



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO**

---

---



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
“GABRIEL MANCERA”**

**“DEPENDENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE  
ACUDEN A LA CLÍNICA CONTRA EL TABAQUISMO EN EL SERVICIO DE  
NEUMOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL S.XXI”**

**TESIS**

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA  
ESPECIALIDAD DE:**

**MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DR. JOSE MANUEL MARTINEZ VERGARA**

**ASESOR CLÍNICO**

***DR. MARCO ANTONIO FERNANDEZ  
NEUMOLOGIA***

**ASESOR EXPERIMENTAL**

***Dra. Silvia Landgrave Ibáñez  
MEDICO FAMILIAR Dpto. Medicina Familiar UNAM***

**MÉXICO, D. F.**

**No. DE REGISTRO: R-2011-3604-9**



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.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3604  
HOSPITAL DE CARDIOLOGIA CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI, D.F. SUR

FECHA 03/08/2011

**DR. JAFET FELIPE MENDEZ LOPEZ**

**F R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**DEPENDENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA CONTRA EL TABAQUISMO EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL CMN-SXXI**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2011-3604-9

ATENTAMENTE

**DR. MOISÉS CALDERÓN ABBO**

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 3604

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**“DEPENDENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA CONTRA EL TABAQUISMO EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL S.XXI”**

---

***DR. ENRIQUE ROMERO  
DIRECTOR DE LA UMF No. 28 “GABRIEL MANCERA”***

---

***DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO  
COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF No. 28  
“GABRIEL MANCERA”***

---

***DR. JAFET FELIPE MÉNDEZ LÓPEZ  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA  
FAMILIAR DE LA UMF No. 28 “GABRIEL MANCERA”***



**“DEPENDENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA CONTRA EL TABAQUISMO EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL S.XXI”**

---

**DR. MARCO ANTONIO FERNÁNDEZ CORSO  
NEUMÓLOGO  
ASESOR CLÍNICO DE TESIS**

---

**DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ  
DEPTO. MEDICINA FAMILIAR-U.N.A.M.  
ASESOR EXPERIMENTAL DE TESIS**

---

**DR. JAFET FELIPE MÉNDEZ LÓPEZ  
TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 28  
ASESOR EXPERIMENTAL DE TESIS**

---

**DR. JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ VERGARA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
TESISTA**

**“DEPENDENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE  
ACUDEN A LA CLÍNICA CONTRA EL TABAQUISMO EN EL SERVICIO DE  
NEUMOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL S.XXI”**

## **AGRADECIMIENTOS**

**La presente tesis quiero dedicarla con todo mi cariño y mi amor a todos y cada uno de mi familia, a mis abuelos, a mis tíos (as), primos, a todos y cada uno de ustedes por estar siempre conmigo en cada paso que doy en esta hermosa carrera, por confiar en mi, por todos sus consejos y su paciencia para conmigo.**

**Especialmente a mis padres, quienes siempre me han brindado todo apoyo, por todo su amor, por respaldarme en cada de decisión, por darme esas fuerzas necesarios y motivarme a cada instante. Este éxito es también suyo, los amo¡¡ Nada de esto hubiera sido posible sin ustedes.**

**Hermanita, mi ejemplo, mi más grande admiración y respeto para ti, te quiero inmensamente. Por supuesto gracias Pedro, Fany, Vale.**

**A ti Claudia, mi amor, porque fuiste desde el principio mi brazo derecho en esta aventura, porque estuviste conmigo aún en los momentos más difíciles, por darme tu amor y tu apoyo incondicional...simplemente te amo nena¡¡ Eres parte importante de mi vida, este triunfo también es tuyo.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A mis asesores de tesis, gracias por sus conocimientos compartidos, por su tiempo brindado para este logro, por su orientación y su guía.**

**A todos los médicos que han compartido conmigo su experiencia profesional, que han contribuido a mi formación como Médico.**

**A todos mis amigos, gracias por su comprensión y apoyo.**

**Y a todos los que me faltaron gracias por todo¡¡**

## RESUMEN

“DEPENDENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA CONTRA EL TABAQUISMO EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL S.XXI”

**Dr. José Manuel Martínez Vergara**, Dra. Silvia Landgrave Ibáñez, Dr. Marco Antonio Fernández Corso, Dr. Jafet Méndez López.

**OBJETIVO GENERAL:** Determinar la relación que existe entre la dependencia del hábito tabáquico, la depresión y/o ansiedad en los pacientes q acuden a la clínica contra el tabaquismo del CMN siglo XXI. Conscientes de que el tabaquismo es un síntoma más de patología social, observamos que a pesar de que se percibe nos sentimos impotentes para la solución de este problema, por lo tanto el propósito del presente trabajo es dejar sólo un precedente, poner en evidencia, someterlo a consideración y exaltar nuevas inquietudes que sirvan para la creación de planes y programas que permitan su pronta y verdadera solución.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo. El cual se realizó en clínica contra el tabaquismo del servicio de Neumología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Para lo cual se aplicó el inventario de HAD a los pacientes que allí acuden, en un período de tiempo de enero a junio 2011, que incluyó un total de 150 pacientes, los cuales cumplieron todos los criterios de inclusión.

**RESULTADOS:** Del total de pacientes (n=150) 79(53%) fueron del sexo femenino y 71 (47%) del sexo masculino. 84 de los pacientes (56%) se encontraron dentro del rango de edad entre los 18 y 40 años. 78 pacientes (52%) no mostraron datos de ansiedad; así como 93 (62%) tampoco mostraron datos de depresión. 91 pacientes (60.6%) no tienen dependencia nicotínica.

**CONCLUSIONES:** En este estudio se demostró que no existe una relación positiva entre dependencia nicotínica, ansiedad y/o depresión como se dice en la literatura. Además de que la prevalencia de mujeres fumadores va en aumento.

**PALABRAS CLAVE:** Tabaquismo, dependencia nicotínica, depresión, ansiedad.



## INDICE

### “DEPENDENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA CONTRA EL TABAQUISMO EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL S.XXI”

1. MARCO TEÓRICO.....	9
a. TABAQUISMO.....	9
b. DEPRESIÓN.....	12
c. CUESTIONARIO DE FAGERSTROM.....	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
3. JUSTIFICACIÓN.....	16
4. OBJETIVOS.....	17
5. HIPÓTESIS.....	18
6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
a. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	19
b. UNIVERSO.....	20
c. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	21
d. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	21
e. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	21
f. DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	22
g. OPERACIONALIZACIÓN EDE LAS VARIABLES.....	25
h. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
i. DISEÑO ESTADÍSTICO.....	27
j. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.....	28
k. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	29
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
8. RESULTADOS.....	34
9. DISCUSIÓN.....	47
10. CONCLUSIONES.....	50
11. BIBLIOGRAFÍA.....	51
12. ANEXOS.....	55

## MARCO TEÓRICO:

El tabaquismo así como los trastornos de ansiedad y depresión son importantes problemas de salud pública tanto en el mundo como en nuestro país. A pesar de la evidencia que se tiene hasta ahora sobre la alta comorbilidad entre la ansiedad-depresión y el tabaquismo, su tratamiento por lo general se aplica de forma independiente, por lo que se reconoce la urgente necesidad de integrar su atención<sup>(1)</sup>.

## TABAQUISMO.

La adicción al tabaco es, a nivel mundial, una de las principales causas de morbilidad y deterioro de la calidad de vida, y ocasiona cinco millones de muertes al año (una de cada diez defunciones de adultos en el mundo<sup>(2)</sup>). La mitad de las personas que en la actualidad fuman, es decir unos 650 millones de personas, morirán a causa del tabaco. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que de mantenerse las tendencias actuales, para el año 2020 el tabaquismo será responsable de 10 millones de defunciones, de las cuales siete de cada diez ocurrirán en los países en desarrollo. Para el año 2030 el tabaquismo será la principal causa de muerte en el mundo. Sin embargo, el consumo de tabaco es la principal causa de mortalidad prevenible a nivel mundial<sup>(3)</sup>.

De igual manera, la OMS advierte que la gran mayoría de la población mundial vive en países en desarrollo, en donde la tendencia en el incremento del consumo de tabaco contrasta con los pocos recursos disponibles para responder a los problemas de salud, sociales y económicos que genera dicho consumo. Al mismo tiempo, las industrias tabacaleras incrementan y diversifican sus estrategias de mercado y promoción para tener un mayor número de consumidores entre los grupos vulnerables (mujeres y adolescentes) en tales países<sup>(2)</sup>.

Unos 700 millones de niños, es decir casi la mitad de los niños del mundo, respiran aire contaminado ocasionado por el humo del tabaco, ya que ni la ventilación y/o la filtración del aire pueden reducir la exposición al humo de tabaco en espacios interiores a niveles aceptables<sup>(4,5,7)</sup>.

En el humo de tabaco hay unos 4000 productos químicos conocidos, de los cuales se sabe que más de 50 causan cáncer en el ser humano. Esta adicción se asocia estrechamente con enfermedades como cáncer de pulmón, boca, faringe, laringe, esófago, estómago, páncreas, cérvico-uterino, riñón y vesícula. Además es causa del 90% de los casos de cáncer de pulmón y está asociado a muchos otros padecimientos como enfisema, bronquitis, asma, accidentes cerebrovasculares, ataques cardíacos, enfermedades cardiovasculares e infertilidad<sup>(6)</sup>. Varios de estos problemas de salud no se

hacen evidentes en forma inmediata y pasan muchos años antes de que el fumador comience a presentar los signos y síntomas de dichos padecimientos. Algunas de estas enfermedades provocan invalidez, e implican un alto costo social y económico, ya que los consumidores de tabaco son menos productivos debido a su mayor vulnerabilidad a las enfermedades<sup>(8,9)</sup>. Además de los elevados costos de salud pública relacionados con el tratamiento de enfermedades causadas por el cigarro, el tabaquismo provoca la muerte de personas en la cúspide de su vida productiva, privando a las familias de sustento y a las naciones de una fuerza de trabajo sana<sup>(10)</sup>.

Por otro lado, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes, una iniciativa conjunta de la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), la prevalencia del consumo de tabaco diferente a los de los cigarrillos, tales como el rapé y las pipas de agua (11.2%) es mayor entre los adolescentes que la del consumo de cigarrillos (8.9%), por lo que las anteriores estimaciones del número de muertes relacionadas con el tabaquismo podrían ser conservadoras<sup>(2,710,11)</sup>.

En México, de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Adicciones, existen 14 millones de fumadores y 9.6 millones de ex fumadores. Se ha reportado que de éstos, 70% desea dejar de fumar o lo ha intentado, pero sólo 15% lo logra de manera permanente, antes de los 60 años <sup>(7,11,12)</sup>. Alrededor de 60000 personas mueren al año por padecimientos vinculados con el tabaquismo, entre los que destacan: enfermedad isquémica del corazón (22778 defunciones); enfisema, bronquitis crónica y EPOC (17390 muertes); enfermedad cerebrovascular (13751 defunciones), y cáncer de pulmón, bronquios y traquea (6168 muertes)<sup>(12,13)</sup>. Según los resultados de la ENA 2002 se advierten edades de inicio en el tabaquismo cada vez más tempranas, en comparación con los resultados de 1988, y al mismo tiempo se detectó un incremento de esta adicción en las mujeres. Casi un millón de adolescentes de 12 a 17 años, en área urbana, son fumadores (10.1%), con mayor prevalencia en los hombres (15.4%) respecto de las mujeres (4.8%). En el área rural la prevalencia de fumadores es de 6.1 (11.3% hombres y 1% mujeres). En cuanto a los fumadores adultos de 18 a 65 años de edad, la prevalencia es de 30.2% (12.9 millones) en el área urbana. La prevalencia por sexo es de 45.3% en hombres y 18.4% en mujeres. En el área rural existen 16.6% (2.2 millones) de fumadores, siendo 32.3% hombres y 4.2% mujeres. Casi todos los fumadores actuales del área urbana son jóvenes de 18 a 29 años (40.8%). En el área rural, los fumadores se concentran en grupos extremos de la vida, 28.8% en el grupo de 18 a 29 años y 27.1% en los de 50 a 65 años<sup>(14,15)</sup>. De acuerdo con la tercera encuesta sobre consumo de drogas en población de enseñanza media y media superior de la Ciudad de México, el consumo de tabaco “alguna vez” ha afectado a más del 50% de los estudiantes de manera similar para hombres y mujeres (51.1% y 50.1%, respectivamente). En relación con el consumo actual, el porcentaje de usuarios se reduce a menos de la mitad, y es ligeramente mayor el consumo en los hombres (23.4%). Al analizar el consumo de tabaco por nivel

educativo, se reportó que el porcentaje de usuarios de nivel secundaria es bajo (38.4%), en comparación con los de bachillerato (68.4%) y los de escuelas técnicas (67.9%). Al considerar la edad de los adolescentes, se observó que un porcentaje importante de adolescentes de 17 años (39.6%) ha fumado en el último mes. El cambio más drástico se presenta de los 14 a los 15 años, ya que ahí se observa cómo casi se triplica la proporción de consumidores actuales<sup>(14,15,17)</sup>.

