIO DE NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU RELACION CON EL TABAQUISMO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33.

GRAFICA 3. PORCENTAJE DE HÁBITO TABÁQUICO Y SIN HABITO TABAQUICO DE ACUERDO A GENERO.



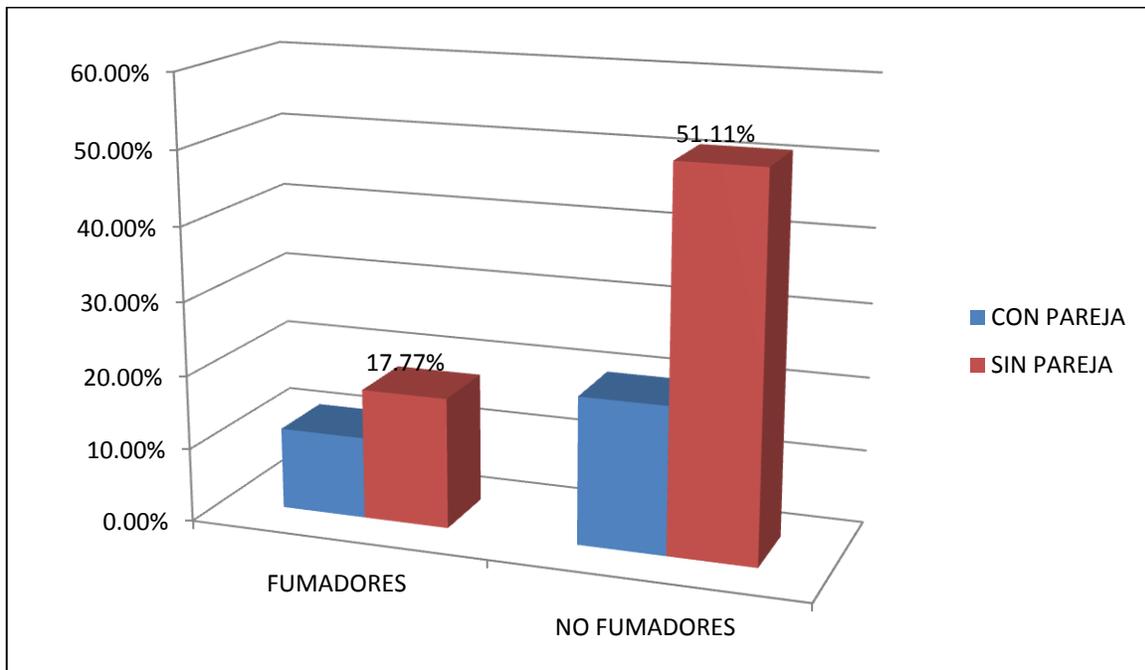
FUENTE: CUESTIONARIO DE NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU RELACION CON EL TABAQUISMO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33.

TABLA 4. NUMERO DE RESIDENTES CON HABITO TABAQUICO Y SIN HABITO TABAQUICO DE ACUERDO A ESTADO CIVIL.

HABITO TABAQUICO	CON PAREJA	SIN PAREJA
FUMADORES	5	8
NO FUMADORES	9	23

FUENTE: CUESTIONARIO DE NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU RELACION CON EL TABAQUISMO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33.

GRAFICA 4. PORCENTAJE DE HÁBITO TABÁQUICO Y SIN HABITO TABAQUICO DE ACUERDO A ESTADO CIVIL.



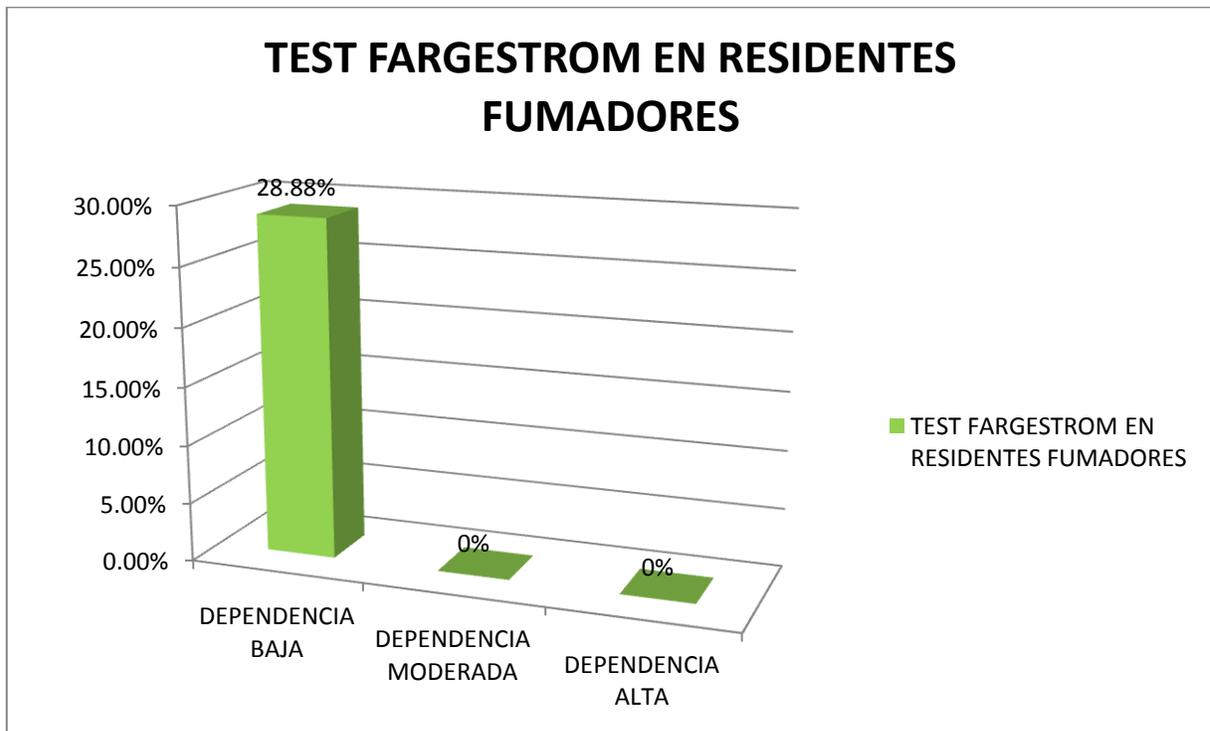
FUENTE: CUESTIONARIO DE NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU RELACION CON EL TABAQUISMO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33.

TABLA 5. GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA

TEST FARGESTROM	FUMADORES
DEPENDENCIA BAJA	28.88%
DEPENDENCIA MODERADA	0%
DEPENDENCIA ALTA	0%

FUENTE: CUESTIONARIO DE NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU RELACION CON EL TABAQUISMO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33.