En nuestro país el tabaquismo se encuentra entre las principales causas de mortalidad y morbilidad, según el factor de riesgo <sup>(8)</sup>. Las muertes asociadas con el consumo de tabaco generan la pérdida de 20 a 25 años de vida productiva<sup>(18)</sup>.

Desde el punto de vista socioeconómico, el tabaquismo también tiene implicaciones importantes. En términos de ingresos y de capacidad de empleo, el cultivo del tabaco es la tercera actividad agrícola en México. La gran capacidad de manufactura de la planta del tabaco se observa en el hecho de que las ventas nacionales de cigarros han superado los 60,000 millones de dólares. Sin embargo, en términos de egresos el tabaquismo constituye una grave amenaza para la economía familiar: según la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) realizada en el 2002, el gasto en tabaco en un hogar de escasos recursos equivale a 5%. Por otro lado, según la marca de la cajetilla de cigarros adquirida diariamente se incrementará el porcentaje de gasto trimestral, y el consumo regular de una marca de precio alto puede llegar a significar el 21% del ingreso trimestral familiar<sup>(4,10,11,12)</sup>.

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el año 2004 los costos totales anuales derivados de la atención médica para las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco, tales como el infarto agudo del miocardio, la enfermedad vascular cerebral, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer pulmonar, correspondieron a 4.3% del gasto de operación de la institución<sup>(12)</sup>.

Por tratarse de un problema de salud pública grave, las campañas destinadas a prevenir este problema, así como diversos tratamientos destinados a lograr el abandono del consumo de tabaco han cobrado importancia. Entre los factores relacionados con el tabaquismo, recientemente se ha analizado que como ocurre en el caso de otras adicciones, la comorbilidad psiquiátrica es un factor relevante<sup>(15)</sup>.

Varios estudios han revelado una asociación positiva entre el hábito de fumar y algunos trastornos psiquiátricos y neurológicos como depresión, esquizofrenia, Alzheimer, Parkinson y Síndrome de Gilles de la Tourette. Además, en fumadores adolescentes, de 13 a 15 años, se ha encontrado una relación entre los problemas psicosociales y el establecimiento del hábito de fumar<sup>(14,15)</sup>.

Una hipótesis que explica dicha relación, es que los trastornos del estado de ánimo podrían ser primarios y revelarse con la abstinencia<sup>(25)</sup>. Así, estos pacientes desarrollan una fuerte dependencia al tabaco y pueden requerir de varios intentos y de tratamientos a largo plazo para lograr la abstinencia<sup>(24,25)</sup>.

## DEPRESIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó en el año 2002 que la prevalencia de los trastornos depresivos en la población general es de 154012 casos, de los cuales el 62% son mujeres (95023 casos). Los trastornos depresivos son responsables de un total de 13349 defunciones al año, concentrándose en el periodo de vida adulta de los 45 a 59 años de edad<sup>(1,2)</sup>.

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, y se estima que para el año 2020 será la segunda causa de baja laboral en los países desarrollados<sup>(19,20,26)</sup>.

Los pacientes con depresión presentan niveles de discapacidad por arriba del promedio registrado en pacientes con otras enfermedades crónicas, tales como hipertensión, diabetes, artritis y dolor de espalda. 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<sup>(27)</sup>. De igual manera, se ha reportado una importante asociación entre la depresión y las enfermedades cardíacas<sup>(19)</sup>.

En México, la depresión unipolar severa se clasifica entre las principales causas de mortalidad y carga de enfermedad a nivel nacional. Se estima una prevalencia de 12 a 20% entre la población adulta de 18 a 65 años<sup>(20)</sup>.

En la Ciudad de México la prevalencia de los trastornos depresivos durante la vida de la población adulta de 18 a 65 años, es de 12%, con un alto riesgo de recurrencia, ya que 59% de las personas que padecieron episodios depresivos, reportaron más de uno. La edad promedio en la que se inicia este tipo de trastornos se ubicó en la segunda mitad de la tercera década de la vida. En relación con las diferencias por género, se encontró que este tipo de trastornos lo padecen dos mujeres por cada hombre. La frecuencia de las discapacidades relacionadas con los trastornos es

semejante en ambos géneros, sin embargo, son las mujeres las que con más frecuencia buscan ayuda<sup>(20,21,23)</sup>.

Por todo lo mencionado anteriormente, es que nos daremos a la tarea de investigar la prevalencia de depresión y ansiedad de los pacientes con hábito tabáquico mediante los inventarios de HAD y de BECK; los cuáles tienen por objetivo detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios ambulatorios comunitarios o de atención primaria, así como también determinar la gravedad de los mismos<sup>(27)</sup>.

El cuestionario de HAD (por sus siglas en inglés Hospital Anxiety and Depression Scale) para valorar ansiedad y depresión, consta de catorce ítems: siete corresponden a la subescala de depresión y siete a la subescala de ansiedad. Los ítems impares configuran la subescala de ansiedad y su escala de respuesta se puntúa de 3 a 0. Los pares conforman la subescala de depresión y se puntúan de 0 a 3. La puntuación total en cada subescala se obtiene sumando las de los ítems correspondientes, con un rango cada una de 0 a 21. En ambos casos, a mayor puntuación, mayor nivel de ansiedad o depresión. Puntuaciones en cualquiera de las subescalas que estén por debajo de ocho se consideran en el rango de la normalidad; entre ocho y diez indica casos dudosos; y por encima de diez indican síntomas ansiosos o depresivos<sup>(31)</sup>.

En cuanto al cuestionario de Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas.

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)<sup>(32)</sup>. Somoza y colaboradores<sup>(33)</sup> han propuesto como punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Osman<sup>10</sup> 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.

Según los autores, el inventario debe ser utilizado en clínica e investigación acompañado por otros cuestionarios como el inventario de Depresión de Beck y las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton y



constituiría una herramienta más para la valoración de ANSI edad. En un análisis comparativo realizado por Piotrowski en 1999<sup>(34)</sup> encontró que era el tercer test más utilizado para valorar ansiedad.

Se ha mostrado apropiada para valorar cambios tras el tratamiento<sup>(35)</sup>.

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:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	> 30 puntos

Además se apoyará este estudio con el cuestionario de Fagerstrom, el cuál se trata de un cuestionario autoadministrado, diseñado para la evaluación de la dependencia nicotínica relacionada con el consumo de cigarrillos. La versión original, Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ), fue publicada en 1978 y contenía 8 items. Con posterioridad, en 1991, Heatherton et al. propusieron la supresión de 2 items (cantidad de nicotina que contiene sus cigarrillos y si el paciente se traga o no el humo) ya que no encontraron una relación adecuada con las medidas bioquímicas y contribuían a las deficientes propiedades psicométricas del cuestionario. De este modo, nació el Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), cuestionario de 6 items que analiza la cantidad de cigarrillos consumidos por el paciente, la compulsión por fumar y la dependencia nicotínica (29,30). Los items se contestan de dos modos diferentes: 4 de ellos son de respuesta dicotómica (si o no) y los otros 2 se responden según una escala tipo Likert de 4 puntos (0 a 3 puntos). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada item y oscila de 0 a 10 puntos<sup>(28,29,30,31)</sup>.

Es un cuestionario muy breve y fácil de aplicar, esto lo convierte en un buen dispositivo de screening y una guía útil para planificar la estrategia de tratamiento y su intensidad.

La escala de de corrección que suele aplicar es la siguiente:

- 0-2: No dependencia
- 3-4: dependencia débil
- 5-6: dependencia moderada
- 7-8: fuerte dependencia
- 9-10: dependencia muy fuerte

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Es bien sabido que el tabaquismo es un problema de salud pública, ya que ocasiona muchas muertes al año por cáncer de pulmón tanto en hombre como en mujeres.

Y por otro lado también está la depresión, cuya prevalencia está en aumento día con día, y se dice que dentro de pocos años el 90% de las personas que viven en el Distrito Federal presentarán cierto grado de depresión.

Por lo que me asalta la siguiente pregunta: ¿cuál es la relación entre el grado de dependencia al hábito tabáquico y la depresión, en pacientes que acuden a la clínica contra el tabaquismo del CMN SXXI?



## JUSTIFICACIÓN:

El presente trabajo será realizado motivado por la inquietud de una de tantas problemáticas que padece nuestra sociedad, afectando por ende a los núcleos familiares que la componen. Esta motivación fue creada en el transcurso del contacto que se tiene con una serie de ciencias de tipo social, así como el trato constante con pacientes de la consulta externa cuyo fondo común en el problema de muchos de ellos, es ocasionada por alteraciones en su estado de ánimo.

Conscientes de que el tabaquismo es un síntoma más de patología social, observamos que a pesar de que se percibe nos sentimos impotentes para la solución de este problema, por lo tanto el propósito del presente trabajo es dejar sólo un precedente, poner en evidencia, someterlo a consideración y exaltar nuevas inquietudes que sirvan para la creación de planes y programas que permitan su pronta y verdadera solución.

No se pretende que como solución se entienda la desaparición del tabaco ni de la industria encargada de su producción, sino la elaboración de medidas preventivas encaminadas a la orientación individual, familiar y colectiva, utilizando para ello los medios personales y los masivos de comunicación.

## OBJETIVOS.

### OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación que existe entre la dependencia del hábito tabáquico y la depresión, en los pacientes que acuden a la clínica contra el tabaquismo del CMN siglo XXI.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.- Conocer el grado de depresión en los pacientes fumadores que acuden a la clínica contra el tabaquismo del CMN siglo XXI antes y al término de su tratamiento.

2.-. Conocer el grado de dependencia al hábito tabáquico de los pacientes y su relación con el grado de depresión.

3.- Conocer el grado de depresión y de dependencia al hábito tabáquico con respecto a la edad, al sexo y la cronicidad del tabaquismo.

HIPÓTESIS:

HIPÓTESIS ALTERNA

H1.

A mayor dependencia tabáquica mayor grado de depresión.

HIPÓTESIS NULA

H0.

A mayor dependencia tabáquica menor grado de depresión.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### TIPO DE INVESTIGACIÓN

### DISEÑO DEL ESTUDIO

- a) Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO
- b) De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL

## UNIVERSO O POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Los grupos formados en la clínica contra el tabaquismo en el servicio de Neumología del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el periodo comprendido de Enero a Junio del año 2011.

Tomando en cuenta que en cada grupo se inscriben entre 25 y 30 personas, y que la terapia aplicada a los mismos dura 9 semanas; se espera una población aproximada de 120 personas, los cuales serán considerados para este estudio (36).

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todos los pacientes fumadores, derechohabientes del IMSS, de ambos sexos, mayores de edad, que participen en los grupos de la clínica contra el tabaquismo del CMN-SXXI.
- Que firmen el consentimiento informado para la realización de los cuestionarios de ansiedad y depresión.
- Que contesten los cuestionarios de depresión de HAD y dependencia de Fagerström.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con patología crónico-degenerativa.
- Pacientes con alteraciones cognitivas que le impidan contestar los cuestionarios.
- Cuestionarios incompletos.

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Por el tipo de estudio no contamos con criterios de eliminación.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Depresión (grado de depresión)

VARIABLE INDEPENDIENTE: Tabaquismo (hábito tabáquico)

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

La **depresión** (del latín *depressus*, que significa 'abatido', 'derribado') es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte). También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias

tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento educativo.

El **grado de dependencia al hábito tabáquico** según Fagerström analiza la cantidad de cigarrillos consumidos por el paciente, la compulsión por fumar y la dependencia nicotínica

## DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Ansiedad y Depresión: en este estudio la depresión será evaluada mediante el inventario de HAD, el cual tienen por objetivos detectar trastornos de depresión y ansiedad en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios ambulatorios comunitarios o de atención primaria, así como también determinar la gravedad de los mismos. El cuestionario de HAD (por sus siglas en inglés Hospital Anxiety and Depression Scale) para valorar ansiedad y depresión, consta de catorce ítems: siete corresponden a la subescala de depresión y siete a la subescala de ansiedad. Puntuaciones en cualquiera de las subescalas que estén por debajo de ocho se consideran en el rango de la normalidad; entre ocho y diez indica casos dudosos; y por encima de diez indican síntomas ansiosos o depresivos.

- Menos de 8 pts = normal
- 8 – 10 pts = dudoso
- Más de 10 pts = síntomas de ansiedad o depresión



En cuanto al cuestionario de Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. 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:

- No depresión: 0-9 puntos
- Depresión leve: 10-18 puntos
- Depresión moderada: 19-29 puntos
- Depresión grave: > 30 puntos

**GRADO DE DEPENDENCIA NICOTÍNICA:** para este estudio se empleará el cuestionario de Fagerstrom, el cuál se trata de un cuestionario autoadministrado, diseñado para la evaluación de la dependencia nicotínica relacionada con el consumo de cigarrillos. Este cuestionario consta de 6 items que analiza la cantidad de cigarrillos consumidos por el paciente, la compulsión por fumar y la dependencia nicotínica. Los items se contestan de dos modos diferentes: 4 de ellos son de respuesta dicotómica (sí o no) y los otros 2 se responden según una escala tipo Likert de 4 puntos (0 a 3 puntos). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem y oscila de 0 a 10 puntos.

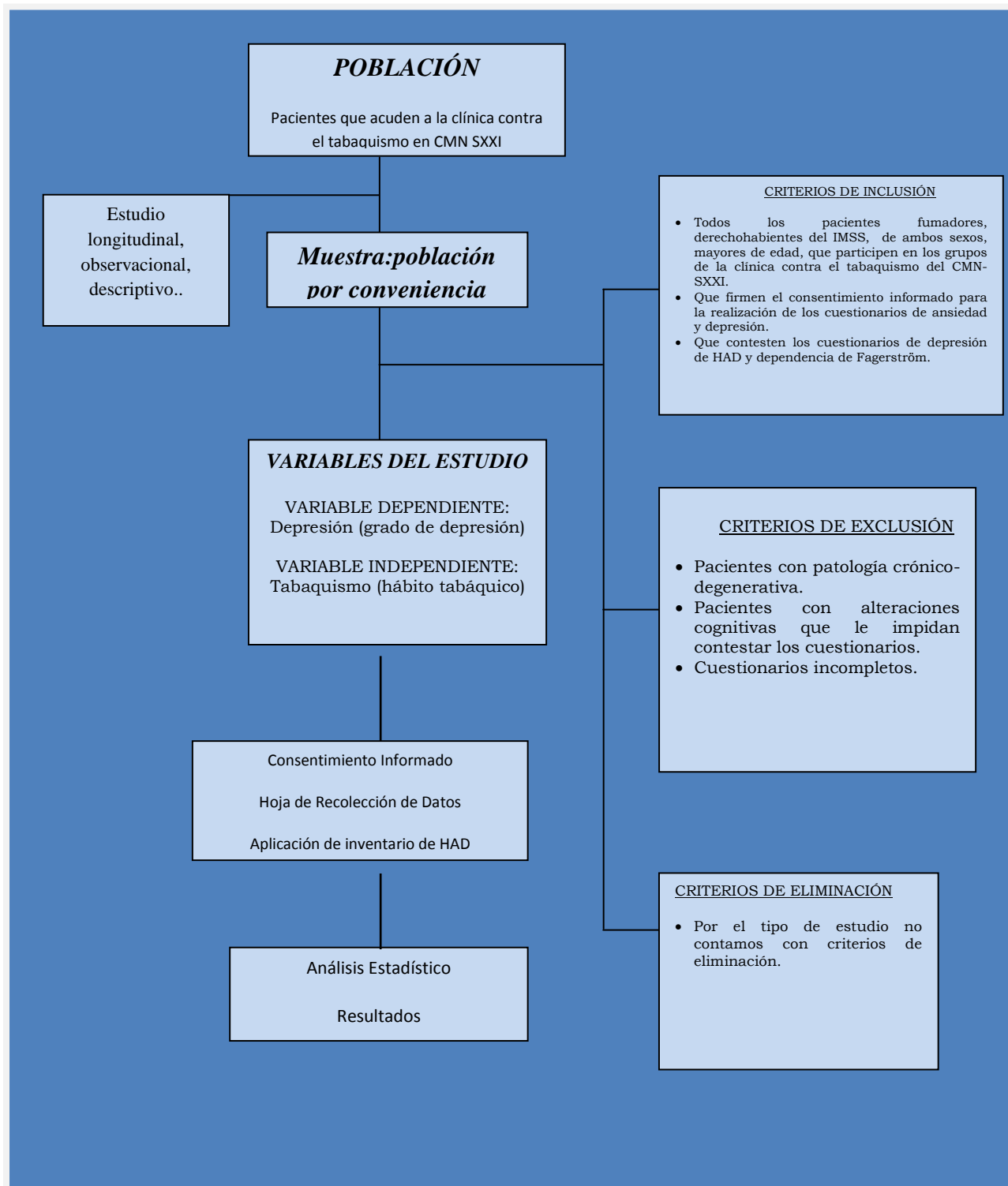
La escala de de corrección que suele aplicar es la siguiente:

- 0-2: No dependencia
- 3-4: dependencia débil
- 5-6: dependencia moderada
- 7-8: fuerte dependencia
- 9-10: dependencia muy fuerte

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<b>VARIABLES</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>VALOR DE LAS VARIABLES</b>
<b>DEPRESIÓN</b>	<b>CUALITATIVA</b>	<b>NOMINAL</b>	<b>1. NO DEPRESIÓN 2. DEPRESIÓN LEVE 3. DEPRESIÓN MODERADA 4. DEPRESIÓN GRAVE</b>
<b>DEPENDENCIA NICOTÍNICA</b>	<b>CUALITATIVA</b>	<b>NOMINAL</b>	<b>1.NO DEPENDENCIA 2.DEPENDENCIA LEVE 3.DEPENDENCIA MODERADA 4.FUERTE DEPENDENCIA 5-DEPENDENCIA MUY FUERTE</b>

# DISEÑO DE LA INVESTIACIÓN



## **DISEÑO ESTADISTICO**

El análisis estadístico se llevará acabo a través del programa SPSS 16 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizará medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), frecuencias y porcentajes, utilizando tablas de contingencia para el análisis de dos variables.

El tamaño de la muestra se calculó por conveniencia, en una población cautiva de la clínica contra el tabaquismo del CMN SXXI, utilizando el 100% de la población del universo en cuestión, evitando así sesgos por cálculo de tamaño de muestra.

## **INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN**

Para el presente estudio se realizarán los inventarios de Beck y de HAD, los cuáles tienen por objetivo detectar trastornos de depresión y ansiedad en los pacientes que presentan hábito tabáquico. El inventario de HAD consta de catorce ítems: siete corresponden a la subescala de depresión y siete a la subescala de ansiedad. Puntuaciones en cualquiera de las subescalas que estén por debajo de ocho se consideran en el rango de la normalidad; entro ocho y diez indica casos dudosos; y por encima de diez indican síntomas ansiosos o depresivos (31).

Además se apoyará este estudio con el cuestionario de Fagerstrom, el cuál se trata de un cuestionario autoadministrado, diseñado para la evaluación de la dependencia nicotínica relacionada con el consumo de cigarrillos.

## **MÉTODO DE RECOLECCIÓN**

1. Se consultará el censo nominal de los pacientes que acuden a la clínica contra el tabaquismo en el servicio de neumología del Centro Médico Nacional siglo XXI.
2. Se les abordará en su primer cita para explicarles el motivo del estudio.
3. Se solicitará la autorización y la firma en la carta de consentimiento informado.
4. Se les explicará el método a emplear para contestar los cuestionarios de autoaplicación de HAD y Fagerström a los pacientes.
5. Se les realizará un segunda aplicación de dichos cuestionarios al término de su tratamiento en un promedio de dos meses.
6. Se creará la base de datos.
7. Se graficarán los resultados en Excel.
8. Se realizará el análisis bivariado en el programa SPSS.

## **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS**

1. Se debe aplicar los inventarios de Fagerström y de HAD de manera individual. Se aplicará a todos los pacientes que cuenten con los criterios de inclusión antes mencionados.
2. La prueba deberá realizarse en 30 minutos en promedio.
3. Es importante recordar que las respuestas no requieren ayuda de otras personas.
4. No debe hacerse mención de lo que el test obtendrá como resultado al inicio de la aplicación. Hay razones para creer que los resultados pueden verse influenciados si la prueba es presentada con tal comentario.
5. Los sujetos deben ser informados de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar.
6. El examinador debe decir: usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no esté seguro de qué alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta.
7. El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser él quien debe buscar sus percepciones u opiniones.
8. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición.
9. El examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que sólo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.

## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y**

### **FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO**

Para la realización de este proyecto se cuenta con un investigador. Además de los test de evaluación de depresión y ansiedad de HAD y FAGERSYTROM.

Para la realización de esta investigación se contará con:

1. Una computadora HP, con procesador PENTIUM IV.
2. Una impresora HP Deskjet D1460
3. Escáner Epson para el copiado de imágenes.
4. Sistema operativo Windows XP profesional y Office 2007.
5. Software SPSS V16
6. Disco compacto y unidad de almacenamiento (USB) para guardar toda la investigación.
7. Servicio de fotocopiado para reproducir los test de evaluación  
Lápices, borradores, hojas y papelería en general  
Los gastos en general se absorberán por el investigador



## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente protocolo de estudio se basa en:

### **1. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial .**

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975.

- \_ 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia Octubre 1983
- \_ 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, Septiembre 1989
- \_ 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996
- \_ 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia Octubre 2000

Donde la Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

Así como el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

### **2. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial.**

Vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente"

### **3. El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México.**

## **TITULO SEGUNDO**

### **De los Aspectos Eticos de la Investigación en Seres Humanos.**

#### **CAPITULO I**

**ARTICULO 17.-** Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

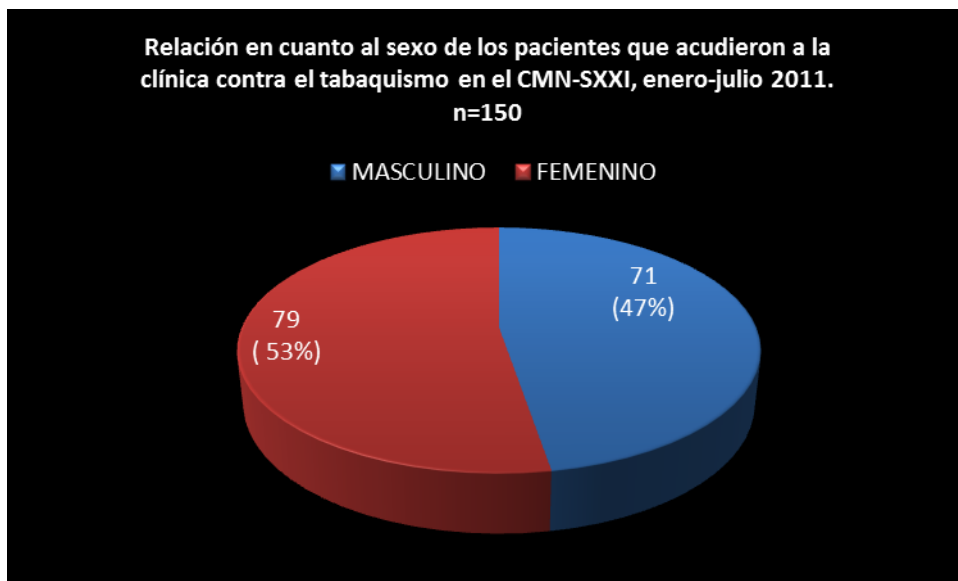
Para fines de este estudio se elaborará la siguiente carta de consentimiento informado (ver anexo 4).

## RESULTADOS

Se realizó el siguiente estudio en clínica contra el tabaquismo del servicio de Neumología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, que incluyó un total de 150 pacientes, los cuales cumplieron todos los criterios de inclusión.