GRAFICA 5. GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA



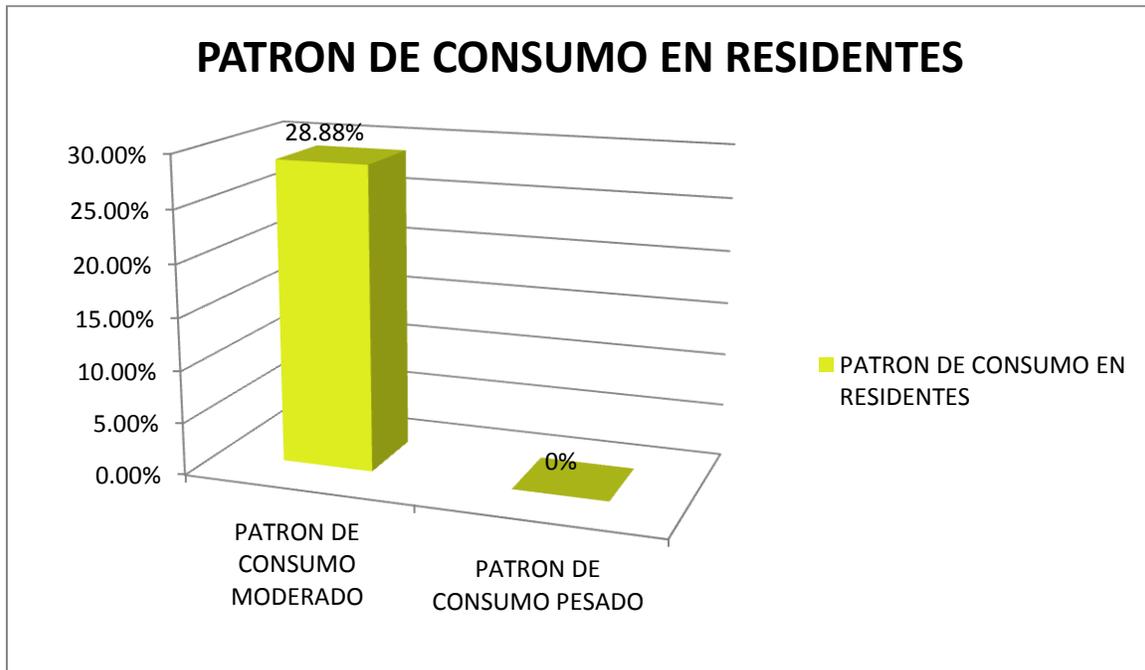
FUENTE: CUESTIONARIO DE NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU RELACION CON EL TABAQUISMO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33

TABLA 6. PORCENTAJE DEL PATRÓN DE CONSUMO EN RESIDENTES FUMADORES.

PATRON DE CONSUMO	FUMADORES	%
MODERADO	13	28.88
PESADO	0	0

FUENTE: CUESTIONARIO DE NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU RELACION CON EL TABAQUISMO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33

GRAFICA 6. PORCENTAJE DEL PATRÓN DE CONSUMO EN RESIDENTES FUMADORES.



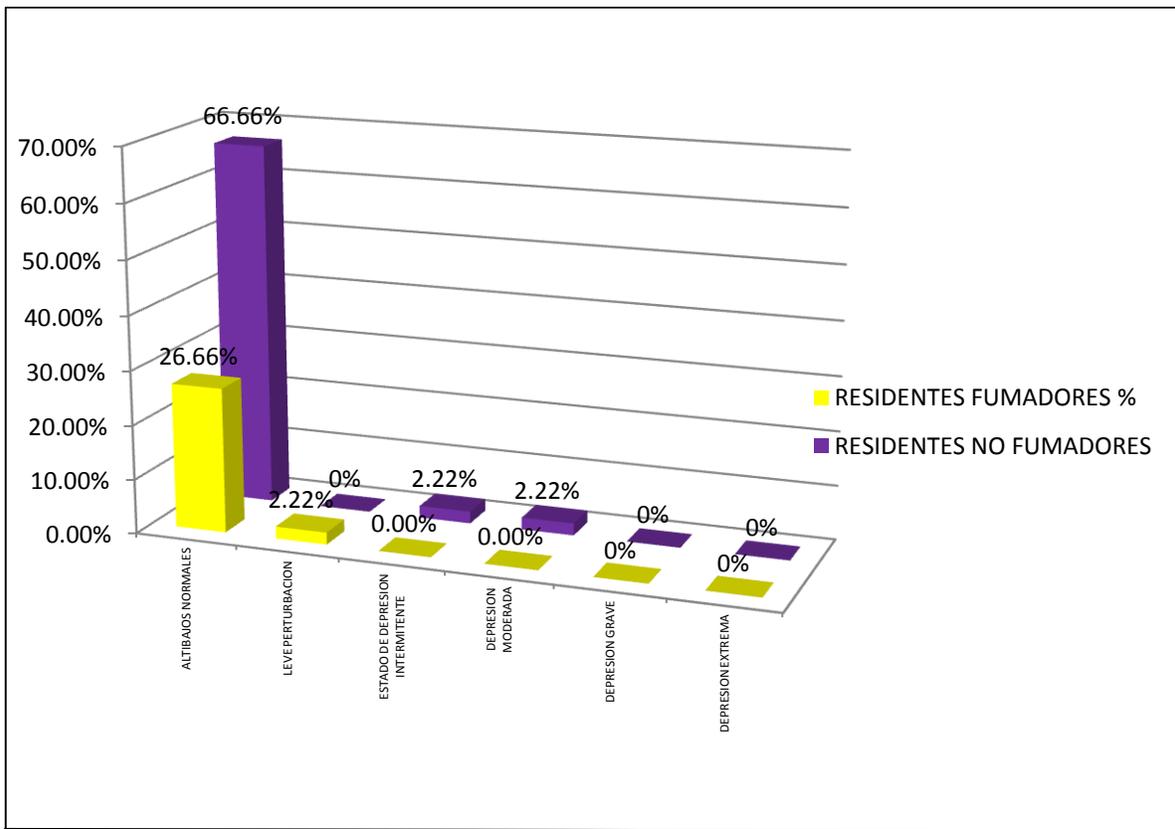
FUENTE: CUESTIONARIO DE NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU RELACION CON EL TABAQUISMO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33

TABLA 7. NIVELES DE DEPRESIÓN DE ACUERDO AL TEST DE BECK EN COMPARATIVA DE LOS RESIDENTES CON Y SIN HABITO TABAQUICO

NIVEL DE DEPRESION	RESIDENTES FUMADORES %	RESIDENTES NO FUMADORES %
ALTIBAJOS CONSIDERADOS NORMALES	26.66	66.66
LEVE PERTURBACION DEL ESTADO DE ANIMO	2.22	0
ESTADOS DE DEPRESION INTERMITENTE	0	2.22
DEPRESION MODERADA	0	2.22
DEPRESION GRAVE	0	0
DEPRESION EXTREMA	0	0

FUENTE: CUESTIONARIO DE NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU RELACION CON EL TABAQUISMO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33

GRAFICA 7 . NIVELES DE DEPRESIÓN DE ACUERDO AL TEST DE BECK EN COMPARATIVA DE LOS RESIDENTES CON Y SIN HABITO TABAQUICO



FUENTE: CUESTIONARIO DE NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU RELACION CON EL TABAQUISMO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33.

DISCUSION

En el presente estudio se realizó la búsqueda de la relación o bien de la comorbilidad de la existencia de depresión con el hábito tabáquico en los residentes de medicina familiar.

De acuerdo a la reseña informativa del Hospital de Psiquiatría Ramón de la Fuente en 2008, Se determinó que de acuerdo al género existía un mayor trastorno de tipo emotivo relacionado con la dependencia a sustancias, siendo el 47% para hombres y 26% para mujeres. En nuestro estudio encontramos 25% para el género masculino y el 0% para el género femenino, en cuanto a la asociación adicción-estado emotivo. Por lo que podemos corroborar que el género masculino tiene una mayor dependencia a las sustancias cuando se encuentran en un periodo de afectación de su estado emocional, como en el caso de nuestro estudio la depresión.

Suárez Lugo y cols. en la Habana, Cuba realizaron un estudio observacional, descriptivo en profesionales de la salud. El 36.4% de los profesionales fumaban, de ellos el 91.7% son enfermeros y médicos. Se demostró una percepción distorsionada y una marcada despersonalización del riesgo de fumar. En nuestro estudio encontramos que el porcentaje de residentes, representando al área de la salud, es de 28.8%, recalcando que este porcentaje se marca de una población exclusiva de médicos residentes. Por lo que podemos notar que nuestra población de residentes si tiene una percepción y un conocimiento mayor del riesgo de fumar.

Así mismo, relacionando esta información, mencionamos el trabajo de Urdapilleta-Herrera y cols, los cuales encontraron un mayor grado de adicción, a través del consumo acumulativo de cigarros o patrón de consumo, en el grupo de hombres con un porcentaje de 47%, relacionándolo con síntomas de depresión. Por nuestra parte, encontramos un mayor porcentaje de adicción en el género femenino 69.23%, con un patrón acumulativo con índice de 1, difiriendo nuestros resultados ya que dentro de este porcentaje mencionado, únicamente el nivel de depresión encontrados son altibajos considerados normales.