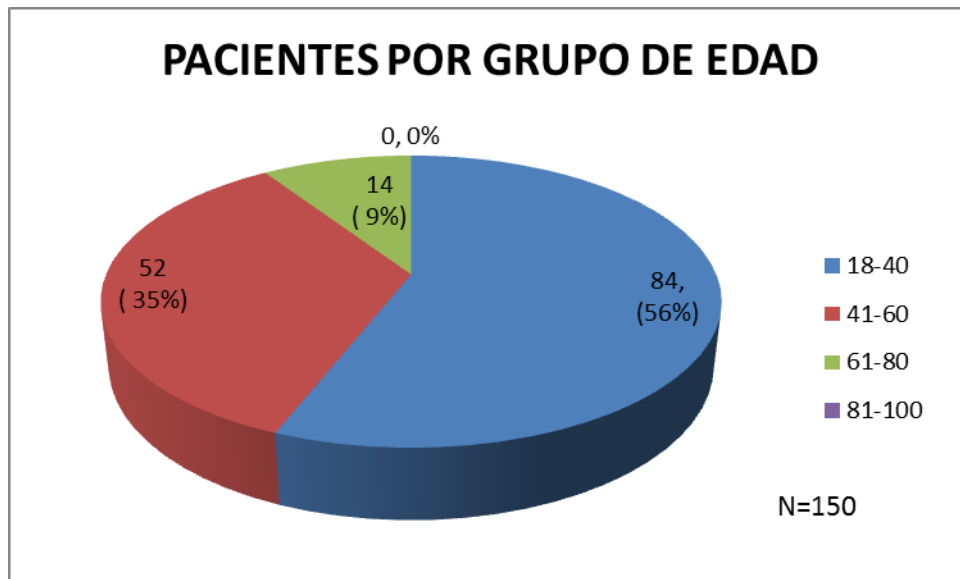
Del total de pacientes (n=150) 79(53%) fueron del sexo femenino y 71 (47%) del sexo masculino.

Gráfico 1



Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos

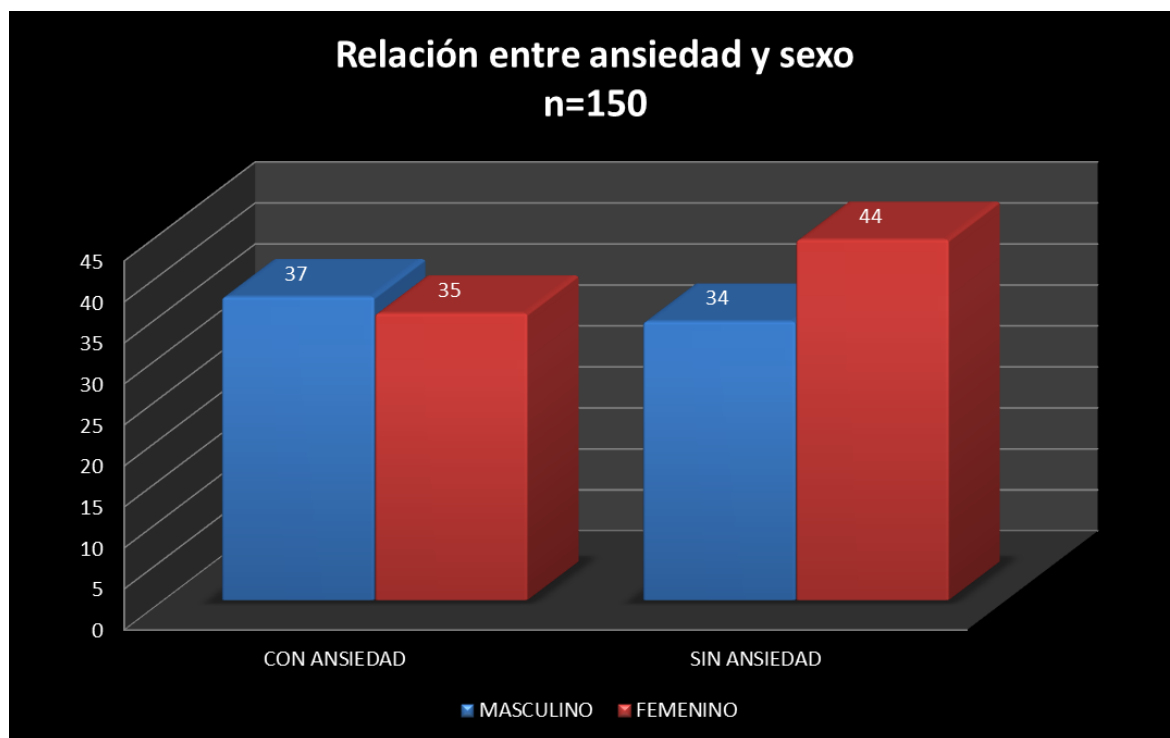
GRAFICO 2



Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos

El total de población estudiada, 150 pacientes, abarcó un rango de edad desde los 18 hasta los 78 años, con una media de 36. Se dividió en 4 grupos etarios, encontrándose una mayor frecuencia en el grupo de 18 a 40 años y de 41 a 60 años, con un total de 84 y 52 pacientes respectivamente, representando 56 y 35% del total.

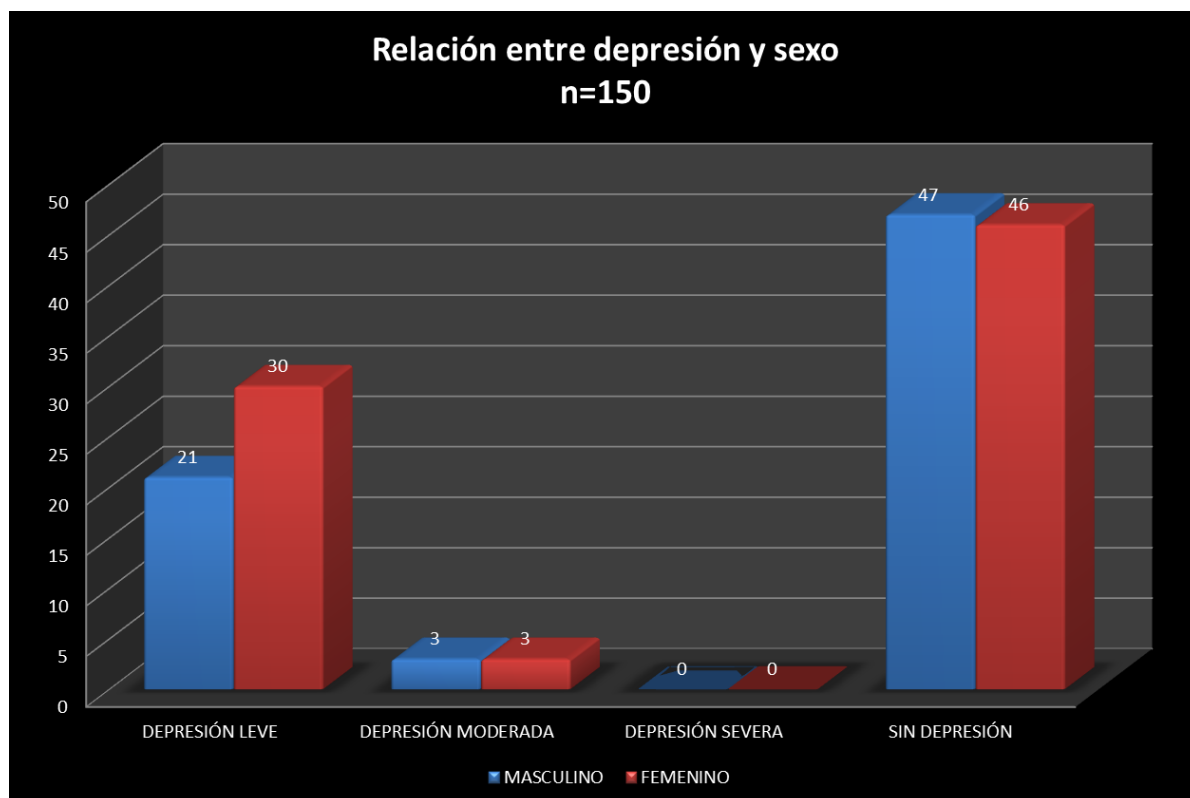
GRAFICO 3



Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos e inventario de HAD.

En relación a la ansiedad se encontró una mayor prevalencia de 78 pacientes (52%) sin ansiedad, de los cuales 44 son del sexo femenino (56.41%) y 34 masculino (43.58%), y con ansiedad se encontró una menor prevalencia con 72 pacientes (48%), de los cuales 35 son femeninos (48.61%) y 37 del sexo masculino (51.38%).

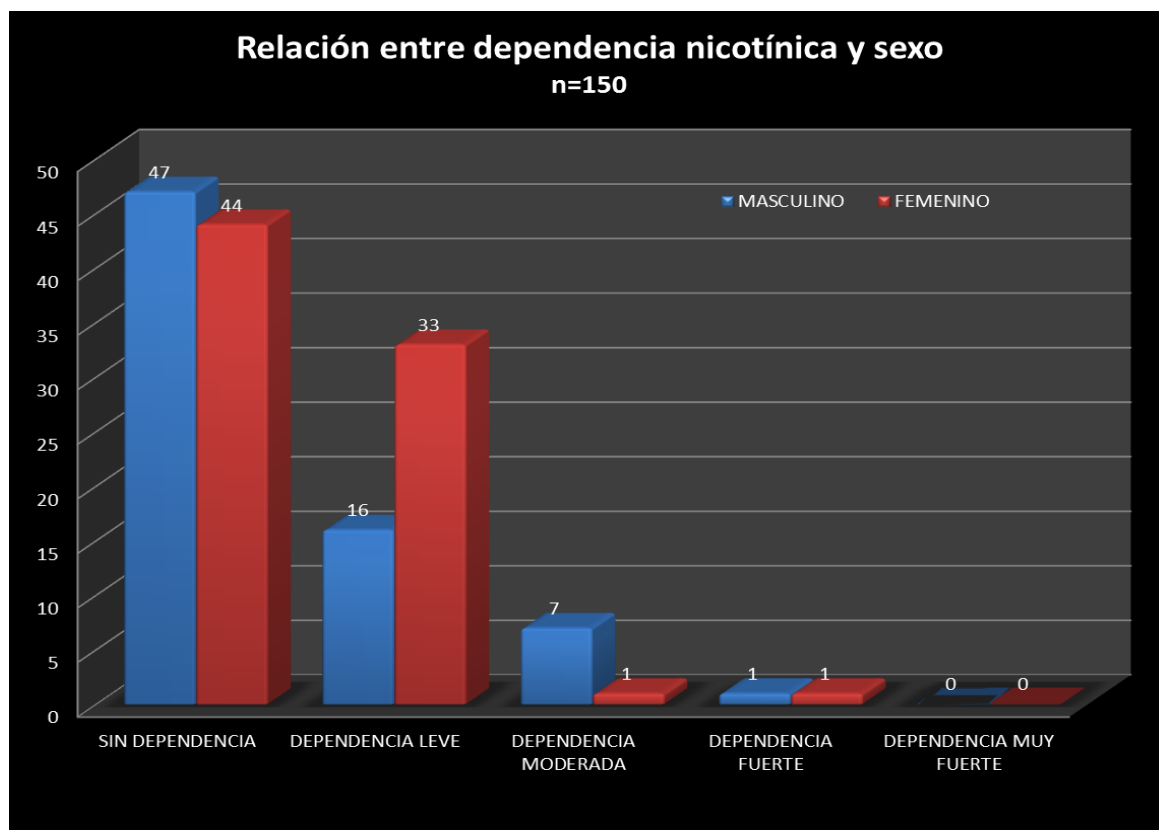
GRAFICO 4



Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos e inventario de HAD y Beck.

En relación a la depresión se encontró una mayor prevalencia de 93 pacientes sin ésta, que representan un 62%, de los cuales 46 son del sexo femenino (49.4%) y 47 masculinos (50.5%). Con depresión se encontró una mayor prevalencia en el sexo femenino con 33 pacientes (57.8%), de las cuales 30 presentaron depresión leve (90.9%) y 3 depresión moderada (9.09%). En el sexo masculino se encontraron 24 pacientes con depresión (42.1%), de los cuales 21 presentaron depresión leve (87.5%) y 3 depresión moderada (12.5%). No se encontraron pacientes con depresión severa en este estudio.

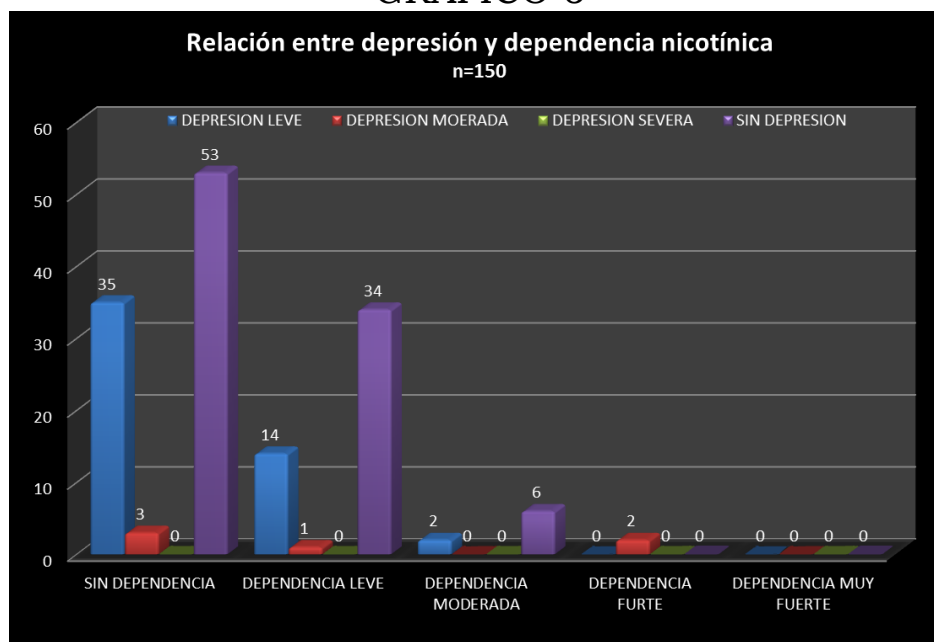
GRAFICO 5



Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos y cuestionario Fagerstrom.

En cuanto a la variable de dependencia, se encontraron 91 pacientes sin ésta (60.6%). De acuerdo al grado de dependencia según el sexo se encontró una mayor prevalencia en el femenino con 35 pacientes (23.3%), de las cuales 33 presentaron una dependencia leve (94.2%), 1 con dependencia moderada y 1 más con dependencia fuerte (2.8% cada una). Por su parte, 24 pacientes del sexo masculino (16%) presentaron dependencia, 16 de manera leve (66.6%), 7 dependencia moderada (29.16%) y 1 con dependencia fuerte (4.16%). No se encontraron pacientes con dependencia muy fuerte en este estudio.

GRAFICO 6



Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos e inventario de Beck.

En lo que respecta al grado de depresión según la dependencia nicotínica, se encontraron 91 pacientes sin dependencia nicotínica según el cuestionario Fagerstrom, que representan el 60.6%. De éstos, 53 pacientes (58.24%) no presentaron algún grado de depresión, 35 (38.46%) con depresión leve y solamente 3 presentaron depresión moderada (3.29%).

Se registraron 49 pacientes con dependencia leve (32.66%), de los cuales 14 (28.57%) presentaron depresión leve, 1 paciente (2.04%) con depresión moderada. 34 pacientes (69.38%) no mostraron datos de depresión.

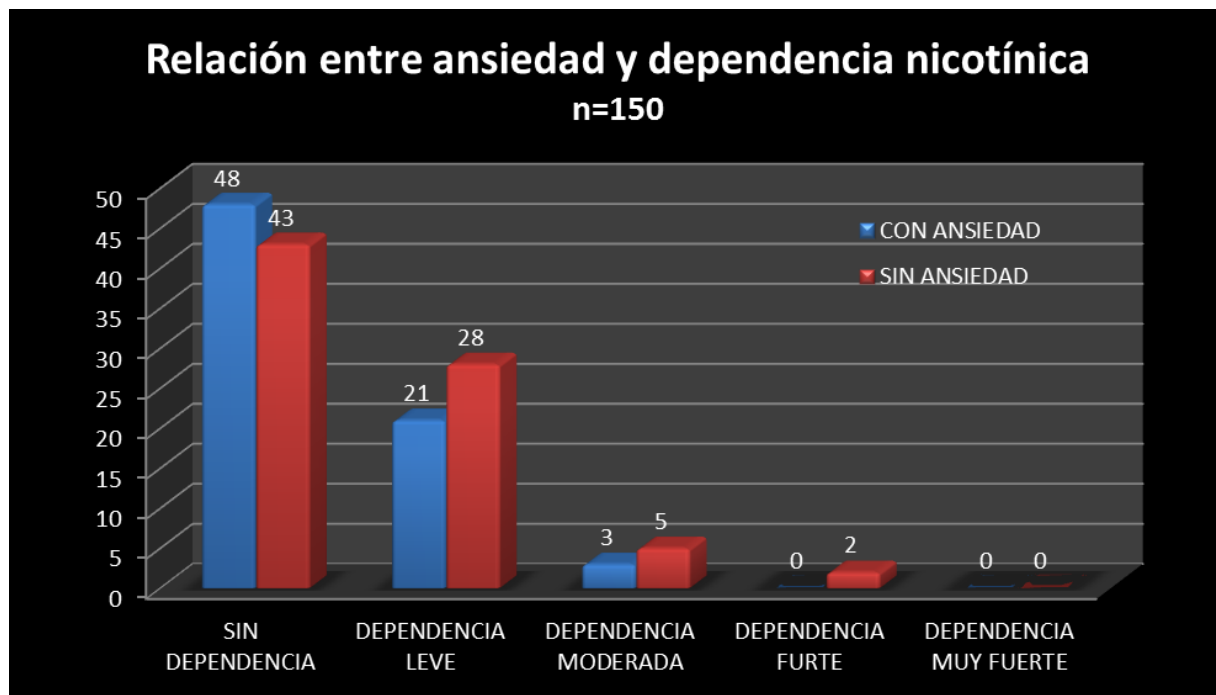
Hubo un registro de 8 pacientes (5.33%) con dependencia nicotínica moderada, de los cuales 2 (25%) presentaron depresión leve, y el resto (6 pacientes, 75%) no presentaron algún grado de depresión.

Solamente se presentaron 2 pacientes con dependencia fuerte a la nicotina (1.3%), mismos que presentaron depresión moderada.

En este estudio no se registraron pacientes con dependencia nicotínica muy fuerte ni con depresión severa.



GRAFICO 7



Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos e inventario de Fagerstrom.

En relación al grado de dependencia nicotínica y la ansiedad, se encontraron 91 pacientes (60.66%) sin dependencia, de los cuales 48 (52.74%) registraron datos de ansiedad y 43 (47.25%) sin ansiedad.

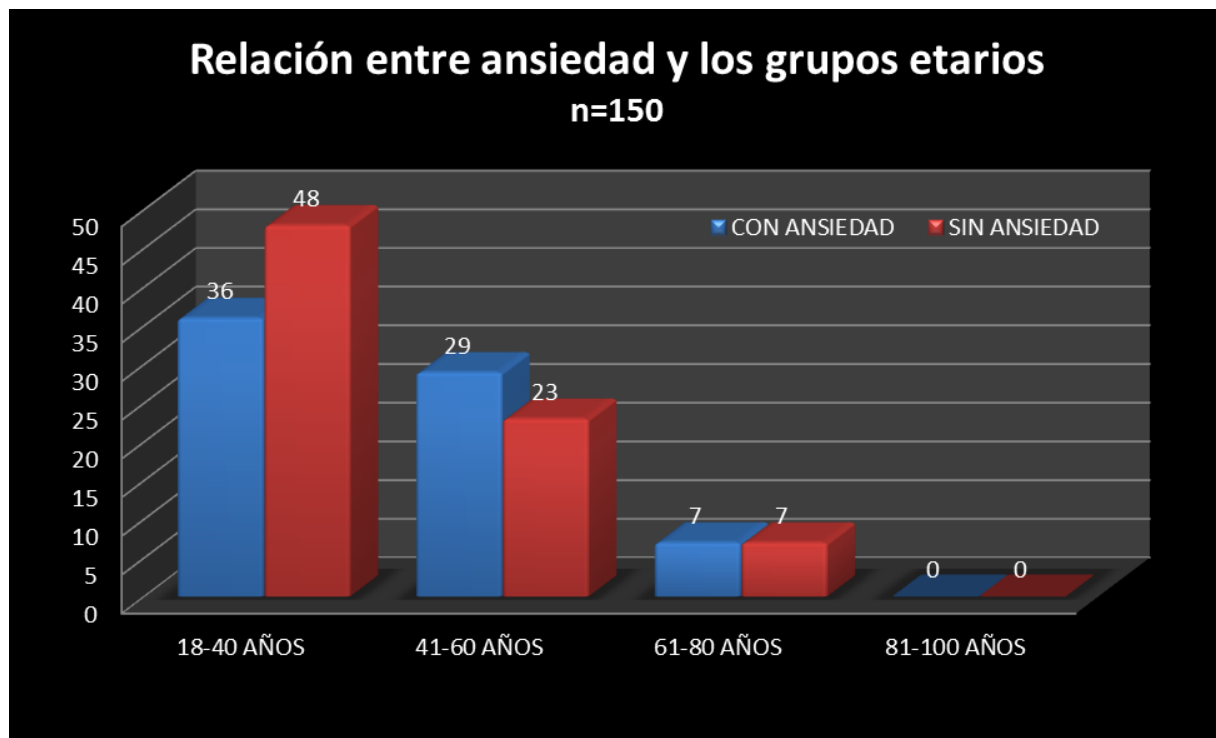
De los pacientes con dependencia leve (49, 32.66%) 21 (42.85%) mostraron ansiedad y 28 (57.14%) no.

Se demostraron 8 pacientes con un grado de dependencia moderada (5.33%), de los cuales solo 3 (37.5%) mostraron ansiedad y los otros 5 (62.5%) no la mostraron.

Y de los 2 pacientes (1.33%) que registraron un grado de dependencia fuerte a la nicotina no se registraron datos de ansiedad.

No hubo registro de pacientes con dependencia muy fuerte a la nicotina.

GRAFICO 8

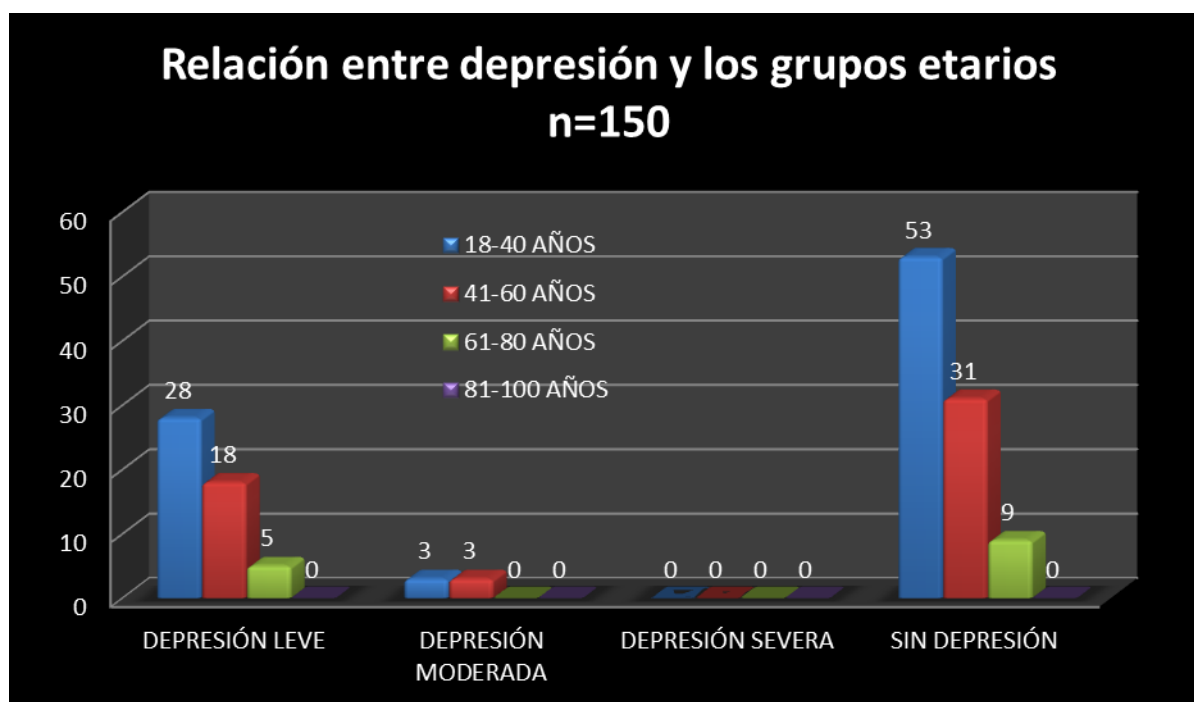


Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos e inventario de HAD

En este estudio se encontró una prevalencia de ansiedad del 24% en el grupo etario de 18 a 40 años con un total de 36 pacientes; sin embargo se registró una mayor prevalencia (del 55.76%) de ansiedad en el grupo etario que va de los 41 años a los 60.