En el estudio realizado en la Ciudad de México, Drugs in residentes, y algunos factores relacionados, Martínez Lanz y Medina Mora, del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2004, se encontró que de los médicos residentes el 55% fuma o ha fumado, el 44% nunca ha fumado y el 1% no respondió. En nuestro estudio el 28.88% fuma o ha fumado, El 71.12% no fuma. Todos respondieron. Así mismo comentan que los resultados sobre el análisis de la escala de depresión por sexo indican que existen mayores índices de depresión en el sexo femenino que en el masculino. Se manifiesta la presencia de depresión grave en 54% de la población total, 34% mujeres y 20% hombres. Con un promedio de edad de 34 años. En nuestra UMF 33 el rango de edad promedio es 28 años, y se observa así mismo que en el caso de cubrir el 100% del porcentaje en 38 años, es porque solo tenemos un solo residente fumador con ese rango de edad. Dentro de estos los solteros obtienen el porcentaje mayor en el rango de acuerdo a estado civil con hábito tabáquico: 50% para el género masculino y un 55.55% para el género femenino. Esto probablemente la conciencia que se obtiene al sentir la responsabilidad de ser representantes de una familia. La escala de depresión señaló que casi la mitad de la población presenta signos depresivos y que éstos se encuentran con más frecuencia en las mujeres. Realizando un análisis, el mayor porcentaje de los médicos residentes de la UMF 33, son no fumadores. Habiendo un mayor nivel de depresión en el género masculino, manifestándose depresión leve en el 25% de esta población. Cabe mencionar, que el nivel depresivo mayor fue el de depresión moderada y fue en una residente, no fumadora.

CONCLUSIONES

Este estudio ha sido y es de gran importancia ya que son muy pocos los estudios que hablan acerca de la comorbilidad entre depresión y hábito tabáquico, y sobre todo porque más aún escaso es cuando se quiere encontrar esto relacionado o aplicado en el personal de salud. Más aún, todavía puedo mencionarlo, en los residentes de medicina, siendo estos uno de los eslabones más importantes dentro de este sector. Como se menciona durante este trabajo, estos médicos están susceptibles a caer en depresión por cuestiones de estrés en el ámbito laboral de una manera muy especial por las cuestiones de horarios, largas jornadas laborales y poco tiempo para convivir con su familia. Pudiendo abrir la puerta para alguna adicción, como una forma de escape ante dicha situación, tal es el caso de la adicción a la nicotina.

Se sabe que México tiene un alto porcentaje de fumadores, y que para menos de una década, estas cifras se incrementarán. Motivo es esto de gran preocupación por las enfermedades que esto trae, no sólo enfermedades físicas, si no también psíquicas y emotivas. O viceversa, cada vez hay mayores índices de depresión en México y en el mundo, que a la vez tren como consecuencia suma a las adicciones. El personal de salud, como bien ya lo comentamos no está exento. Es por esto que resalto la importancia que ha tenido este estudio.

Este nos ha permitido analizar un porcentaje de esta comorbilidad, depresión-tabaquismo en nuestros compañeros. Hemos encontrado resultados positivos, si bien existe un porcentaje de fumadores activos, el patrón de consumo es mínimo. Además porque este porcentaje no se relaciona con los niveles de depresión. En este caso los que hallamos son los estados de depresión moderada, para el no fumador.

Esto quiere decir que en la UMF 33 no se ha corroborado el que se relacione el estado depresivo con el hábito tabáquico. Siendo de gran importancia no sólo para el mismo residente, sino porque este, es un ejemplo de otras personas que ponen en este la mirada, siendo que el médico residente es el que le da consejo a los pacientes y a su propia familia, con un ejemplo visual, que como bien es parte de la comunicación no verbal, habla más que mil palabras

Debemos continuar investigando este sector, ya que de acuerdo a los resultados, de las investigaciones, podremos ayudar, hacer algo positivo en favor de nuestros médicos, y en general del personal de salud. Debemos utilizar de mejor manera el servicio de psicología médica, proponemos que dentro de la residencia se valore periódicamente a los residentes para detectar focos rojos en su estado emotivo y prevenir equivocarse una conducta de escape. Recordemos esas múltiples responsabilidades como ya lo mencionamos por el hecho de ser médicos residentes y prontamente médicos familiares. Además debemos poner en alto una institución. Debemos ser ejemplo de las demás generaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Bianco E. La adicción al consumo del tabaco: una enfermedad crónica a tratar. Epidemiología y prevención, 2003.
2. Diccionario Larousse
3. Rodríguez PL, Castañeda GH. Tabaquismo: Enemigo mortal. Revista de medicina y ciencias de la salud. ISSN 1886-8924.
4. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2009
5. Fernández GI, Escobedo-de la Peña J, Hernández TD, Tudón GH, y cols. Consumo de Tabaco en la población derechohabiente del IMSS. Salud Pública Méx 1997; Vol. 39(2):125-132
6. Notimex/Redacción EL UNIVERSAL.com.mx Alberga México 17% de personas con depresión en el mundo. El Universal Guadalajara Jueves 15 de mayo de 2008
7. Sistema de información estadística de la OMS (WHOSIS) disponible en: <http://www.who.int/research/es/>
8. Moreno CA, Medina MM. Tabaquismo y depresión. Salud Mental, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. 2008; (31) 005.
9. Becoña E. Tabaco, ansiedad y estrés. Salud y drogas. 2003 (3)1
10. Cordini M, Cohen C, Santa CV, Cook V. Consumo de tabaco en estudiantes de medicina. Revista de Posgrado de la 6ª Cátedra de Medicina. 2007.
11. Martínez LP, Medina ME, Rivera E. Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. Salud Mental, 2004; 27 (6), pp18-19
12. Urdapilleta-Herrera E, Sansores RH, Ramírez VA, et-cols. Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción. Salud Pública de México; 2010: (52) 2.p.p 1-9
13. Arenas ML, Hernández TI, Valdez SR, Bonilla FP. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. Salud Pública de México, 2004; (46)4. Pp 327-328
14. Tabaquismo en el personal medico de un ambulatorio del Seguro Social en Valencia Venezuela. Portales Medicos 2009 Julio. Disponible en:URL: <http://portales medicos.com>
15. Finding Help for Mental Illnesses. National Institute of Mental Health. 2008 August. Disponible en: URL <http://www.nimh.nih.gov>.
16. Programa contra el Tabaquismo: Actualización 2011-2012
17. Solano RS, García TA, Granda OJ. Iniciación y mantenimiento del hábito tabáquico. El paciente que va a dejar de fumar. Capítulo III. P.p.1-34
18. Ayesta J. Farmacología de la nicotina. En: Aproximación al Tabaquismo en España. Jiménez CA (ed.). Pharmacia & Upjhon SA; 1997. p. 51-67.

19. Solano RS, Jiménez RC. Mecanismos de iniciación al tabaco. Dependencia no farmacológica. Arch Bronconeumol 1995; 31: 109-13.
20. Haire-Joshu D, Morgan G, Fisher E. Determinants of cigarette smoking. Clinics in Chest Medicine 1991; 12 (4): 711-26.
21. Díaz MJ, Jiménez RC. Tratamiento farmacológico del tabaquismo. Inf Ter Sist Nac Salud 2008; 32: p.p.71-82.
22. Becerra NC, Cañón M, Vivas J. Terapia farmacológica para el abandono del tabaquismo. Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 51(2):167-183, abril-junio, 2010.
23. Bellos SS, Flores CA, Bello SM, Chamorro RH. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. Rev Chil Enf Respir 2009; 25: p.p.218-230.
24. Alberdi SJ, Taboada O, Castro DC, Vázquez VC. Depresión. España. Guías Clínicas 2006; 6(11)
25. Clasificación de Trastornos Mentales CIE 10. Criterios de la OMS.
26. Pérez AM, García MJ. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. Psicothema. (13)3; pp 493-510
27. Bobes J, Bascarán MT. et-cols. Valoración de la gravedad de la adicción. España.
28. Antonini Celia. Test de depresión. Psicología clínica. Aguilar BS.
29. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Secretaria de Salud del Estado de Tabasco 2005; 11(1-2):333-38.
30. Real Academia Española (2001) Diccionario de la lengua española, 22ª edición. Madrid: Espasa Calpe. Disponible en: (<http://www.rae.es>).
31. Aguilar BS. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Secretaria de Salud del Estado de Tabasco 2005; 11(1-2):333-38.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Nivel de depresión y tabaquismo en los residentes de Medicina Familiar de la UMF 33
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	UMF 33 El Rosario, Distrito Federal. Junio 2012.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer el grado de relación tabaquismo-depresion en nuestros médicos residentes con el fin de desarrollar tácticas y estrategias de ayuda o autoayuda. Identificar el nivel de depresión y su relación con el tabaquismo en los residentes de medicina familiar de la UMF 33.
Procedimientos:	Aplicación de Test de Fargestrom y Test de Beck para identificación de depresión.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar el nivel de depresión y su relación con el tabaquismo en los residentes de Medicina Familiar de la UMF 33
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En lo referente a la publicación de resultados, se apegara a las normas éticas, evitando fraudes o deshonestidad en la forma de presentar los resultados, además se cuidara al derecho de privacidad de los pacientes.
Participación o retiro:	Ya se definieron criterios de inclusión de forma adecuada, sin implicar ningún riesgo a los sujetos que se integraran al estudio.
Privacidad y confidencialidad:	En lo referente a la publicación de resultados, se apegara a las normas éticas, evitando fraudes o deshonestidad en la forma de presentar los resultados, además se cuidara al derecho de privacidad de los pacientes.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DRA. DIANA MARIA SAYAGO AGUILAR MEDICO FAMILIAR adscrita a la UMF 33, El Rosario Matricula: 7122802
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD**

“NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU RELACION CON EL TABAQUISMO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33”

SECCION III *(para ser llenado por el paciente)*

TEST DE BECK PARA IDENTIFICACION DE DEPRESION

Para completar el cuestionario, lee cada punto con atención y rodear con un círculo el número que se encuentra junto a la respuesta que mejor se adapte a lo que la persona ha estado sintiendo últimamente.

<p>1. Tristeza. 0. No me siento triste. 1. Me siento triste. 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro. 1. Me siento desanimado de cara al futuro. 2. siento que no hay nada por lo que luchar. 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.</p> <p>3. Sensación de fracaso 0. No me siento fracasado. 1. he fracasado más que la mayoría de las personas. 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro. 3. Soy un fracaso total como persona.</p> <p>4. Insatisfacción 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes. 1. No disfruto de las cosas tanto como antes. 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas. 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.</p> <p>5. Culpa 0. No me siento especialmente culpable. 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones. 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. 3. Me siento culpable constantemente</p> <p>6. Expectativas de castigo 0. No creo que esté siendo castigado. 1. siento que quizás esté siendo castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Autodesprecio 0. No estoy descontento de mí mismo. 1. Estoy descontento de mí mismo. 2. Estoy a disgusto conmigo mismo. 3. Me detesto.</p> <p>8. Autoacusación 0. No me considero peor que cualquier otro. 1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores. 2. Continualmente me culpo por mis faltas. 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.</p>
--

9. Idea suicidas

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. me molesto o irritado más fácilmente que antes.
- 2. me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

SECCION IV (para ser llenado por el investigador)

Resultados Test de Fargestrom

Menos de 4 pts _____

De 5 ó 6 pts.) _____

De 7 pts. ó más) _____

Resultado Patrón Tabáquico

Índice menor o igual a 20 _____

Índice mayor o igual a 21 _____

Resultado Test de Beck

Puntuación total de la Tabla de 21 puntos	
1-10	
11-16	
17-20	
21-30	
31-40	
Más de 40	