No obstante hubo un registro del 52% (78 pacientes) de personas sin ansiedad de los cuales la mayoría (48 pacientes, 57.14%) se encuentra en el rango de edad que va de los 18 a los 40 años.

GRAFICO 9



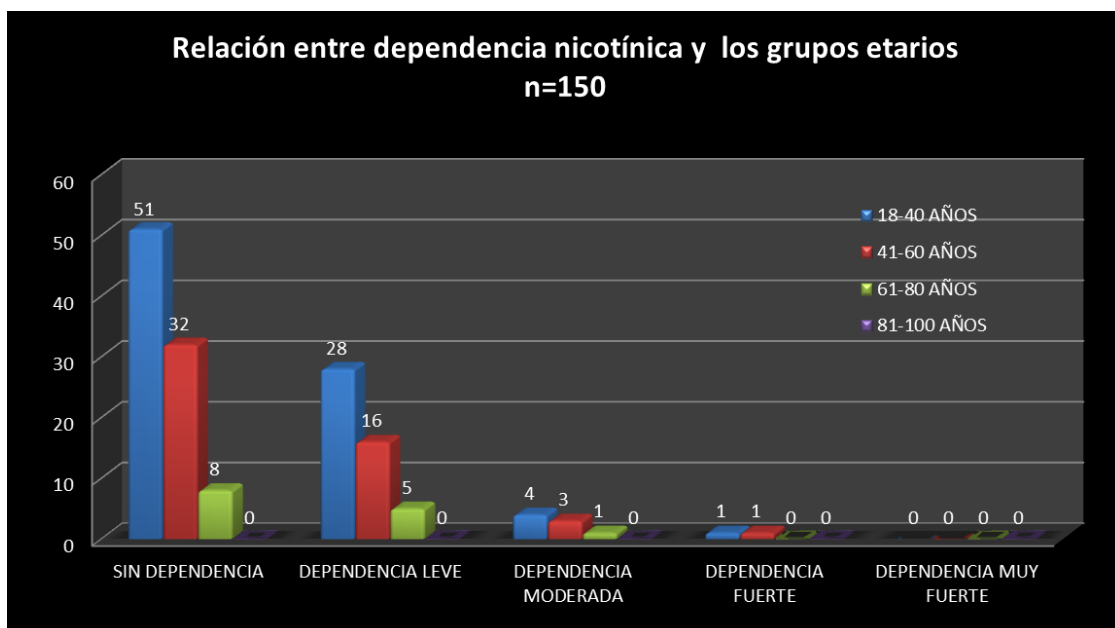
Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos e inventario de Beck.

Se encontró una prevalencia de depresión leve del 33.33% (28 pacientes), del 34.61% (18 pacientes) y del 35.71% (5 pacientes) en los rangos de edad de 18 a 40 años, 41 a 60 años y de 61 a 80 años respectivamente.

Se registró un 3.57% (3 pacientes) de depresión moderada en el rango de edad de los 18 a los 40 años, así como un 5.76% (3 pacientes) también de depresión moderada en el grupo etario de 41 a 60 años.

De los 93 pacientes sin depresión (62%), 53 (56.98%) se encontraron en el rango de edad de los 18 a los 40 años, 31 (33.33%) de los 41 a los 60 años y 9 (9.6%) en el rango que va de los 61 a los 80 años.

GRAFICO 10



Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos y cuestionario de Fagerstrom.

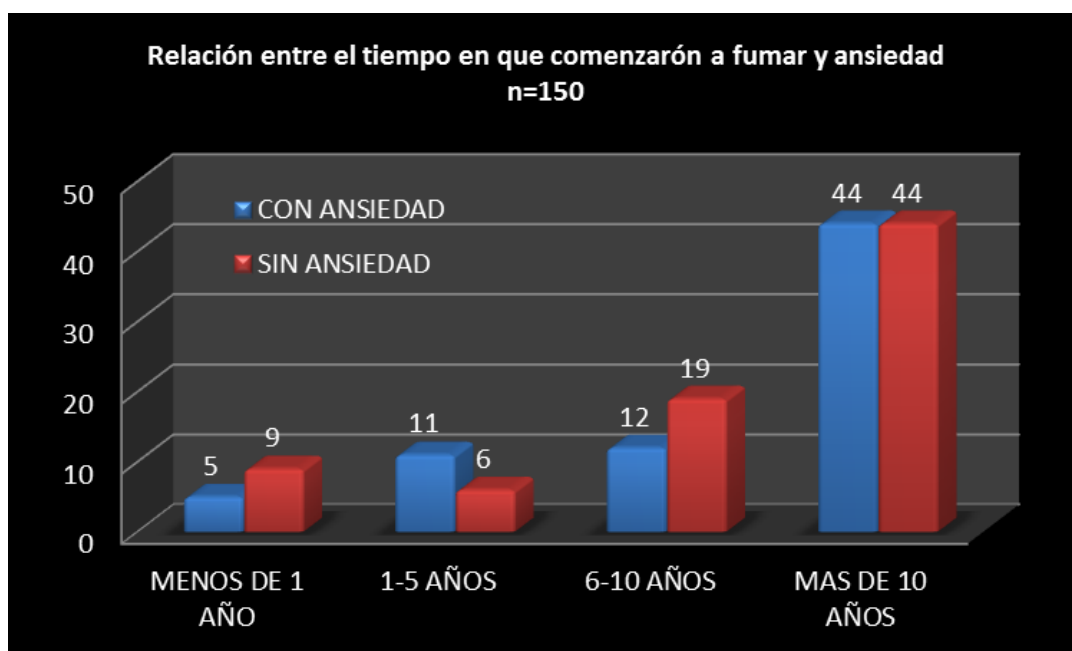
De los 91 pacientes que no registraron algún grado de dependencia nicotínica (60.6%), 51 (56.04%) se encuentran en el rango de los 18 a los 40 años, 32 (35.16%) de los 41 a los 60 años y 8 (8.79%) de los 61 a los 80 años.

49 pacientes (32.66%) tuvieron un grado de dependencia a la nicotina leve, de estos 28 (57.14%) están entre los 18 y los 40 años, 16 (32.65%) de los 41 a los 60 años, y 5 (10.20%) de los 61 a los 80 años.

Con dependencia moderada se registraron 8 pacientes (5.33%), 4 (50%) están en el rango de edad de los 18 a los 40 años, y el otro 50% están repartidos en el rango de los 41 a los 60 años (3, 37.5%) y de los 61 a los 80 años (1, 12.5%).

Solamente 2 pacientes se registraron con una dependencia fuerte a la nicotina (1.33%), 50% en el rango de los 18 a los 40 años y el otro 50% de los 41 a los 60 años.

GRAFICO 11

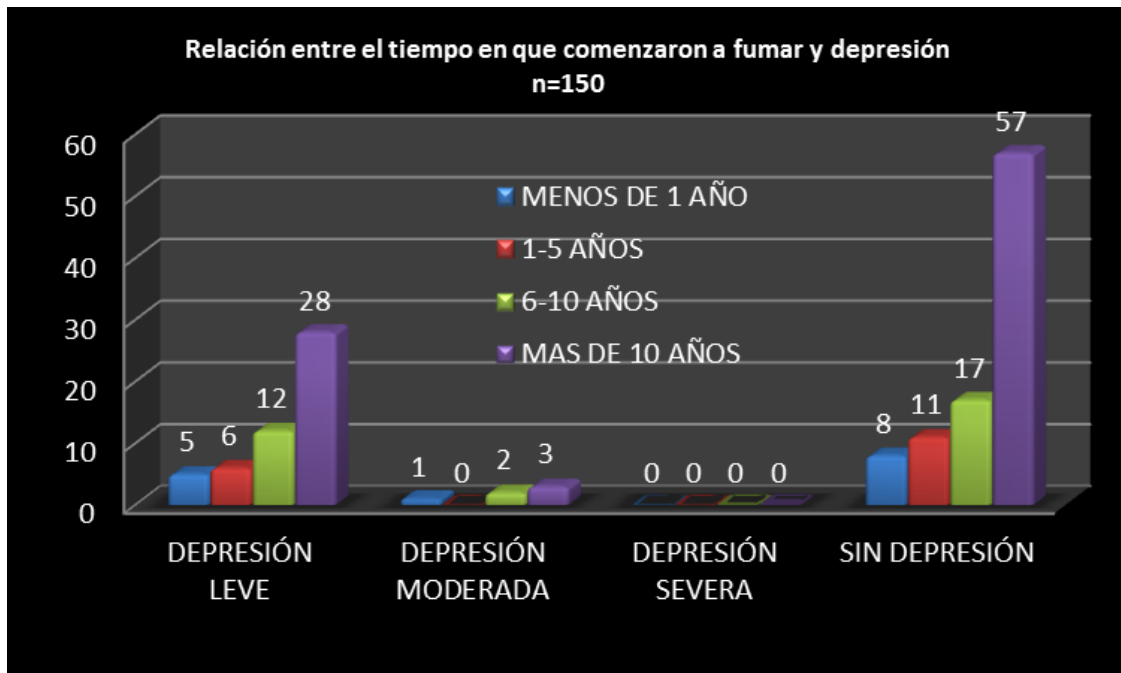


Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos e inventario de HAD.

Hubo un registro de 72 pacientes (48%) con ansiedad, de los cuales 44 (61.11%) comenzaron a fumar hace más de 10 años, 12 (16.66%) entre 6 y 10 años, 11 (15.27%) entre 1 y cinco años y 5 (6.94%) hace menos de un año.

78 pacientes (52%) no mostraron datos de ansiedad, de éstos 44 (56.41%) comenzaron a fumar hace más de 10 años, 19 (24.35%) comenzaron su hábito tabáquico entre 6 y 10 años, 6 (7.69%) entre 1 y 5 años y 9 (11.53%) hace menos de 1 año.

GRAFICO 12



Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos e inventario de Beck

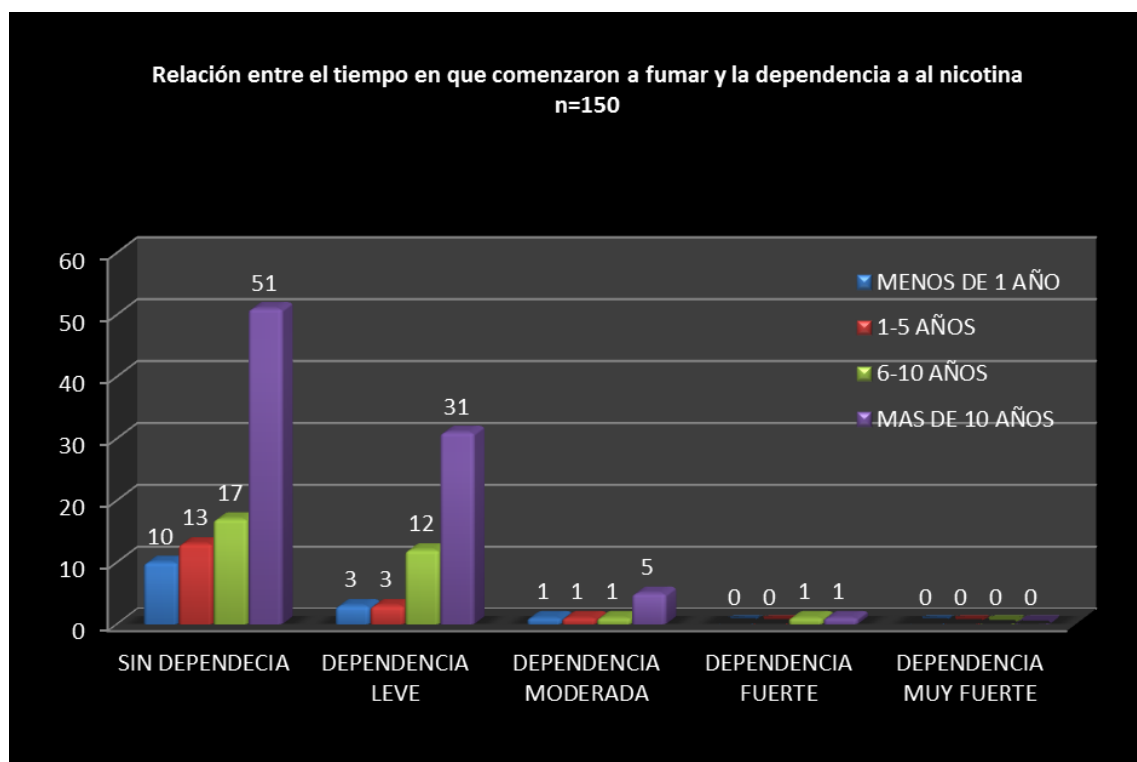
Se registraron 51 pacientes con datos de depresión leve (34%), de los cuales 28 (54.90%) comenzaron a fumar hace más de 10 años, 12 (23.52%) comenzaron entre 6 y 10 años, 6 (11.76%) entre 1 y 5 años y 5 (9.80%) comenzaron a fumar hace menos de 1 año.

El estudio arrojó un total de 6 pacientes (4%) con depresión moderada, de éstos 3 (50%) comenzaron su hábito tabáquico hace más de 10 años, 2 (33.33%) entre 6 y 10 años y solamente 1 (16.66%) comenzaron hace menos de un año.

Se registró un total de 93 pacientes sin depresión (62%), el 61,29% (57 pacientes) comenzaron a fumar hace más de 10 años, 17 pacientes (18.27%) entre 6 y 10 años, 11 pacientes (11.82%) entre 1 y 5 años y 8 pacientes (8.60%) hace menos de un año.

No se registraron pacientes con depresión severa.

## GRAFICO 13



Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos y cuestionario de Fagerstrom

Se obtuvo un registro de 91 pacientes (60.66%) sin dependencia nicotínica. 51 pacientes de éstos (56.04%) comenzaron a fumar hace más de 10 años, 17 (18.68%) lo hicieron entre 6 y 10 años atrás, 13 (14.28%) entre 1 y 5 años y 10 (10.91%) hace menos de un año.

Con dependencia leve se registraron 49 pacientes (32.66%) de los cuales 31 (63.26%) comenzaron a fumar hace más de 10 años, 12 (24.48%) lo hicieron entre 6 y 10 años atrás, 3 lo hicieron entre 1 y 5 años y otros 3 hace menos de un año (6.12% respectivamente).

Pacientes con una dependencia nicotínica moderada fueron un total de 8 (5.33%), 5 comenzaron a fumar hace más de 10 años (62.5%) y el resto está repartido en los rangos de 6 a 10 años, 1 y 5 años y menos de un año (1 en cada rango, 12.5% cada uno).

Solamente se registraron 2 pacientes (1.33%) con dependencia fuerte a la nicotina, 1 comenzó a fumar hace más de 10 años (50%) y el otro entre 6 y 10 años (50%).

No se registraron pacientes con dependencia muy fuerte a la nicotina.

## DISCUSIÓN

El presente estudio estuvo compuesto por un total de 150 pacientes que acudieron a la clínica contra el tabaquismo del servicio de neumología del hospital de cardiología del CMN-SXXI, de los cuales, el 53% (79 pacientes) fueron del sexo femenino y el 47% (71 pacientes) fueron del sexo masculino. Probablemente esto se deba a que en general las mujeres son las que más solicitan los servicios médicos de cualquier institución de salud. Esto comprueba que hoy en día las mujeres están alcanzando niveles cada vez más altos de igualdad social en todos los aspectos: económicos, sociales, culturales, etc. Y en este estudio pudo observarse que incluso las mujeres están presentando mayores índices de tabaquismo registrado.

También se encontró que el rango de edad que más población tuvo en este estudio fue el de 18 a los 40 años, con un total de 84 pacientes que representaron el 56% de la población estudiada. Esto pudiera tener varias vertientes; por un lado debido a las complicaciones que el tabaquismo produce (2, 10, 12) cada vez se ven menos personas adultas con el hábito tabáquico, y al contrario, cada vez más vemos más adolescentes y mujeres vulnerables a la mercadotecnia que envuelve a la industria tabacalera.

Continuando con el tema del sexo, en cuanto a género, se observó que los hombres tienden a presentar más ansiedad que las mujeres, con una prevalencia del 51.38%. No así hablando acerca de la depresión, donde se encontró una prevalencia mayor en las mujeres, con un 57.89%, de las cuales, afortunadamente solamente el 5.26% (3 pacientes del sexo femenino) presentaron un grado de depresión moderado. De la misma manera, más mujeres (52.66%) presentaron algún grado de dependencia a la nicotina en contraste con el género masculino.

Por otro lado, los resultados obtenidos en este estudio distan mucho de lo que la mayoría de la bibliografía reporta a nivel nacional e internacional en lo referente a la depresión y ansiedad relacionado con el tabaquismo; ya que se dice existe una asociación positiva entre el hábito tabáquico y factores



psiquiátricos y neurológicos como la depresión por ejemplo (14,15, 24, 25).

Sin embargo, en el presente estudio se encontró una prevalencia del 62% de pacientes (93) sin depresión alguna, de los cuales 31.33% (47 pacientes) fueron del sexo masculino y 30.66% (46 pacientes) del sexo femenino. De los que sí presentaron algún grado de depresión, la mayor prevalencia fue encontrada en el sexo femenino con un 57.8% (33 mujeres), de las cuales la mayor parte fue de un grado leve (90.9%, 30 mujeres). Del mismo modo, del 42.1% de los hombres que presentaron depresión, el 87.5% fue de manera leve.

Hablando de la ansiedad, también se observó que más de la mitad; es decir, el 52% no la presentaron, siendo la mayor prevalencia en las mujeres con un 56.41%.

Así pues, más de la mitad de los pacientes incluidos en este estudio (60.6%, 91 pacientes) no presentaron algún grado de dependencia nicotínica, a diferencia del otro 39.33% de pacientes que sí la presentaron, de los cuales 49 (83.05%) registraron una dependencia leve y con más de 10 años con el hábito tabáquico presente; una vez más las mujeres son protagonistas en este rubro también con un 23.3% contra el 16% de los hombres.

Además pudo observarse que de este 60.6% de pacientes sin dependencia nicotínica, más de la mitad, que representan el 58.24% (53 pacientes) tampoco presentan depresión, dato que puede correlacionarse con lo descrito en párrafos anteriores. Y de los que sí presentaron dependencia a la nicotina, la mayor parte tienen datos de depresión leve (38.46%, 35 pacientes) y solamente 3.29% (3 pacientes) presentaron depresión moderada. Y en cuanto a la ansiedad, el 52.74% (48 pacientes) sin dependencia nicotínica presentan datos de ansiedad. Como puede verse, más que depresión.

El otro 32.66% (49 pacientes) que presentó un grado de dependencia leve tampoco presentó algún grado de depresión (69.38%, 34 pacientes), ni de ansiedad (57.14%, 28 pacientes), más de la mitad como puede observarse, el resto presentó un grado de depresión leve (28.57%, 14 pacientes) y la minoría (2.04%, 1 paciente) con una depresión moderada. Un pequeño

porcentaje (5.33%, 8 pacientes) presentó un grado de dependencia nicotínica moderada, y una vez más el 75% (6 pacientes) no mostraron depresión alguna ni ansiedad tampoco (62.5%, 5 pacientes), y sólo el 25% de éstos pacientes tienen depresión leve (2). No así con los que presentaron una dependencia fuerte a la nicotina (1.3%, 2 pacientes), ya que estos presentaron un grado de depresión moderada; sin embargo, representan a la minoría.

Hablando de los grupos etarios que más presentan el hábito tabáquico, el 56% se encuentra en el rango que va de los 18 a los 40 años de edad, con un total de 84 pacientes, y le siguen el grupo etario de los 41 a los 60 años con un 35% (52 pacientes), y la minoría representada por el grupo de los 61 a los 80 años de edad, con una prevalencia del 9% (14 pacientes). De todos estos, los que más ansiedad presentaron, con un 55.76% fueron los que se encuentran entre los 41 y los 60 años de edad, pero cabe mencionar que más de la mitad de los pacientes incluidos en este estudio, que representan el 52% no mostraron datos de ansiedad, en este grupo sin ansiedad, los que se encuentran entre los 18 y los 40 años fueron la mayoría (57.14%) tampoco mostraron depresión alguna (62%, 93 pacientes) ni dependencia de la nicotina (60.6%). Los que presentaron un grado moderado de depresión se encuentran en el rango de edad de los 41 a los 60 años de edad (5.76%).

Todos los datos anteriores no se reportan en estudios previos, por lo que serán de gran utilidad para futuras investigaciones.

## CONCLUSIONES

El presente estudio cumplió con el objetivo general de determinar la relación que existe entre la dependencia del hábito tabáquico, la depresión y ansiedad que se presenta en los pacientes que acuden a la clínica contra el tabaquismo del hospital de cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Pudo observarse que, a diferencia de la mayoría de la literatura consultada para esta investigación, no se encontró relación alguna entre la depresión y/o ansiedad con la dependencia nicotínica descrita. Esto tal vez debido al sesgo que pudiese presentarse al contestar este tipo de cuestionarios tan personales por parte de los encuestados del género masculino; pues partamos del hecho de que, por género, al hombre le cuesta mucho trabajo hablar acerca de sus sentimientos, por lo que habría que cuestionarse la veracidad de las respuestas encontradas en este tipo de inventarios, no así con los pacientes del sexo femenino.

Aún así, este tipo de cuestionarios utilizados para esta investigación (Beck, HAD) son, sin duda alguna, instrumentos muy utilizados a nivel mundial, ya que cuentan con características específicas que los hacen fáciles de utilizar, de manera rápida, por lo que son muy útiles y pueden convertirse en una gran herramienta para nosotros los médicos de primer contacto para la identificación de posibles casos de depresión y/o ansiedad en la población en la que nos desenvolvemos.

Y si hacemos mancuerna con el cuestionario de Fagerstrom para identificar el grado de dependencia nicotínica en nuestros pacientes fumadores, creo firmemente en que podremos contribuir a disminuir la incidencia de esta adicción que nos está consumiendo poco a poco y está terminando con nuestra salud.

Considero que, dada la alta prevalencia de mujeres fumadoras en nuestro medio, y que son estas mismas las que nos visitan en nuestros consultorios como madres, como hijas, como amigas, trabajadoras, etc; es menester por nuestra parte identificar este tipo de problemas de salud pública y darles un manejo integral para mejorar su calidad de vida e intervenir oportunamente en pos de evitar las complicaciones ya conocidas.

## BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/english/ad/sde/ra/tobdefault.htm>; 2007.
2. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/healthinfo/statics/gbdwhoregionprevalence2002.xls>; 2008.
3. Pan American Health Organization. Disponible en: <http://www.paho.org/english/ad/sde/ra/tobdefault.htm>; 2008.
4. Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) Secretaría de Salud y Consejo Nacional Contra las Adicciones. Disponible en: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx); 2002.
5. SSA. Programa Nacional de Salud 2001 – 2006. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomcompi/pns20012006.pdf>; 2001.
6. Kuri P, González J, Hoy M, Cortés M. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública Mex* 2006;48:S91-S98.
7. Villatoro J, Hernández I, Hernández H, Fleiz C, Blanco J et al. Encuesta de Consumo de Drogas de Estudiantes III 1991-2003 SEP- INPRFM. México: Disco compacto; ISB-968-7652-42-8; 2004.
8. González-Pier E et al. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. *Lancet* 2006;368:1608-1618.
9. Meneses F. Cultivo y producción de tabaco en México. En: Valdés R, Lazcano E, Hernández M (ed.). Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el convenio marco para el control del tabaco; 2005; p.289-296. Disponible en: <http://www.insp.mx/tabaco/informe/parteXI.pdf>.

10. Sesma S, Pérez R, Puentes E, Valdés R. 2005 El precio como determinante del consumo de tabaco en México, 1994–2002. En: Valdés R, Lazcano E, Hernández M (ed.). Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el convenio marco para el control del tabaco; 2005.
11. Valdés R, Hernández M. La política fiscal aplicada al tabaco en México: 1980-2005. En: Valdés R, Lazcano E, Hernández M (ed.). Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el convenio marco para el control del tabaco; 2005; p. 109-113. Disponible en: <http://www.insp.mx/tabaco/informe/parteIV.pdf>.
12. Reynales-Shigematsu LM, Rodríguez-Bolaños RA, Jiménez JA, Juárez-Marquez SA, Castro-Rios A et al. Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Méx 2006;48(1):48-64.
13. Barclay L, Kheifets S. Tobacco use in Alzheimer's disease. Prog Clin Biol Res 1989;317:189-194.
14. Chang G, Sherritt L, Knight JR. Adolescent cigarette smoking and mental health symptoms. J Adolesc Health 2005;36(6):517-22.
15. Crone MR, Reijneveld SA. The association of behavioural and emotional problems with tobacco use in adolescence. Addict Behav 2007;32(8):1692-8.
16. Glass RM. Blue mood, blackened lungs- depression and smoking. JAMA 1990;264:1583-1584.
17. Nides M. Update on pharmacologic options for smoking cessation treatment. Am J Med 2008;121(4suppl1): S20/s31.
18. Greer S. Cancer and the mind. Br J Psychiatry 1983; 143:535-543.
19. Carney RM, Freedland KE, Miller GE, Jaffe AS. Depression as a risk factor for cardiac mortality and

morbidity: a review of potential mechanisms. *J Psychosom Res* 2002;53:897-902.

20. SERSAME. Servicios de Salud Mental. Disponible en: <http://sersame.salud.gob.mx/depresion.htm#intro>; 2002.

21. Moreno Coutiño, Ana M., *Salud Mental*, “Tabaquismo y depresión”, 2008, 31:409-415.

22. Sánchez Villegas, A., *Medicina Clínica*, “Efecto del tabaco sobre la incidencia de depresión en la cohorte SUN (Seguimiento Universidad Navarra) después de 6 años de seguimiento”, 2007, 15: 67-76.

23. Columbo, Enrique, *Archivos Argentinos de Pediatría*, “Tabaquismo”, 2005, 103 (5): 450-475.

24. Cosi Casanellas, A., *Salud Global*, “Tabaquismo, tratamiento en la atención primaria”, 2004, 1 (2): 12-14.

25. Ponciano Rodríguez, Guadalupe, “La depresión y el tabaquismo, ¿Causa o efecto?”, *Clínica contra el tabaquismo*, UNAM, 2006, 3 (5): 15-18.

26. Buena-Casal, Gusalberto, “Manual de evaluación en psicología clínica y de salud”, Siglo XXI de España Editores, 1996, p: 145-147.

27. Grissom GR, Philips RA, “Screening for depression”, *Arch Intern Med*, 2005, 163: 1214-6.

28. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors* 1978; 3: 235-246.

29. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. The Fagerstrom Test of Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction* 1991; 86: 1119-1127.

30. Becona E, Vázquez FL. The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports* 1998; 83(3 Pt2): 1455-1458
31. <http://centros-psyicotécnicos.es>
32. 8.- Beck AT, Brown G, Epstein N y Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005; 56:893-7.
33. 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* 2006; 32(7): 771-82.
34. Piotrowski C. The status of the Beck Anxiety Inventory in contemporary research. *Psychol Rep* 2009; 85(1): 261-2.
35. American Psychiatric Association. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, 2005.
36. Guía de práctica clínica para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo y de la exposición al humo de tabaco. Octubre 2008. IMSS, pp51-54.

# ANEXOS



# ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 "GABRIEL MANCERA"

## HOJA DE DATOS

Día      Mes      Año

NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ No. EXP \_\_\_\_\_ GRUPO \_\_\_\_\_

A QUE EDAD COMENZÓ A FUMAR USTED?

- A) Menos de un año
- B) De uno a cinco años
- C) De cinco a diez años
- D) Más de diez años

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente cada una de las siguientes oraciones y luego, marque con una X la respuesta que mejor lo (la) describa.

### CUESTIONARIO DE FARGERSTROM

### PUNTOS

1.- ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	31 o más	3	1 pipa = a 3 cigarrillos 1 puro = a 4-5 cigarrillos
	21 a 30	2	
	11 a 20	1	
	Menos de 10	0	
2.- ¿Fuma usted más cigarrillos durante la primera parte del día que durante el resto ?	Si	1	
	No	0	
3.- Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarrillo:	Menos de 5 min	3	
	De 6 a 30 min	2	
	De 31 a 60 min	1	
4.- ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?	El primero de la mañana	1	

5.- ¿Le es difícil no fumar donde se prohíbe fumar?	Algún otro	0
	Si	1
	No	0
6.- ¿Fuma usted cuando esta enfermo o incluso en cama?	Si	1
	No	0

## ANEXO 2

### INVENTARIO DE HAD

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente cada una de las siguientes oraciones y luego, marque con una X la respuesta que mejor lo (la) describa.

- 1.- Me siento muy tenso o nervioso  
 Casi todo el tiempo  
 Gran parte del día  
 De vez en cuando  
 Nunca
- 2.- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre  
 Definitivamente igual que antes  
 No tanto como antes  
 Solamente un poco  
 Ya no disfruto nada
- 3.- Siento una especie de temor como si algo fuera a suceder  
 Sí y muy intenso  
 Sí, pero no muy intenso  
 Sí, pero no me preocupa  
 No siento nada de eso
- 4.- Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas  
 Igual que siempre  
 Actualmente algo menos  
 Actualmente mucho menos  
 Actualmente en absoluto
- 5.- Tengo la cabeza llena de preocupaciones  
 Casi todo el día  
 Gran parte del día  
 De vez en cuando  
 Nunca
- 6.- Me siento alegre  
 Nunca  
 Muy pocas veces  
 En algunas ocasiones  
 Gran parte del día
- 7.- Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente  
 Siempre  
 A menudo  
 Raras veces  
 Nunca
- 8.- Me siento lento/a y torpe  
 Gran parte del día  
 A menudo  
 A veces  
 Nunca
- 9.- Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueo" en el estómago  
 Nunca  
 Sólo en algunas ocasiones  
 A menudo  
 Muy a menudo
- 10.- He perdido interés por mi aspecto personal  
 Completamente  
 No me cuido como debería hacerlo  
 Es posible que no me cuido como debiera  
 Me cuido como siempre lo he hecho
- 11.- Me siento inquieto/a como si no pudiera dejar de moverme  
 Realmente mucho  
 Bastante  
 No mucho  
 No, en lo absoluto
- 12.- Espero las cosas con ilusión  
 Como siempre  
 Algo menos que antes  
 Mucho menos que antes  
 No, en absoluto
- 13.- Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor  
 Muy a menudo  
 Con cierta frecuencia  
 Rara vez  
 Nunca
- 14.- Soy capaz de disfrutar con un buen libro, o con un buen programa de radio o televisión  
 A menudo  
 Algunas veces  
 Pocas veces  
 Casi nunca

## ANEXO 3

### INSTRUCCIONES

En este cuestionario (INVENTARIO DE BECK) hay grupos de afirmaciones, lea cuidadosamente cada una de las oraciones, luego elija la afirmación que en cada grupo describa mejor la manera como se ha sentido durante la semana anterior, incluyendo hoy. Dibuje un círculo sobre el número que esté al lado de la afirmación que elija.

Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su estado actual, ponga un círculo en cada una de ellas. Asegúrese de leer cada una de las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1.
  - 0 No me siento triste
  - 1 Me siento triste
  - 2 Me siento todo el tiempo y no puedo escapar de este estado
  - 3 Estoy tan triste e infeliz que no lo puedo soportar
  
2.
  - 0 No estoy especialmente decepcionado (a), acerca del futuro
  - 1 Me siento decepcionado (a) acerca del futuro
  - 2 Siento que no tengo ninguna ilusión en el futuro
  - 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
  
3.
  - 0 No me siento como un fracaso
  - 1 Siento que he fracasado más que el promedio de las personas
  - 2 Si reflexiono sobre mi vida pasada, sólo encuentro un montón de errores
  - 3 Siento que como persona soy un completo fracaso
  
4.
  - 0 Obtengo la misma satisfacción de las cosas como en pasado
  - 1 No disfruto de las cosas como antes
  - 2 Ahora, ya no tengo una verdadera satisfacción en nada
  - 3 Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) con todo
  
5.
  - 0 No me siento especialmente culpable
  - 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo
  - 2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo
  - 3 Me siento culpable todo el tiempo
  
6.
  - 0 No siento que estoy siendo castigado (a)
  - 1 Siento que, posiblemente estoy castigado (a)
  - 2 Espero ser castigado (a)
  - 3 Siento que estoy siendo castigado (a)
  
7.
  - 0 No me siento decepcionado (a) de mi mismo (a)
  - 1 Estoy decepcionado (a) de mi mismo (a)
  - 2 Estoy disgustado (a) conmigo mismo (a)
  - 3 Me odio

- 8.
- 0 No siento que soy peor que cualquier otra persona
  - 1 Me critico a mi mismo (a) mis debilidades y mis errores
  - 2 Siempre me culpo por mis errores
  - 3 Me culpo a mi mismo (a) por todo lo malo que sucede
- 9.
- 0 No tengo pensamiento de matarme en absoluto
  - 1 Tengo pensamientos de matarme pero no lo llevaría a cabo
  - 2 Me gustaría matarme
  - 3 Me mataría si tuviera oportunidad
- 10.
- 0 No lloró más de lo común
  - 1 Lloro ahora más que antes
  - 2 Ahora lloro todo el tiempo
  - 3 Antes podía llorar, pero ahora no puedo aunque quiera
- 11.
- 0 No estoy más enojado (a) ahora que en cualquier otra ocasión
  - 1 Me enojo o me molesto más fácilmente ahora que antes
  - 2 Ahora me siento enojado (a) todo el tiempo
  - 3 Me enojo más fácilmente por las cosas que antes no me enojaban
- 12.
- 0 No he perdido el interés en otras personas
  - 1 Estoy menos interesado en otras personas que antes
  - 2 He perdido la mayor parte del interés en otras personas
  - 3 He perdido todo el interés en otras personas
- 13.
- 0 Tomo decisiones aproximadamente tan bien como antes
  - 1 Pospongo el tomar decisiones más seguido que antes
  - 2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones que antes
  - 3 Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- 14.
- 0 No siento que me veo peor que en el pasado
  - 1 Me preocupo de verme viejo (a) y no atractivo (a)
  - 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen verme no atractivo (a)
  - 3 Creo que me veo feo (a)
- 15.
- 0 Puedo trabajar aproximadamente tan bien como antes
  - 1 Es un esfuerzo especial el comenzar a realizar algo
  - 2 Tengo que empujarme enérgicamente para hacer cualquier cosa
  - 3 No puedo hacer absolutamente nada
- 16.
- 0 Puedo dormir tan bien como de costumbre
  - 1 No duermo tan bien como en el pasado
  - 2 Me despierto de 1 a 12 horas antes de lo que acostumbro y me cuesta trabajo volverme a dormir
  - 3 Me despierto varias horas más temprano que antes y me es imposible volverme a dormir

- 17.
- 0 No me canso mas que de costumbre
  - 1 Me canso más fácilmente que en el pasado
  - 2 Me canso de hacer casi cualquier cosa
  - 3 Estoy demasiado cansado (a) para hacer cualquier cosa
- 18.
- 0 Me apetito no está peor que de costumbre
  - 1 Mi apetito no es tan bueno como lo tenía antes
  - 2 Mi apetito en un alto grado, ahora está peor
  - 3 Ahora ya no tengo apetito en absoluto
- 19.
- 0 No he perdido mucho peso ( si es que está ocurriéndole últimamente)
  - 1 He perdido más de 2 kilos
  - 2 He perdido mas de 4 ½ kilos
  - 3 He perdido más de 7 kilos
- 20.
- 0 No estoy más preocupado (a) sobre mi salud que de costumbre
  - 1 Estoy preocupado (a) sobre mis problemas físicos y me es muy difícil pensar en otras cosas
  - 2 Estoy tan preocupado (a) sobre mis problemas físicos tales como molestias y dolores o indigestión o estreñimientos
  - 3 Estoy tan preocupado (a) sobre mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa
- 21.
- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual
  - 1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes
  - 2 Ahora estoy mucho menos interesado (a) en el sexo que antes
  - 3 He perdido interés en el sexo completamente



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 “GABRIEL MANCERA”  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente yo : \_\_\_\_\_

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado “DEPENDENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA CONTRA EL TABAQUISMO EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL S.XXI”

Registrado ante el comité de investigación con el número: **R-2011-3604-9**

El objetivo del estudio es determinar la relación que existe entre la dependencia del hábito tabáquico y la depresión en los pacientes q acuden a la clínica contra el tabaquismo del CMN siglo XXI.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre el procedimiento de realizar el cuestionario, así como responder cualquier pregunta y cualquier duda que plantee acerca del mismo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme y no proseguir en el presente estudio en el momento que decida sin que ello afecte la atención médica.

El investigador principal me ha dado seguridades que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que obtenga durante el estudio.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo

