



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



**Prevalencia del consumo de tabaco y su relación con la depresión en los  
estudiantes de primer año de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de  
Estudios Superiores Zaragoza en el 2017**

**TESIS**

Que para obtener el título de:

**Médico Cirujano**

**Presenta**

**Alonzo Acevedo Laura Karina**

Asesor:

**Dr. José Antonio Vargas Pérez**

**Ciudad de México, a 10 de mayo del 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

HOJA DE APROBACION

**Prevalencia del consumo de tabaco y su relación con la depresión en los  
estudiantes de primer año de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de  
Estudios Superiores Zaragoza en el 2017**

**Dr. José Antonio Vargas Pérez**

**Director de tesis**

**MC. Víctor Manuel Macías Zaragoza**

**Jefe de Carrera**

**MC. Ricardo Calvillo Esparza**

**Secretario técnico**

**Mtra. Irma Araceli Aburto López**

**Coordinación de Salud Pública**

**Dra. María Leticia Garrido Ramírez**

**Área de Epidemiología**

## *Agradecimientos*

---

Finalmente culmina una de las etapas más importantes de mi vida, comenzando al mismo tiempo mi etapa de superación personal y profesional, por lo cual le doy mi más sincero agradecimiento a mi director de tesis, el Dr. José Antonio Vargas Pérez quien ha sido un verdadero ejemplo de transmisión de sabiduría, le doy gracias por el apoyo, paciencia, inspiración, guía espiritual y la comprensión en todas las perspectivas de la vida. Al Dr. Joel Bucio Rodríguez por aceptar ser parte del presídium como vocal. A la Mtra. Irma Araceli Aburto López y a la Dra. María Leticia Garrido Ramírez por su valiosa colaboración, guía con respecto a la adecuada elaboración metodológica del presente proyecto. A la Dra. Mercedes Ríos Bustos por aceptar ser parte del presídium como suplente.

Al Dr. Ricardo Calvillo Esparza por el apoyo brindado, para la realización y continuidad de mi proyecto. Al Mtro. José de Jesús González Salazar por asesorarme en la parte estadística del proyecto, pues corresponde a la parte más interesante e importante de la investigación, le agradezco infinitamente por invitarme a familiarizarme con los procesos estadísticos, también le agradezco por exhortarme, tenerme paciencia y compartir su valioso conocimiento.

Al personal docente de la facultad que, en su momento, me permitieron el uso de su tiempo y de las aulas de clases para la aplicación de las cédulas de encuestas del proyecto. Igualmente, gracias al personal administrativo por sus finísimas atenciones.

Así mismo un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abre sus puertas a jóvenes como nosotros para prepararnos para un futuro competitivo y formarnos como personas de bien.

La enorme experiencia vivida en esta facultad de Estudios Superiores Zaragoza me llena ahora de nostalgia, entusiasmo y pasión para continuar ejerciendo el acto de la medicina brindando atención y ayuda a quien lo amerita.

A Dios doy gracias por darme unos padres irremplazables, inolvidables, entregados en cuerpo y alma al deber de ver triunfadores a cada uno de sus hijos, unos padres de carácter fuerte, indoblegable, soberbios, inteligentes, responsables, amorosos, a quienes, les agradezco infinitamente por priorizar mi formación académica antes que su felicidad propia, gracias a su apoyo, comprensión, guía, y múltiples sacrificios me han alentado a lograr esta hermosa realidad y el logro de cada meta propuesta, sin dudar de mis habilidades, aptitudes y conocimientos haciendo este triunfo más suyo que mío; éste presente simboliza mi gratitud por el apoyo incondicional que siempre me han proporcionado ustedes Laura Acevedo Alba y Juan Alonzo Lara.

## *Dedicatoria*

---

Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mis padres. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome, dándome fortaleza y sabiduría para continuar con cada proyecto.

Y sin duda alguna, la concepción de este proyecto también va dedicada a mis padres, pilares fundamentales en mi vida, quienes a lo largo de mi carrera han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que, hasta ahora, pues a diario depositan su entera confianza en cada reto que se me presenta sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho que los vea como el mejor ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino también para mis hermanos, es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

<b>Introducción</b> .....	<b>10</b>
<b>Justificación</b> .....	<b>15</b>
<b>CAPITULO I</b> .....	<b>19</b>
<b>Historia del tabaco y evolución del consumo</b> .....	<b>19</b>
Origen del Tabaco .....	19
Expansión del tabaco a lo largo de la historia .....	20
<b>CAPITULO II</b> .....	<b>27</b>
<b>Panorama epidemiológico</b> .....	<b>27</b>
Morbilidad y Mortalidad del tabaquismo .....	28
Factores de riesgo de tabaquismo .....	30
Incidencia .....	32
Prevalencia tabaquismo.....	32
Fumadores activos de 12 a 65 años según regiones .....	34
Edad de inicio del consumo diario .....	35
Fumador activo, ex fumador y nunca ha fumado en la población de 18 a 65 años. ...	36
Daño orgánico producido por el consumo de Tabaco .....	42
Exposición al humo de tabaco ambiental (HTA).....	46
Cesación del consumo de tabaco .....	47
Pictogramas y advertencias sanitarias.....	47
Campañas en medios de comunicación .....	48
Gasto en tabaco, lugar de compra y marca .....	49
<b>CAPITULO III</b> .....	<b>54</b>
<b>Depresión</b> .....	<b>54</b>
<b>Panorama epidemiológico de Depresión</b> .....	<b>58</b>
Morbilidad y Mortalidad de depresión .....	58
Prevalencia de depresión en Europa .....	60
Relación de depresión con sexo, edad y estado de la republica afectados.....	61
Causas de depresión .....	62
<b>Relación de tabaquismo con depresión</b> .....	<b>63</b>
<b>Planteamiento del problema</b> .....	<b>66</b>
<b>CAPITULO IV</b> .....	<b>68</b>
<b>Objetivo general</b> .....	<b>68</b>
Objetivos específicos .....	68

<b>CAPITULO V.....</b>	<b>69</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>69</b>
Diseño .....	69
Universo .....	69
Criterios de inclusión .....	69
Criterios de exclusión.....	69
Variables del estudio .....	70
Técnicas .....	71
Métodos utilizados .....	73
<b>CAPITULO VI.....</b>	<b>75</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>75</b>
Descripción de la dependencia a la nicotina y la edad de los estudiantes de primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza. ....	77
Descripción de la dependencia a la nicotina y sexo de los estudiantes de primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza. ....	80
Relación de Depresión y edad en los alumnos del primer año de la Carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.....	82
Relación de Depresión y sexo en los alumnos del primer año de la Carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.....	83
Relación de dependencia a la nicotina y depresión en los alumnos del primer año de la Carrera de Medicina de la Fes Zaragoza. ....	86
<b>CAPITULO VII.....</b>	<b>89</b>
<b>Discusión .....</b>	<b>89</b>
Análisis de Dependencia a la nicotina y la edad de los estudiantes de primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza. ....	91
Relación de la dependencia a la nicotina y sexo de los estudiantes de primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza. ....	93
Relación de Depresión y edad en los alumnos del primer año de la Carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.....	95
Relación de Depresión y sexo en los alumnos del primer año de la Carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.....	97
Relación de dependencia a la nicotina y depresión en los alumnos del primer año de la Carrera de Medicina de la Fes Zaragoza. ....	99
<b>CAPITULO VIII.....</b>	<b>102</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>102</b>
Características generales del estudio .....	102
<b>CAPITULO IX.....</b>	<b>106</b>
<b>Perspectivas.....</b>	<b>106</b>

<b><i>Bibliografía</i></b> .....	<b>110</b>
<b><i>Anexo 1</i></b> .....	<b>119</b>
<b><i>Anexo 2</i></b> .....	<b>120</b>
<b>Glosario</b> .....	<b>123</b>
Clasificación de trastornos mentales CIE 10.....	124
F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.....	124
F33 Trastorno depresivo recurrente.....	131

# ***INTRODUCCION***

---

## Introducción

La presente investigación se enfoca al tema de tabaquismo, el cual se define como el hábito del consumo de tabaco de manera persistente; así como la relación que existe con la depresión cuya definición según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; ambos descritos, como problemas de salud pública ya que traen consigo diferentes complicaciones provocadas por el propio humo del tabaco y sus derivados químicos.<sup>3,5</sup>

Para analizar esta problemática es necesario mencionar que en muchos países el tabaquismo y su relación con la depresión son la causa evitable más importante de enfermedad, discapacidad y muerte. Las tres principales enfermedades secundarias relacionadas con el tabaquismo son padecimientos cardiovasculares, cáncer, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), efectos importantes sobre la piel, sistema nervioso y la fertilidad, entre otros.<sup>4</sup> Así mismo, el estudio de prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de medicina, señala que la depresión afecta a todo aquel profesional del área de la salud directamente por convivir y trabajar con enfermedades y los sentimientos del propio paciente, involucrándose en procesos desgastantes y estresantes, con necesidad de que el sufrimiento del otro no interfieran en su salud psíquica y física.

Por lo anterior descrito, el estudiante de medicina no está capacitado para enfrentar estas situaciones y presenta susceptibilidad a presentar alteraciones del humor, que se manifiestan como depresión o irritabilidad.<sup>50</sup>

La investigación de estos problemas de salud pública se realizó con el fin de disminuir, prevenir y controlar el hábito tabáquico, así como, saber si van de la mano los síntomas depresivos con este hábito nocivo, ya que ha provocado una mortalidad mucho mayor que la que se atribuye al uso de alcohol y drogas ilegales según reporta el estudio realizado a los adolescentes con respecto a la percepción de riesgo, estrés y consumo de drogas<sup>41</sup>; actualmente las personas fuman en gran parte por ser una adicción socialmente adquirida y aceptada. En el 2014 la OMS refirió que existen más de 1000 millones de fumadores activos, lo que representa cerca de un tercio de la población mayor de 15 años de los cuales miles se inician a diario entre los 14 y 18 años de edad, y se estima que para el 2030 habrá un incremento de 10 millones de personas fumadoras, de las evidencias anteriores la OMS señala al cigarrillo como único producto legal disponible que mata a quien lo consume.<sup>29</sup>

En el ámbito profesional como Médico recién egresado es de mi conocimiento que actualmente en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza no se ha investigado la existencia del hábito de tabaquismo en la población del primer año de la carrera de Médico Cirujano, a pesar de que si se contempla un plan de

desarrollo institucional 2014-2018, una política y un programa para la prevención de tabaquismo, sin embargo, recientemente no se ha actualizado, por lo que este proyecto tiene como propósito emprender acciones circunscritas al rubro de universidad saludable enfocada a la prevención en tabaquismo, para ello se sugiere identificar la prevalencia del consumo de tabaco y su relación con la depresión en la población que cursó el primer año de la Carrera de Médico Cirujano, lo cual permite un diagnóstico inicial sobre la magnitud del hábito tabáquico para establecer un insumo en el programa de prevención de tabaquismo de la facultad y así crear medidas que incluyan la promoción de la salud.

La estrategia empleada para llevar a cabo este proyecto con diseño de estudio Observacional descriptivo y transversal, fue la aplicación de Test de Fagerström para valorar la dependencia a la nicotina con 6 ítems (Anexo 1), y la Escala de Depresión de Montgomery – Asberg utilizada para la evaluación de síntomas mediante la evaluación de presencia de tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas; para así determinar la gravedad de depresión en un total de 10 ítems (Anexo 2). Se aplicaron ambos test a 266 alumnos del primer año de la carrera de Médico Cirujano de la FES Zaragoza.

La finalidad de este proyecto es conocer la edad y sexo de los alumnos, determinar la prevalencia del consumo de tabaco por edad y sexo, identificar los niveles de dependencia a la nicotina, detectar los síntomas de depresión y encontrar si hay asociación entre sexo y el consumo de tabaco en lo estudiantes del primer año de la carrera de Medicina de la FES Zaragoza.

La distribución de los variados temas de la estructura del proyecto consta de:

Capítulo I. Historia del tabaco, evolución, usos y formas de consumo.

Capitulo II. Panorama epidemiológico del tabaquismo.

Capitulo III. Tabaquismo y su relación con depresión.

# ***JUSTIFICACION***

---

## Justificación

El consumo de tabaco es la primera causa prevenible de muerte prematura y enfermedad en todo el mundo según la Organización Mundial de la Salud (OMS), provocando la muerte de 5 millones de personas cada año por enfermedades relacionadas con el tabaco, estimando que causará cerca de 8 millones anuales para 2030.<sup>1</sup>

En solución a esto la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS, lo cual representa una iniciativa para el progreso de la acción nacional, regional e internacional y de la cooperación mundial, encaminada a proteger la salud humana de los efectos devastadores del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco.<sup>2</sup>

Todo médico o personal de salud dedicado al cuidado de la salud, se confrontan a procesos de transformación y enseñanza persistente, al grado de establecer complicidades personales, educativas y sociales que generan en determinados momentos, periodos de ansiedad, pánico, incertidumbre o tensión; estas evidencias descritas, pueden aludir que los procesos de adaptación y aprendizaje a los que los médicos en proceso de formación se enfrentan bajo periodos de estrés constante, debido a las diferentes situaciones clínicas que se presentan, mismas que pueden desencadenar trastornos depresivos los cuales afectan la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.<sup>45</sup>

Otro estudio de tabaquismo realizado a estudiantes de medicina: prevalencia y conocimiento de sus consecuencias<sup>47</sup> señala que el trastorno depresivo está asociado a factores de riesgo, entre los que se destacan ser estudiante de medicina, debido a las exigencias sociales, académicas, y los altos niveles de estrés, entre otros, estos factores, pueden llevar al estudiante a conductas disruptivas incrementando cuatro veces el riesgo de desarrollar depresión; incluso se sugiere que existe una relación inversamente proporcional entre la presencia de trastorno depresivo y el semestre académico en curso.<sup>47</sup>

En la búsqueda del programa de investigación y prevención del tabaquismo de la Facultad de Medicina de la UNAM, no se encuentran estudios de prevalencia y tabaquismo en la población de primer ingreso de la UNAM, por ello es fundamental estimar la prevalencia de tabaquismo y su relación con la depresión en la población adolescente de egreso de la educación medio superior para proceder con acciones contundentes de eliminación y prevención del tabaquismo y depresión.

En este contexto la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza contempla también un plan de desarrollo institucional 2014-2018, una política y un programa que tienen como misión, la prevención del tabaquismo, que en la actualidad no se le ha dado la importancia necesaria, por lo que se amerita iniciar con primeras acciones que permitan a mediano plazo contar con un programa de atención e integrar prevención de esta toxicomanía.

La visión de este proyecto es emprender una serie de acciones circunscritas al rubro de universidad saludable referida a la prevención en tabaquismo, para ello se propone identificar la prevalencia del consumo de tabaco y su relación con la depresión en la población universitaria de recién ingreso a la Carrera de Médico Cirujano de la Fes Zaragoza, que permita un diagnóstico inicial sobre la magnitud del hábito tabáquico y la depresión, para establecer un insumo para el programa de prevención de tabaquismo de la facultad, así como establecer medidas correspondientes que incluyan la promoción de la salud.

Con lo anteriormente descrito, resulta necesario concientizar a las autoridades universitarias, que, como todo médico en preparación, se tiene un rol modélico ante la sociedad, lo cual justifica la implementación de estrategias enfocadas en la prevención y control de adicciones y reconocimiento de síntomas depresivos en el proceso formativo en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, que alberga a los futuros médicos, responsables de promocionar estilos de vida saludables.

Lograrlo repercutirá en forma satisfactoria a nivel del estado por su impacto en la lucha antitabaco y será precedente para futuras investigaciones que contribuyan a alcanzar el ideal de no fumar como pauta de conducta social.

# ***MARCO TEÓRICO***

---

## CAPITULO I

### *Historia del tabaco y evolución del consumo*

#### Origen del Tabaco

La planta *Nicotiana tabacum* tiene su origen en la zona del altiplano andino y se extendió por todo el continente abarcando el Caribe entre 2.500 y 3.000 años antes de Cristo. Muchas poblaciones indígenas ya conocían el tabaco antes de la llegada de Rodrigo de Jerez, y Luis de Torres, integrantes de la primera expedición de Colón en 1492 durante un reconocimiento de la isla de Cuba, ahí descubrieron que era el primer contacto que los españoles tenían con el tabaco.<sup>49</sup>

En la historia ha tenido varias formas de consumo, accesorios para fumar tabaco, diferentes propósitos y vínculos sociales a su alrededor, como “la pipa de la paz”, así como también conocen los efectos nocivos para la salud desde hace varios siglos; de hecho, en la prehistoria pagaban grandes condenas y penas a consecuencia de su uso, inclusive en Asia y Europa oriental (India, Persia, Turquía y Rusia), se castigaba con pena de muerte.<sup>49</sup>



Pipa de la paz

En el siglo XVI, Fray Bartolomé de las Casas estableció que “el tabaquismo debía reprimirse por ser un vicio”, en los santuarios católicos de la Colonia española se les negaba fumar, tiempo después el tabaco se introdujo en Europa con los viajes de Colón. Para entonces el origen del término “cigarro” descende del vocablo maya “sikar”, que representa “fumar”, y la palabra “nicotina” se adquirió a partir del nombre de Jean Nicot de Villemain, embajador de Francia en Portugal.<sup>49</sup>

Fue usado en sus ceremonias mágicas y religiosas (los chamanes lo usaban para ponerse en contacto con el mundo de los espíritus), en medicina (hacían apósitos para curar afecciones de la piel) e incluso había tribus que lo consumían. Por el constante uso e intenso contacto de los indios con el tabaco, los españoles lo nombraron de diferentes maneras por cada lengua o dialecto: yoli, petum, picietl, cumpai, Tobago. Se ha empleado a lo largo de la historia de forma aspirada (tabaco en polvo), lamida (tabaco en pasta), fumada (tabaco de humo) o mascadas (tabaco en hoja). Tiempo después con la conquista europea, el tabaco empieza a perder su sentido cultural y ritual, y pasa a tener un uso más cotidiano. El tabaco sin combustión se utilizó de forma aspirada y para masticar, esta última modalidad nunca estuvo muy difundida en Europa, a pesar de ello tuvo popularidad en la zona meridional y del sureste de Estados Unidos.<sup>49</sup>

### Expansión del tabaco a lo largo de la historia

- Los primeros cultivos de tabaco estuvieron a cargo de los españoles, en 1530 en territorio de la isla de Santo Domingo, con un rápido desarrollo lo que condujo a llevarlo en menos de un siglo, de las tierras de América hasta Europa, Asia (donde se introduce por los portugueses y comienza su cultivo en el siglo XVII, sobre todo en Japón y Filipinas) y África (costa oriental, Madagascar y más tarde en Egipto y Marruecos).<sup>49</sup>

- Jean Nicot embajador francés en Lisboa envía tabaco en 1560 a la reina madre, Catalina de Médici, con el fin de ayudarla por sus virtudes medicinales las cuales él ya había comprobado, con esto se extiende el empleo del tabaco aspirado y la planta adquiere fama medicinal, derivando su nombre genérico de este apellido, (nicotiana) y posteriormente en 1565 el investigador y médico sevillano Nicolás Monardes, publica “Historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales”, donde describe la planta del tabaco sus empleos terapéuticos.<sup>49</sup>
- Fue entre **1571 y 1577**, el médico y botánico español Francisco Hernández de Boncalo, electo por la corona española para liderar una caravana científica hacia América centrada en el territorio de Nueva España, comisión que configuró su trabajo en "Historia natural de la Nueva España" la que ahora es una de los primeras descripciones sobre el tabaco y sus propiedades llamada “hierba sagrada” la cual cuenta con las siguientes propiedades; al ser aspirado el humo con boca y nariz cerradas para que penetre el vapor hasta el pecho, referían provoca expectoración, alivia el asma como por “milagro”, la respiración difícil, así como invade por completo el ánimo con reposo de todos los sentidos, lo refieren como “embriaguez”.

Además, al tomar la corteza en cantidad de una cáscara de nuez, se embriagan tanto que caen de inmediato inconscientes. Si recurrían al auxilio del tabaco con más frecuencia refieren se ponen descoloridos, con la lengua sucia y la garganta palpitante, sufren ardor del hígado y mueren por caquexia e hidropesía.<sup>49</sup>

- En **1585** el tabaco fue llevado a Inglaterra por Francis Drake y Walter Raleigh quien inició en la corte isabelina la costumbre de fumar tabaco en pipa, así se difundió rápidamente por Europa y después alcanzó Rusia, en el siglo XVII llegó a China, Japón y la costa occidental de África.<sup>44</sup> Durante **1604** Jaime I de Inglaterra expuso el deterioro pulmonar lo que para el año **1605** se destacó en un debate en Oxford, las graves consecuencias de fumar incluyendo una vida más corta, e introdujo en **1624**, el pago de impuestos por el tabaco; al mismo tiempo recalcó lo delicado que era para una mujer ser esposa de un fumador, pues lo semejaba con “una tormenta pestilente permanente”.<sup>49</sup>
- Entre **1866 y 1874** se **permitió la libre introducción y venta del mismo**. Durante la mitad del siglo XVIII la corona española propietaria del monopolio del tabaco, lo materializa en la Real Fábrica de Puros y Cigarros de México, lo extiende a Cuba y cede la explotación a la compañía de la Habana. Así a fines del siglo XVIII y gran parte del XIX, la América de habla inglesa se transforma en la principal productora mundial de Tabaco con la creación de la máquina de cigarros en **1881**, fecha que marca el invento del aparato más letal que se ha producido desde entonces, lo que con anterioridad era manual por mujeres, un cigarro cada 15 segundos en una jornada de 10 horas y trabajo efectivo de 8 horas producía 2 mil cigarros.<sup>49</sup>
- Tras la expansión mundial de la planta, las principales cosechas de tabaco se establecieron en Virginia, Brasil (Bahía de Recife), Nueva Granada (Venezuela), Nueva España (Guadalajara) y en las islas del Caribe, especialmente en Cuba y, en menor escala, en Filipinas y en las islas holandesas, e inicia el comercio internacional de tabaco en el que España lo produce en América, Francia en las Antillas y Guayanas, Portugal en Brasil e Inglaterra en Virginia y La Florida.<sup>49</sup>

- A partir de finales del siglo XIX, la industrialización y proceso de fabricación de cigarrillos permitió su difusión a una mayor población e hicieron su consumo más grande. En pocas décadas, el consumo se generalizó en la mayoría de países occidentales, hasta alcanzar a más del 50% en la población adulta.<sup>44</sup> Su ascenso se concentra en Estados Unidos, a partir de los años 20 del siglo XX, entre los años 30 y 40 en Europa Central y a partir de los años 50 en España, lo que provocó uno de los problemas de salud más graves que ha afrontado la sociedad moderna.<sup>49</sup>
  
- Una vez levantada la fábrica en ciudad de Sevilla, la hoja de tabaco llegaba íntegra para ser tratada en la fábrica, así fue en 1887 que se estableció un sistema de arrendamiento de monopolio, adjudicado a la Compañía Arrendataria de Tabaco en España. Se abren nuevas fábricas de tabaco en Bilbao, Santander, Madrid, etc., mejora al mismo tiempo, la producción de tabaco en Cuba, entonces primer productor mundial de tabaco. Se establecen fuertes relaciones entre las tabaquerías yanquis y las cubanas, lo que a largo plazo tendría nefastas consecuencias para los cubanos.<sup>49</sup>
  
- James Bonsack inventor de la primera máquina productora de más de 100 mil cigarros en 10 horas fue presentada en respuesta a una convocatoria para crearla. Posteriormente James Buchanan Duke, compró dos máquinas, logrando una mayor producción en **1889** se hizo presidente de la American Tobacco Company. Su nombre pasó a la historia, gracias a una de las Universidades más prestigias *Duke*, lo adoptó en reconocimiento al apoyo económico que este le brindó. Una máquina moderna produce 20 mil cigarros por minuto, impresionante contraste contra los 168 que producía la primera máquina *Duke* y los 4 que elaboraba una persona.<sup>49</sup>

- Se inventan los cerillos en 1889, y contribuyen a impulsar la industria tabacalera como una de las más productivas, un dólar invertido en **1890** redituó 35 dólares 18 años después.<sup>49</sup>
  
- Para comprender mejor lo que significa la magnitud de la cantidad de cigarrillos que se consumen, veamos el siguiente ejemplo. Si se alinean los cigarrillos que se producen en el mundo uno detrás de otro, darían la vuelta al mundo a nivel del Ecuador en una hora, en contraste con un jet que tardaría aproximadamente 40 horas.<sup>49</sup>
  
- Conocer el éxito que ha tenido la industria tabacalera desde el siglo xix ayuda a entender su comportamiento. La motivación económica ha sido de tal magnitud que han aprovechado y creado todas las oportunidades posibles. Convirtieron al cigarrillo en el ícono central del consumo durante el siglo xx, ocultando lo que verdaderamente representa. En realidad, todos los cigarrillos son extraordinariamente tóxicos, pero los hay con diferentes presentaciones, precios y sabores; de esta manera se logra que su consumo no distinga entre clases sociales, razas, sexo o edad.<sup>49</sup>
  
- Aunque se conoce desde hace cientos de años que el tabaquismo es dañino, la patología secundaria al mismo no era algo que se manejara de manera oficial. Esto permitió que las tabacaleras posicionaran el fumar como un símbolo de estatus, brindándole al fumador una imagen de “libertad”, “elegancia”, “sensualidad”, etcétera.<sup>49</sup>

- Durante la primera mitad del siglo pasado, la industria aprovechó la Segunda guerra mundial, donde el consumo per cápita se duplicó y el cine sonoro, que convirtió a muchas estrellas de la pantalla en íconos emblemáticos del tabaquismo. El impacto del cine como medio publicitario es de tal magnitud que se considera que el 35% de los niños que empiezan a fumar entre los 9 y 12 años de edad lo hacen por influencia del mismo.<sup>49</sup>

La promoción que la industria cinematográfica hace del tabaquismo le representa a las cigarreras ganancias por 4 mil millones de dólares al año, para esto en Estados Unidos, los pediatras declararon que el mayor riesgo en los medios contra la juventud es el tabaquismo mostrado en las películas, a pesar de ello se hace caso omiso y el avance del tabaquismo se consolida al penetrar en toda la población. Lo que en el siglo XIX era una actividad restringida básicamente a hombres adultos, al aumentar la comercialización de tabaco, se involucra a niños y mujeres.<sup>49</sup>

- En **1915** David Starr Jordan, primer presidente de la Universidad de Stanford, escribió: “El niño que fuma cigarrillos no tiene que preocuparse por su futuro, no lo tendrá.” Hasta principios del siglo pasado, la mujer no fumaba en público; inclusive se reportó el arresto durante 30 días de una señora por fumar en presencia de sus hijos. Sin embargo, la liberación de la mujer para fumar se dio en la Pascua de **1929**, cuando en Nueva York, empuñando un cigarro Lucky Strike, muchas mujeres fueron contratadas para participar en el desfile “Antorchas de Libertad” organizado por Edward Bernays, hábil estratega de la mercadotecnia.<sup>49</sup>

- La inhalación de tabaco seco por la nariz fue algo practicado en el periodo precolombino en América por la población indígena de Brasil, lo preparaban con morteros de palisandro, descripciones de fray Ramón Pané después del segundo viaje de Colón (**1493-1496**).<sup>49</sup>
  
- La entrada de España, en **1986**, en la Comunidades Europeas supuso la desaparición del monopolio.<sup>49</sup>
  
- Su consumo se amplió, desplazando al tabaco en polvo por el cigarrillo en el siglo XX.<sup>44</sup> El empleo de cigarrillos es antigua pues los indios de las Antillas y México que fumaban el tabaco con un tubo hecho de hojas de una planta distinta, normalmente maíz. Al trasladarse a Europa se sustituyó el maíz por papel. Su uso creció en el siglo XVIII, y alcanzó su máxima difusión a partir de finales del siglo XIX con la mecanización de la fabricación que revolucionó su industria, con la máquina patentada por James Albert Bonsack y su comercialización por James Buchanan Duke.<sup>49</sup>
  
- La pipa inicia su historia en el empleo que realizaban los nativos americanos. Su progreso fue lento en Europa arraigando solo en determinados territorios y estratos sociales. A partir del siglo XIX se extendió más su uso.<sup>49</sup>

## CAPITULO II

### *Panorama epidemiológico*

La Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), encomendó al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramon de la Fuente Muñiz” (INPRFM) la realización de la “Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017” (ENCODAT 2016-2017); con el objetivo general de estimar a nivel de entidad federativa y nacional las prevalencias del consumo de tabaco, alcohol y drogas tanto medicas como no médicas, así como evaluar las tendencias de su consumo, en la población adolescente y adulta con edad de 12 a 65 años. Además, esta encuesta se diseñó para conocer los factores asociados al consumo de sustancias adictivas, así como las necesidades de atención y el uso de servicios relacionados con el consumo de las mismas.<sup>2</sup>

Es por esta razón que dentro de los objetivos específicos de la ENCODAT 2016-2017<sup>2</sup>, se encuentra, evaluar las tendencias en el consumo de drogas mediante la comparación de resultados de la misma encuesta con las encuestas nacionales de adicciones previas, e identificar los grupos de población con mayor riesgo a presentar problemas debido a este consumo de drogas.<sup>2</sup>

## Morbilidad y Mortalidad del tabaquismo

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta la existencia de más de 1000 millones de fumadores activos, lo que representa un tercio de la población mayor de 15 años.<sup>2</sup> Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere ser un problema de salud pública con más de 1100 millones de fumadores en el mundo, y reporta este consumo de tabaco como causa de 3 millones 1500 mil muertes anuales.<sup>48</sup>

En efecto, en el decenio transcurrido desde la entrada en vigor del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y siete años después de la introducción sus obligaciones correspondientes, se ha avanzado en el control del tabaco en todo el mundo. Dichos progresos han impulsado el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la coherencia en la aplicación de las medidas en el último decenio, lo que ha ayudado a proteger al 40% de la población mundial.<sup>5</sup>

Es así como el presente informe se centra en aumentar los impuestos sobre el tabaco, pues sólo una de cada 10 personas vive en los 33 países que imponen impuestos a los cigarrillos de más del 75% de su precio de venta al por menor; así pues, esta es la medida menos aplicada y la que menos ha progresado desde 2007.<sup>5</sup> Es por eso que todos los países tienen la obligación de proteger la salud de sus habitantes, y todas las partes en el Convenio Marco de la OMS se han comprometido específicamente a la aplicación de políticas firmes para el control del tabaco como medio fundamental de ofrecer tal protección.<sup>5</sup>

Al respecto se han registrado progresos considerables en el último decenio, pero cabe recalcar que se debe renovar el compromiso de seguir con la lucha para que todos los habitantes del planeta estén plenamente protegidos contra la epidemia de tabaquismo y los daños que ocasiona.<sup>5</sup>

Aunado a esto, el gobierno de la república ha establecido una estrategia conformada de acciones para el control de la oferta y la reducción en el consumo de drogas, con base en intervenciones que engloban la prevención en grupos con alta vulnerabilidad, tareas de detección temprana, referencia oportuna, tratamiento, rehabilitación, grupos de capacitación, normatividad e investigación científica.<sup>2</sup>

Todo lo anterior expuesto es fundamental para conocer la dinámica nacional y local del consumo de drogas legales donde entra el consumo de tabaco; así la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017, realiza la continuidad de las Encuestas Nacionales de Adicciones realizadas en hogares en 1988, 1993, 1998, 2002, 2008 y 2011, para identificar la realidad del uso, abuso y dependencia a sustancias con potencial adictivo en el país y replantar las estrategias de acción para su atención integral impulsadas hasta ahora.<sup>2</sup>

Por ello, las Encuestas Nacionales de Consumo de Drogas ENAs 1988, 1993, 1998, 2002, 2008, 2011 y ahora ENCODAT de 2016 muestran las prevalencias del consumo en la población de 12 a 65 años, así mismo proporciona las tendencias, antecedentes y determinantes del problema.<sup>2</sup>

El tabaquismo provoca una mortalidad mucho mayor que la que se atribuye al uso de alcohol y drogas ilegales, ya que las personas fuman en gran parte la justifican por ser una adicción socialmente adquirida y aceptada.<sup>46</sup>

Cabe mencionar que el tabaco y el alcohol han mostrado porcentajes similares en los últimos años, el tabaco en 2014 presento una prevalencia total del 12% en el 2015 del 12.4% y para 2016 fue de 11.9%.<sup>2</sup>

### Factores de riesgo de tabaquismo

Encuestas del 2014<sup>8</sup> revelan las razones por las cuales los jóvenes comienzan a fumar, el principal motivo en la mayoría con un hábito tabáquico activo refiere fumar para aparentar mayor edad aunado a cofactores como la curiosidad (82.14%), seguido del interés por formar parte de un grupo social (35.7%) y por obtener personalidad (14.23%). A pesar de las complicaciones que tiene fumar, los estudiantes deciden continuar con este hábito por estrés (64.2%), por el sabor (32.2%) y 28.5% cuando consumen alcohol para aumentar su estado de relajacion.<sup>8</sup>

Aunado a los anteriores también refieren la existencia de factores personales (personalidad, aspectos psicológicos), sociales (situación económica, familia y relaciones sociales) y biológicos, el estrés como principal motivo (64%), el otro 32% porque le gusta el sabor y el resto por costumbre, sin que exista una relación directa entre la convivencia con otros individuos con un hábito tabáquico activo y el inicio del mismo hábito, puesto que el 39% de los individuos fumadores y el 31% de los individuos no fumadores tienen este contacto.<sup>8</sup>

Al indagar acerca del conocimiento general de las consecuencias que trae el tabaquismo se encuentran que, 96% reconocen la relación del tabaco al cáncer pulmonar, 89% con el enfisema pulmonar y 72% con enfermedad cardiovascular. De la misma manera, los estudiantes creen que otras enfermedades son consecuencia de fumar cigarrillos, como tuberculosis (32.10%), diabetes (26%) y hepatitis (20.98%).<sup>8</sup>

La Encuesta Nacional De Adicciones, afirma que hay relación entre trastornos de ansiedad y severidad de la dependencia del tabaco, así como entre la ansiedad y la dependencia a la nicotina, ya que el uso crónico de la nicotina genera ansiedad. Los fumadores refieren que el fumar alivia el estrés y la ansiedad; y de acuerdo a esto los fumadores presentan mayores niveles de ansiedad y estrés que los no fumadores.<sup>21</sup>

El simple consumo de tabaco genera estrés, por lo que el tabaquismo conlleva a la adicción por la nicotina que se encuentra en el metabolismo del fumador, lo que provoca un nivel de ansiedad mayor entre las personas que fuman y como factor predisponente los períodos de estrés o emociones negativas. En el adolescente se incrementa el nivel de estrés conforme aumenta su consumo regular de tabaco. <sup>18,21,22</sup>

Por otro lado, la asociación entre la depresión y el tabaquismo se ha estudiado ampliamente, señalando que los sujetos depresivos han estado más implicados con la nicotina que los que nunca tuvieron depresión; el cese del consumo del tabaco guarda una estrecha relación con la mejoría de enfermedades mentales severas.<sup>23</sup>

Del mismo modo se presentan con mayor porcentaje los síntomas depresivos en las personas que fuman que en las que no fuman, jóvenes que presentan historia previa de depresión tiene probabilidades más altas de fumar; sin embargo, las personas que fuman y deciden dejarlo existe la posibilidad de caer en un cuadro de depresión.<sup>22</sup>

## Incidencia

De acuerdo al estudio de prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de Medicina en Puebla<sup>50</sup> reportan como causas de inicio principalmente al estrés con el 23,6 %, seguido de 18,2 % como imitación a profesores y el 10,4 % por moda o empleo del cigarrillo en la actualidad.<sup>50</sup>

Es interesante y preocupante, que las causas por la que fuman con mayor porcentaje sean por la actividad académica, es decir, estrés o tensión de parte del profesor al estudiante, por "moda", y por aceptación social en el grupo de pertenencia y referencia de los estudiantes de medicina.<sup>41</sup> estos datos demuestran la relación que hay con el tabaquismo y la sintomatología de la depresión.<sup>51</sup>

## Prevalencia tabaquismo

En la región de Las Américas la prevalencia del tabaquismo en la población adulta en el 2011 es del 22 % y ocupa el cuarto lugar entre las seis regiones de la OMS.<sup>15</sup> Los estudios realizados a nivel mundial del 2003 al 2011, en estudiantes universitarios, informan prevalencias que oscilan desde el 21,4 hasta el 42 %.<sup>41</sup>

No se observan grandes cambios en la prevalencia global o por sexo de consumo activo de tabaco entre el año 2008 y 2011. Se compara el año 2002 en donde se observó que la prevalencia global de fumadores activos permanece estable (23.5% ENA 2002, 21.7% ENA 2011); sin embargo, observan una disminución estadísticamente significativa en el grupo de los hombres (36.2% ENA 2002, 31.4% ENA 2011). Igualmente observan una disminución en la prevalencia global de fumadores diarios (12.4% ENA 2002, 8.9% ENA 2011), esta disminución se percibe tanto en hombres (19.6% ENA 2002, 13.2% ENA 2011) como en mujeres (6.5% ENA 2002, 4.8% ENA 2011).<sup>1</sup>

Al analizar el comportamiento de la prevalencia global de fumadores por tamaño de la localidad se observa que permanece estable tanto en el área urbana (26.4% ENA 2002, 23.3% ENA 2011) como rural (14.3% ENA 2002, 16.1% ENA 2011).<sup>1</sup> En efecto, se reporta una prevalencia de consumo activo de tabaco de 21.7%, lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores, de los cuales el 31.4% son hombres fumadores activos y el 12.6% mujeres fumadoras activas (12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres). El 8.9% de la población de este grupo de edad afirman fumar diario (7.1 millones); al desagregar por sexo, el 13.2% de los hombres y 4.8% de las mujeres que fuman diariamente. El 26.4% (21 millones) se reportan como ex fumadores, 20.1% ex fumadores ocasionales y el 51.9% (41.3 millones de mexicanos) de la población contesta nunca haber fumado.<sup>1</sup>

En universidades de México, Paraguay y Guatemala, la prevalencia de fumadores se encuentra entre 31 y menos del 8 %, en el 2003. Datos similares se encuentran en el 2009 en profesionales de la salud de la misma región.<sup>51</sup>

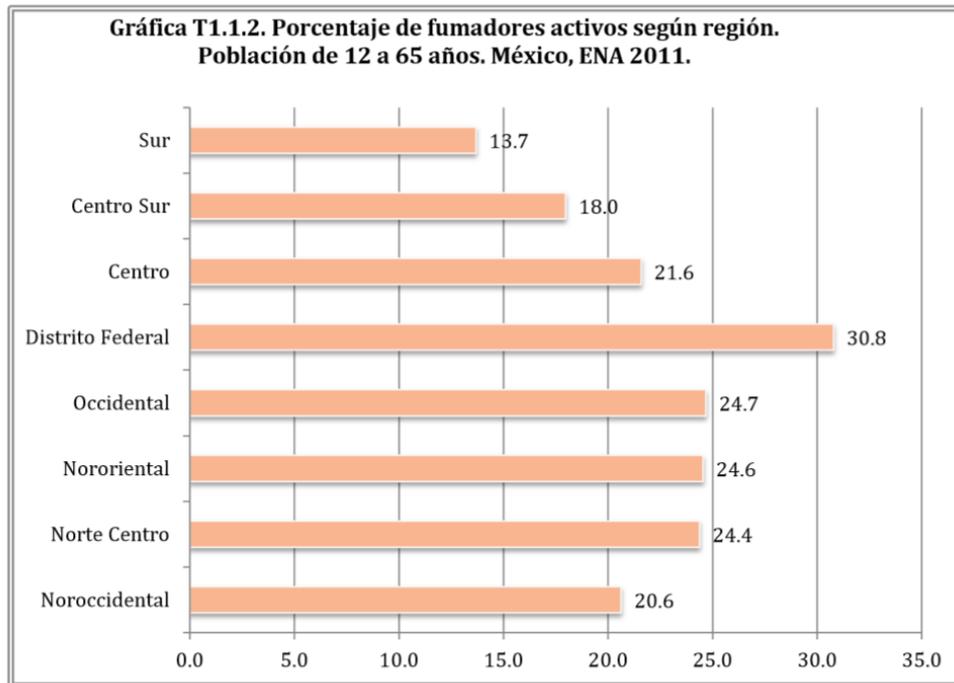
Dentro de este marco el 72.2% de los fumadores activos refieren “darle el golpe al cigarro”, 75% entre los hombres y 65.6% entre las mujeres. Este comportamiento se observa principalmente en las áreas urbanas, en virtud de que 74.4% de los fumadores activos “le dan el golpe”, comparado con 61.1% de los fumadores en áreas rurales.<sup>1</sup> Si bien es cierto el tiempo que tarda un fumador en encender su primer cigarro del día es uno de los indicadores más importantes de adicción; de este modo, en México el 11.4% de los fumadores activos en el último mes es decir 1.5 millones de personas refieren fumar su primer cigarro 30 minutos después de despertarse; por lo que el nivel de adicción es muy alta, con resultado similar para hombres (12.6%) y mujeres (8.6%).<sup>1</sup>

La prevalencia de estudiantes con un hábito tabáquico activo en los alumnos de 5to semestre de la carrera de medicina del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la Universidad de Guadalajara fue de 12.7%.<sup>3</sup> Así mismo a través de encuestas nacionales aplicadas en el año 2012 a profesionales de la salud<sup>8</sup>, estiman una prevalencia de consumo del tabaco cerca del 33.3% en estudiantes mexicanos de la carrera de medicina; observaron que la edad de inicio de los fumadores oscilaba entre los 15 y 17 años es decir el 36.5% y del total de los estudiantes con un hábito tabáquico activo 82.15% consumen de 1-5 cigarrillos por día, 10.7% de 6-10 cigarrillos y 7.2% más de 10 cigarrillos al día.<sup>13</sup>

### Fumadores activos de 12 a 65 años según regiones

En base a las regiones establecidas por la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, el Distrito Federal presenta la prevalencia estimada más alta en el país (30.8%), seguido de la región Occidental (Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Colima y Nayarit) que reporta una prevalencia de 24.7 %.<sup>1</sup>

En orden descendente, se encuentra la región Nororiental (Nuevo León, Tamaulipas y San Luis Potosí) con una prevalencia de 24.6%, la región Norte Centro (Coahuila, Chihuahua y Durango) de 24.4%, la región Centro (Puebla, Tlaxcala, Morelos, Estado de México, Hidalgo, Querétaro y Guanajuato) de 21.6% y la región Noroccidental (Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa) con una prevalencia de 20.6%. En tal sentido las prevalencias más bajas se observan en las regiones Centro Sur (Veracruz, Oaxaca, Guerrero y Michoacán) y Sur (Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco) con una prevalencia de 18% y 13.7% (Gráfica T1.1.2.).<sup>1</sup>



### Edad de inicio del consumo diario

En contexto nacional, los fumadores diarios entre 12 y 65 años, inician el consumo diario de tabaco a los 20.4 años; los hombres a los 20 años y las mujeres a los 21.7 años. No se observan diferencias por tamaño de localidad, nivel de escolaridad, región o nivel de ingreso. De las evidencias anteriores no observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar los resultados con la ENA 2002 y 2008.<sup>1</sup>

Así mismo, en el estudio de Tabaquismo en estudiantes de medicina donde investigan su prevalencia y conocimiento de sus consecuencias<sup>3</sup> reportan que la edad promedio de inicio del hábito tabáquico es a los  $18 \pm 1.0$  años.<sup>3</sup>

Aunado a lo anterior, refieren varios motivos por los cuales comenzaron a fumar, por ello el total de los jóvenes estudiantes con un hábito tabáquico activo indican haber iniciado a fumar para aparentar mayor edad y éste se une a los siguientes cofactores: en primer lugar, la curiosidad (82.14%), seguido del interés por formar parte de un grupo social (35.7%) y por obtener personalidad (14.23%).<sup>3</sup>

### Fumador activo, ex fumador y nunca ha fumado en la población de 18 a 65 años.

Se reporta además en la ENA una prevalencia de fumadores activos en los adultos de 18 a 65 años en un 23.6%, lo que corresponde a 15.6 millones de adultos fumadores. Al desagregar por sexo, el 34.6% es decir 11 millones de los hombres y el 13.5% siendo 4.6 millones de las mujeres se encontraron en esta categoría. Así mismo el 10.3% es decir 6.8 millones de los adultos son fumadores diarios; el 15.5% de los hombres y 5.5% de las mujeres fuman diariamente. Es importante destacar que los adultos fumadores son principalmente ocasionales (13.3%).<sup>1</sup>

En efecto la prevalencia de ex fumadores es de 29.7% (19.7 millones de personas), 35.1% en los hombres y 24.7% en las mujeres). Para tal efecto el 46.7% (30.1 millones) de los adultos mexicanos nunca ha fumado. Esta proporción es significativamente mayor en el grupo de las mujeres comparado con los hombres (61.7% vs 30.3%, respectivamente).<sup>1</sup>

Por consiguiente, no se observaron cambios ni en la prevalencia global, ni por sexo de consumo activo de tabaco entre el año 2008 y 2011. Sin duda al comparar con el año 2002 se observa una disminución estadísticamente significativa en la prevalencia global (27% ENA 2002, 23.6% ENA 2011) y en los hombres (42.3% ENA 2002, 34.6% ENA 2011).<sup>1</sup>

Aunque, por otro lado, se observa una disminución estadísticamente significativa de los fumadores diarios (14.6% ENA 2002, 10.3% ENA 2011), observable tanto en hombres (23.7% ENA 2002, 15.5% ENA 2011) como en mujeres (7.5% ENA 2002, 5.5% ENA 2011).<sup>1</sup>

En México, los fumadores diarios fuman en promedio 6.5 cigarros al día, los hombres 6.8 y las mujeres 5.6. Por ello la moda es de 2 cigarros diarios y la mediana de 4 cigarros al día. Para tal efecto se compara la ENA 2002 y 2008, no obstante, no se reporta un cambio estadísticamente significativo en el promedio de consumo diario.<sup>1</sup>

En el estudio realizado por la ENCODAT reporta se reporta en el Centro de Tratamiento y Rehabilitación con respecto a la escolaridad de quienes acudieron a estos centros, el 65.1% tiene una educación básica, el 23.4% media superior y el 7.4% licenciatura o posgrado. Respecto a las drogas de inicio, después del alcohol en un 45.8% y el tabaco 28.7%, la marihuana 14.8%, los inhalables 4.6% y la cocaína 2.6% son las drogas con las que iniciaron su consumo.<sup>2</sup>

Las drogas de impacto que se reportan después del alcohol 39.3% son el cristal 22.9%, la marihuana 14.3%, la cocaína 9.4% los inhalables 5.5%, la heroína 3.4% y el tabaco 2.6%.<sup>2</sup> Por grupo de edad, en el de menos de 14 años y en el de 15 a 19 años la marihuana es la principal droga de impacto en un 36.1% y 32.8% respectivamente. Para los inhalables como droga de impacto disminuye conforme aumenta la edad. Esto es opuesto para la heroína, cocaína y cristal. Sin embargo, en el grupo de 35 años y más la principal droga es el alcohol 64.9%.<sup>2</sup>

Aunque el alcohol es la mayor droga de impacto entre la población sin importar su escolaridad, cabe aclarar que, a mayor nivel de estudios, la cocaína tiene un porcentaje mayor como droga de impacto pues el 11.8% de técnicos, 12% de alumnos de bachillerato, 13% de licenciatura y 10.6% de posgrado la consumen.<sup>2</sup>

El estudio del ENCODAT realizado en el 2016, los Consejos tutelares para menores registraron a 2124 menores con una media de edad de 16.3 años los cuales en su mayoría fueron hombres 92.7%. se reporta que el 91.9% pertenece al grupo de 15 y más años de edad, el 8.1% se encuentra entre los 10 y 14 años. Se identificó al tabaco como la principal droga de inicio 25% seguida por el alcohol 24.2% y la marihuana 19.9%. el promedio de la edad de inicio de consumo de sustancias fue de 13.6 años.<sup>2</sup>

Aunado a esto en los Centros de integración juvenil de la ENCODAT, se reporta que la mayoría de los que acuden a tratamiento son hombres en un 82.5%, la edad promedio de inicio del consumo de drogas ilícitas es de 16 años. Del total de casos, el 16.5% tiene escolaridad de secundaria y el 8.4% de estudios técnicos o bachillerato, y el 52,3% son consumidores funcionales; es decir, mantienen alguna actividad productiva como estudiar, trabajar o ambas. En tal sentido, el consumo de marihuana alguna vez en la vida se reporta en 87.2%, es mayor al de alcohol 86.8% y tabaco 86% en los pacientes que solicitan tratamiento en las unidades de atención institucional de los Centros de Integración Juvenil.<sup>2</sup>

Otro estudio de Tabaquismo en estudiantes de medicina: prevalencia y conocimiento de sus consecuencias, observan que la edad de inicio en los de los fumadores oscila entre los 15 y 17 años (36.5%), así como una mayor incidencia a los 18 años en un 37.7%, y el promedio de edad de inicio fue de 17.7 años.<sup>3</sup>

Por lo que se hace necesario resaltar que este estudio encuentra información relevante que no había sido investigada previamente en estudios similares como conocer la razón de inicio del tabaquismo en estudiantes de medicina, al igual que las razones para continuar con este hábito; las cuales son el estrés, el principal motivo para continuar con este hábito en un 64%, el otro 32% porque le gusta el sabor y el resto por costumbre.<sup>3</sup>

Según estudios realizados en el 2005 por ANCT, casi un cuarto de la población guatemalteca es fumador y de ellos el promedio de edad del consumo del primer cigarrillo es antes de cumplir 13 años determinado por la curiosidad, la tensión o imitación de padres o amigos, como las causas principales.<sup>46</sup>

En comparación con un estudio de Tabaquismo realizado a estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala en 2016. La edad de inicio del tabaquismo con el 67,3 % estaba en el rango de 16 a 19 años de edad, que coincidió con el período que ingresaban en la universidad, de estos el 32,8 % se encontraba cursando primero y segundo grado de la carrera, ninguno empezó a fumar antes de los 12 años. Según tiempo de ser fumadores, el 67,3 % tenía menos de cinco años. Según el tipo de fumador, el 30,9 % eran leves, el 45,5 % moderados y el 9,1 % severos.<sup>46</sup>

En otro estudio realizado en Guatemala enfocado al tabaquismo en estudiantes de medicina en 2013 se observó que la edad de inicio de los fumadores oscilaba entre los 15 y 17 años (36.5%), y en una encuesta internacional realizada a estudiantes de las áreas de la salud se obtuvo que la mayoría de ellos habían tenido su primer contacto con el tabaco entre los 11 y 15 años, los resultados arrojados por esta encuesta se observó una mayor incidencia a los 18 años como edad de inicio (37.7%), y el promedio de edad de inicio fue de 17.7 años.<sup>48</sup>

Vinculado a lo anterior expuesto, la relación de mujeres fumadoras dentro de este estudio de Tabaquismo en estudiantes de medicina: prevalencia y conocimiento de sus consecuencias, en comparación con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada en 2008, resulta con una tendencia concordante, siendo en el ENA de 26.5% de la población con hábito tabáquico activo y en nuestro estudio cerca del 32% de los 8 individuos fumadores fueron del sexo femenino.<sup>3</sup>

Aunado a esto las Unidades de Especialidades Médicas – Centro de Atención Primaria en Adicciones en el año 2016, reportan un total de 53588 personas acudieron a las UNEME-CAPA a solicitar atención por dificultades relacionadas con sustancias psicoactivas, de las cuales el tabaco ocupó el tercer lugar con un 11.9% siendo los varones nuevamente quienes presentaron el mayor consumo, con un 59.2% ante un 40.7% por parte de las mujeres, se observa una menor brecha en el consumo de esta sustancia entre hombres y mujeres.<sup>2</sup>

La mayoría de los jóvenes que acuden a tratamiento en los centros de integración son hombres en un 82.5%, la edad promedio de inicio del consumo de drogas ilícitas es de 16 años. Del total de casos, el 16.5% tiene escolaridad de secundaria y el 8.4% de estudios técnicos o bachillerato, y el 52,3% son consumidores funcionales; es decir, mantienen alguna actividad productiva como estudiar, trabajar o ambas. <sup>2</sup>

En tal sentido, el consumo de marihuana alguna vez en la vida se reporta en 87.2%, es mayor al de alcohol 86.8% y tabaco 86% en los pacientes que solicitan tratamiento en las unidades de atención institucional de los Centros de Integración Juvenil.<sup>2</sup> De las evidencias anteriores, el estudio de Tabaquismo en estudiantes de medicina: prevalencia y conocimiento de sus consecuencias, realizado en Guadalajara reporta que de los 220 alumnos encuestados 118 (53.6%) fueron del sexo femenino y el resto (46.45) del sexo masculino.<sup>3</sup>

De la totalidad, 28 (12.7%) alumnos son fumadores activos. Así pues, la tasa de prevalencia es de 127 x 1000 estudiantes. Dentro de la población fumadora, 68% fueron hombres y 32% mujeres.<sup>3</sup>

Estudios realizados en el año 2014 de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)<sup>9</sup>, reporta la prevalencia de consumo de tabaquismo con un porcentaje de 26.4% en población total, según el sexo el 39.1% de los hombres y el 16.1% de las mujeres. Por grupo de edad, el 14.9% de los adolescentes de entre 12 y 17 años.<sup>19</sup>

Por otro lado, la encuesta global de Tabaquismo en Adultos México 2015<sup>12</sup> indica que la prevalencia de tabaquismo actual entre los adultos mexicanos no demostró un cambio estadísticamente significativo entre 2009 y 2015 (15.9% vs 16.4%) o por sexo (Hombres 24.8% vs 25.2%; mujeres 7.8% vs 8.2%). Refiere que la distribución de la edad de inicio de los fumadores diarios entre los que habían fumado alguna vez a diario de 20 - 34 años de edad, muestra una reducción estadísticamente significativa de 17.6 años de edad (2009) al 16.5 años de edad (2015) en general (hombres, 16.9 a 16.4; mujeres, 19.6 a 17.1).<sup>17</sup>

Un estudio realizado a estudiantes de medicina en la Universidad de Guatemala en 2016 reporta la prevalencia global de tabaquismo, la cual fue de 15,9 %, exfumadores 6,3 % y no fumadores 77,8 %.<sup>51</sup>

La prevalencia específica por grado académico mostró sus mayores frecuencias en el quinto con 30,4 % de fumadores, lo que duplicó la prevalencia global. La distribución según sexo varió significativamente entre fumadores y no fumadores; el 71,8 % eran hombres.<sup>51</sup>

Dentro del análisis de las tendencias mundiales de la perspectiva de género refiere que la prevalencia del tabaquismo en hombres se encuentra en un tardío descenso, mientras que el consumo de tabaco en las mujeres seguirá aumentando y se invertirá lo que se consideraba una epidemia masculina, con una relación en casi todos los contextos de 5:1.<sup>51</sup>

Se debe enfatizar en la atención a las féminas en las estrategias preventivas, dado que constituyen el blanco principal de la industria tabacalera, si se toma en cuenta el hecho de que las estudiantes universitarias son las mujeres y jóvenes en un mismo sentido, se potencia su situación de vulnerabilidad.<sup>51</sup>

### **Daño orgánico producido por el consumo de Tabaco**

En el estudio de Tabaquismo en estudiantes de medicina: prevalencia y conocimiento de sus consecuencias en Guadalajara, al respecto de conocer las complicaciones que tiene fumar, los estudiantes refieren continuar con este hábito por estrés (64.2%), por el sabor (32.2%) y 28.5% cuando consumen alcohol. En efecto el 57% de los estudiantes que ingresaron a la carrera de medicina siendo ya fumadores activos, han aumentado su consumo de cigarrillos por día, mientras que un 21% de estos jóvenes lo redujo.<sup>3</sup>

Al respecto del conocimiento general de las consecuencias que trae el tabaquismo encuentran que 96% reconocen la relación del tabaco al cáncer pulmonar, 89% con el enfisema pulmonar y 72% con enfermedad cardiovascular. De la misma manera, los estudiantes en quinto semestre de la carrera creen que otras enfermedades son consecuencia de fumar cigarros, así como tuberculosis (32.10%), diabetes (26%) y hepatitis (20.98%).<sup>3</sup>

Por otro lado, se enfatiza en las repercusiones que implica el convivir con personas con un hábito tabáquico activo, y se reporta que el 39% de los jóvenes fumadores y el 31% de los jóvenes no fumadores conviven con otros individuos con un hábito tabáquico activo.<sup>3</sup>

En 1883 se publicó un estudio sobre el daño en menores de 9 a 15 años de edad; sin embargo, se hizo caso omiso en Estados Unidos pues se desorientó a menores de 12 años en 1888 en una promoción en la que se regalaban álbumes litográficos a cambio de cajetillas de cigarros vacías. Para juntar la colección, un niño obtenía su “premio” con el equivalente de 12 mil cigarros.<sup>51</sup>

En los últimos treinta años, se ha mantenido en el mundo una pelea intensa contra el tabaco. El hábito tabáquico es un grave problema de salud pública que reduce la esperanza de vida trayendo consigo las diferentes complicaciones provocadas por el propio humo del tabaco y sus derivados químicos, mismos que pueden causar diferentes tipos de cánceres (pulmón, laringe, cavidad oral, esófago, estómago, colón, riñón y vejiga), bronquitis crónica, enfisema pulmonar, retardo en el crecimiento intrauterino, enfermedad arterial coronaria, entre otras.<sup>13</sup>

De acuerdo al estudio realizado a estudiantes de medicina de la Universidad de Guadalajara en el año 2013<sup>8</sup> identificaron como las principales repercusiones que podría tener el convivir con personas con un hábito tabáquico activo, observaron que el 39% de los jóvenes fumadores y el 31% de los jóvenes no fumadores conviven con otros individuos con un hábito tabáquico activo. De igual manera los estudiantes, identificaron las principales consecuencias que tiene el tabaquismo, como el cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC y diferentes tipos de cáncer del tracto gastrointestinal.<sup>8</sup>

No obstante, el tabaquismo produce cambios estructurales y funcionales en las vías respiratorias provocando bronquitis crónica lo que implica hipertrofia de las glándulas mucosas bronquiales y se caracteriza por la producción diaria de expectoración, observando en casos avanzados micro abscesos y deformidad de las vías respiratorias.<sup>28</sup>

No solo este problema se desencadena, puede derivarse también el enfisema que se manifiesta como la destrucción de los tabiques alveolares, lo cual produce aumento de los espacios distales al bronquiolo terminal sin que exista fibrosis. Esta enfermedad se acompaña de disminución elástica pulmonar, debido a que origina obstrucción de las vías respiratorias durante la respiración.<sup>32</sup>

Existe una relación entre el número de cigarrillos y la gravedad del enfisema, de manera que el daño pulmonar es menor en quienes dejan de fumar, lo que sugiere que el abandono del hábito disminuye la progresión de la enfermedad. A diferencia de la bronquitis crónica, no hay hiperactividad bronquial.<sup>22</sup>

Resulta preocupante, que en otras universidades alrededor del mundo, otros estudiantes de medicina, ya sea de grados primarios o avanzados siguen con una alta prevalencia en el hábito tabáquico, así como también entre los mismos profesionales de la salud dentro de México.<sup>51</sup>

Lo cual puede plantear la pregunta: ¿son realmente conscientes del daño que el tabaquismo provoca en el organismo? Para hacer frente este problema de salud, se preguntó acerca del conocimiento general de las consecuencias que trae el tabaquismo encontrándose: que 96% reconocen la relación del tabaco al cáncer pulmonar, 89% con el enfisema pulmonar y 72% con enfermedad cardiovascular.<sup>51</sup>

De la misma manera, los estudiantes en quinto semestre de la carrera creen que otras enfermedades son consecuencia de fumar cigarrillos, así como tuberculosis (32.10%), diabetes (26%) y hepatitis (20.98%). Resultados que reflejan las deficiencias en el conocimiento de estos médicos en formación.<sup>51</sup>

A pesar de que los propios estudiantes han identificado que entre las principales consecuencias que tiene el tabaquismo son el cáncer de pulmón (96.8%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC (89.1%) y a diferentes tipos de cáncer del tracto gastrointestinal; y además, relacionaron al tabaquismo con enfermedades que no tienen una relación causal directa con este hábito como tuberculosis (32.10%), diabetes (26%) y hepatitis (20.98%),<sup>48</sup> refirieron continuar con este hábito por estrés (64.2%), por el sabor (32.2%) y 28.5% cuando consumen alcohol. El 57% de los estudiantes que ingresaron a la carrera de medicina con el hábito tabáquico activo mencionaron que aumentó su consumo de cigarrillos por día, mientras que un 21% de estos jóvenes lo redujo.<sup>51</sup>

Referente a los conocimientos y actitudes que poseen sobre los efectos del tabaquismo en la salud, el 81,8 % sabe y le importaba el hecho de que su adicción tenga repercusiones en la salud. El 61,8 % manifestó que su actitud es inadecuada para él mismo, el 69,1 % hacia los demás y el 85,5 % hacia el ambiente.<sup>51</sup>

Sin embargo, a pesar de los múltiples medios de comunicación y la facilidad para obtener información con la que ahora cuenta la sociedad, los índices de consumo se incrementan, especialmente entre adolescentes y mujeres, quienes, alentados por las técnicas de mercadeo de las tabacaleras, fuman como símbolo de rebeldía, afirmación de personalidad, libertad o integración social.<sup>15</sup>

De acuerdo al sexo, la prevalencia del consumo de tabaco alguna vez en hombres es de 58.6%, en comparación con las mujeres que fue de 52.3%.<sup>3</sup>Concuerdan que de todos los que fuman, el 32% comenzó a hacerlo durante la carrera de medicina.<sup>13</sup>

### Exposición al humo de tabaco ambiental (HTA)

Es este aspecto se reporta en la encuesta nacional de adicciones 2011 una prevalencia de exposición al humo de tabaco ambiental de 30.2%, lo cual traduce que 12.5 millones de mexicanos que nunca han fumado se encuentran expuestos al humo del tabaco. De los cuales el 26.1% son adultos y el 36.4% de los adolescentes también se reportan expuestos. Esta exposición es más frecuente entre la población joven, en su mayoría entre los adolescentes de 15 a 17 años y los adultos jóvenes de 18 a 25 años. El lugar donde se encuentran más expuestos de acuerdo a esta encuesta es principalmente en el hogar (18%) y en los lugares de trabajo (10.2%). Para las mujeres el principal sitio de exposición es el hogar (19.7%), mientras que para los hombres es el trabajo (18.2%).<sup>1</sup>

Así mismo se observaron diferencias importantes en la distribución geográfica de la exposición al humo del tabaco, con una frecuencia de exposición mayor al promedio nacional en las regiones Occidental, Centro, Distrito Federal y Norte Centro.<sup>1</sup>

## Cesación del consumo de tabaco

El 58.4% del total de los fumadores ha intentado dejar de fumar, el 57.2% de ellos lo han hecho súbitamente, el 17.6% lo han ido disminuyendo gradualmente, un porcentaje menor 14% dejó de comprar cigarrillos, seguido del 4.2% que han sustituido fumar por otras actividades y los que se han sometido a un tratamiento (2%). En general, el 79.6% de los participantes ha escuchado hablar de medicamentos para dejar de fumar, del total de los entrevistados el 26.4% son ex fumadores, de los cuales el 34.3% refiere que la razón principal por la que dejó de fumar fue por conciencia del daño a su salud (Cuadro T1.3.1).<sup>1</sup>

Así al comparar la prevalencia de exfumadores con el año 2002 se observa un incremento estadísticamente significativo (17.4% ENA 2002, 26.4% ENA 2011), este comportamiento se visualiza tanto en los ex fumadores diarios como los ocasionales.<sup>1</sup>

## Pictogramas y advertencias sanitarias

En México, a partir de septiembre de 2010 las cajetillas de cigarrillos deben exhibir las advertencias sanitarias que incluyen textos y pictogramas en los que se muestran los daños a la salud ocasionados por el consumo de tabaco.<sup>1</sup>

La ENA 2011 aplicó a todos los participantes de esta encuesta una serie de cuestionamientos dirigidos a conocer sus reacciones hacia las advertencias sanitarias en las cajetillas de cigarrillos, que se han asociado con el dejar de fumar en otros estudios, y dichos indicadores de atención muestran que el 55.7% de los participantes que fuman han notado con mucha frecuencia las advertencias

plasmadas en imágenes que se muestran en las cajetillas de cigarros, el 47.5% han leído con mucha frecuencia las advertencias; con respecto a indicadores que miden el impacto cognitivo, el 54.9% refiere que con mucha frecuencia las advertencias en cajetillas le hacen pensar en los daños que causa fumar y el 47% opina que las advertencias le hacen pensar en dejar de fumar.<sup>1</sup>

Finalmente, el 28.1% de los fumadores contestó que con mucha frecuencia las advertencias en cajetillas evitaron que fumara cuando estaba por prender un cigarro. <sup>1</sup>De acuerdo a los resultados expuestos, se observa que el 39.4% de los participantes ha oído hablar o visto un número telefónico gratuito 01800, línea telefónica que ofrece consejos sobre cómo dejar de fumar, sin embargo, sólo el 2% refiere haber llamado al número para pedir consejos sobre cómo dejar de fumar.<sup>1</sup>

### Campañas en medios de comunicación

Sobre las campañas en contra de fumar, se reporta que el 51.1% de los participantes vieron una campaña en contra de fumar por televisión, el 30.4% refiere la escucha por radio, el 32% ve campañas en periódicos o revistas y finalmente el 48.6% las observa en carteles, espectaculares o paradas de autobús (Cuadro T1.4.2).<sup>1</sup>

## Gasto en tabaco, lugar de compra y marca

Al respecto de los fumadores activos reportan haber gastado 397.4 pesos en cigarros al mes en promedio, mismos que adquirieron un promedio de 15.6 cigarros en su última compra. No se encontraron diferencias entre el gasto promedio de los fumadores activos diarios adolescentes y adultos; aunado a la situación el 71.3% (IC 95%: 68.0% - 74.4%) de los fumadores activos que fuman ocasionalmente estimaron gastar menos de 20 pesos a la semana, o bien, 80 pesos por mes.<sup>1</sup>

Más de tres cuartas partes en un porcentaje de 77.8% de los fumadores activos refieren comprar sus cigarros en tiendas de abarrotes la última vez que adquirieron cigarros para ellos mismos; el 12.6% compró en tiendas abiertas las 24 horas y el 4.2% a vendedores ambulantes o en mercados, por tanto, el porcentaje de fumadores adolescentes que compraron en tiendas de abarrotes es mayor que el de los fumadores adultos.<sup>1</sup> Los fumadores adolescentes prácticamente no compraron cigarros en supermercados y el porcentaje que compró en tiendas abiertas las 24 horas fue menor que el de los adultos. En tal sentido ambos, adolescentes y adultos, acudieron en proporción similar a vendedores ambulantes o mercados.<sup>1</sup>

En cuanto a la marca más popular entre los fumadores activos es Marlboro en un 50.5%, seguida de Marlboro Blanco, Camel, Benson & Hedges, Montana y Delicados en un 10.9%, 8.7%, 7.2%, 6.1% y 4.1%, respectivamente. Cabe recalcar que Marlboro es más popular entre los adolescentes que entre los adultos; y por el contrario, las marcas Benson & Hedges y Delicados son relativamente populares sólo entre los adultos.<sup>1</sup>

La encuesta nacional de adicciones concluye a nivel nacional que en la población de 12 a 65 años se estima un 21.7% de la población mexicana es fumadora activa (31.4% de los hombres y 12.6% de las mujeres); 26.4% son exfumadores (30.9% de los hombres y 22.2% de las mujeres), y 51.9% nunca han fumado (37.8% de los hombres y 65.2% de las mujeres).<sup>1</sup>

En tal sentido se estima que 17.3 millones de mexicanos entre 12 y 65 años son fumadores activos (12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres), 21 millones son exfumadores y cerca de 41.3 millones nunca han fumado. Es así como a nivel regional la prevalencia más alta de consumo de tabaco se observa en el Distrito Federal (30.8%), seguido de las regiones Occidental, Nororiental, Norte Centro, Centro y Noroccidental donde las prevalencias oscilan entre 20 y 25%.<sup>1</sup>

Así pues, los fumadores activos entre 12 y 65 años inician el consumo diario de cigarrillos en promedio a los 20.4 años, fuman en promedio 6.5 cigarrillos diarios, el 50% de los fumadores diario fuma menos de 4 cigarrillos al día, solo el 1.5% fuma más de 20 cigarrillos al día. En efecto el patrón de consumo del fumador mexicano es principalmente ocasional. El 11.4% es decir 1.5 millones de los fumadores activos tienen adicción, 1.2 millones de fumadores hombres y 300 mil mujeres.<sup>1</sup>

De este modo a nivel nacional en la población de 12 a 17 años (adolescentes) la prevalencia de fumadores activos es de 12.3% (1.7 millones de adolescentes fumadores), de 16.4% en hombres (1.1 millones) y de 8.1% en mujeres (539 mil). Los adolescentes fumadores son principalmente ocasionales (10.4%), siendo solo el 2% (263 mil adolescentes) los que fuman diariamente.<sup>1</sup>

Así mismo la prevalencia de ex fumadores es de 9.9% (1.3 millones de adolescentes) siendo ésta principalmente de aquellos que fumaban ocasionalmente; el 77.8% (10.5 millones) de los adolescentes mexicanos nunca ha fumado, aunado a esto los fumadores adolescentes activos que fuman diariamente inician su consumo en promedio a los 14.1 años, además de consumir en promedio 4.1 cigarros al día.<sup>1</sup>

Los adolescentes activos que fumaron en el mes previo a la entrevista (65 mil personas) fuman el primer cigarro en los primeros 30 minutos después de despertar son adictos a la nicotina, el 8.1% de los hombres (57 mil personas) y 3.8% de las mujeres (8 mil personas). El 51.9% de los mexicanos entre 12 y 65 años, 41.3 millones, refiere nunca haber fumado. Sin embargo, de este grupo 26.1% de los adultos, cerca de 8.6 millones, y 36.4% de los adolescentes, cerca de 3.8 millones reportan estar expuestos al humo de tabaco ambiental.<sup>1</sup>

El reporte de exposición al humo de tabaco ambiental se ha incrementado 6.9% para la población general en tres años, de manera más importante en los adolescentes y adultos jóvenes. El incremento afecta a todas las regiones geográficas, excepto la región Nororiental y el Distrito Federal.<sup>1</sup>El consumo de tabaco en el hogar representa la principal fuente de exposición de humo de tabaco, aunque los lugares de trabajo y las escuelas siguen siendo sitios importantes de exposición.

De igual manera, el consumo de tabaco ocurre de forma muy frecuente en el paso obligado de los no fumadores y en bares, cantinas y discotecas, aunque el reporte de exposición en otros lugares públicos sigue siendo importante.<sup>1</sup>

El 26.4% de la población en el rango estudiado, cerca de 21 millones de mexicanos, dejaron de fumar y no fumaron en el último año, siendo la conciencia sobre los daños a la salud que provoca el consumo de tabaco la principal razón para hacerlo. Seis de cada diez fumadores han intentado alguna vez dejar de fumar, la mayoría lo intenta dejando de fumar súbitamente, dos de cada diez lo hacen dejando de fumar progresivamente y una pequeña proporción deja de comprar cigarros.<sup>1</sup>

Respecto a las nuevas advertencias sanitarias implementadas en México, seis de cada diez fumadores han notado con mucha frecuencia las advertencias con imágenes y además refieren que las advertencias les hacen pensar en los daños a la salud, sin embargo, solo cinco de cada diez fumadores piensan en dejar de fumar.<sup>1</sup>Tres de cada diez fumadores reportan que la advertencia sanitaria con imagen evita fumar cuando estaba a punto de prender un cigarro.<sup>1</sup>

Casi el 40% de los mexicanos ha escuchado o visto un número telefónico gratuito para recibir ayuda para dejar de fumar solo el 2% lo utiliza para pedir un consejo o recibir ayuda en cómo dejar de fumar.<sup>1</sup>

En cuanto a las campañas en medios masivos de comunicación solo cinco de cada diez mexicanos refieren haber visto una campaña en contra de fumar, sin que se observaran diferencias por sexo o nivel de ingreso. Es importante mencionar que la otra mitad de los mexicanos no recibe información acerca de los daños a la salud causados por el tabaco o por la exposición a su humo, tampoco recibe información de las estrategias preventivas implementadas en el país.<sup>1</sup>

Los adolescentes prácticamente no acudieron a supermercados para comprar cigarros y sólo en pocos casos a tiendas abiertas las 24 horas, Lo cual indica que la prohibición de venta a menores tiene un mejor cumplimiento en ese tipo de establecimientos. Por lo tanto, el propósito de esta encuesta declara, es importante reforzar y priorizar la vigilancia de las ventas en tiendas de abarrotes; así como, el establecimiento de mecanismos para controlar la venta en sitios no establecidos o mercados, la cual se relaciona, además, con problemas como la venta de cigarros sueltos y de cigarros de contrabando.<sup>1</sup>

No se observan diferencias entre el gasto promedio de los fumadores activos adolescentes y adultos, pero la cantidad de la última compra sí fue menor para el caso de los adolescentes. Lo cual traduce que el precio promedio pagado por la última compra de los adolescentes fue mayor, y podría deberse a que éstos compran más cigarros sueltos que cajetillas, mismos que se venden a un precio por unidad mayor.<sup>1</sup>

## CAPITULO III

### *Depresión*

La Organización Mundial de la Salud destaca que la depresión constituye un problema importante de salud pública, ya que más de 4% de la población mundial vive con depresión y los más propensos a padecerla son las mujeres, los jóvenes y los ancianos. Determinando en el mundo, que este trastorno representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables.<sup>5</sup>

En México, ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Además, se estima que 9.2% de la población ha sufrido depresión, en tal sentido, una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años y que los jóvenes presentan mayor vulnerabilidad.<sup>5</sup>

Otro problema de salud pública llamada Depresión la Organización Mundial de la Salud la caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; el cual puede llegar a hacerse crónico o recurrente y en su forma más grave, puede conducir al suicidio.<sup>5</sup>

El INEGI documentó que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones eran mujeres. También, destaca el hecho que del total de personas que se han sentido deprimidas, únicamente 1.63 millones toman antidepresivos, mientras que 33.19 millones no lo hace.<sup>5</sup>

Este indicador hace relevancia en la diferencia de género, pues entre los hombres, la sensación de “muchacha depresión” afectó a 2.095 millones, mientras que la misma intensidad entre las mujeres afectó a un total de 4.95 millones.<sup>5</sup>

Asimismo, del total de personas que toman antidepresivos, alrededor de 414 mil son hombres, mientras que 1.22 millones son mujeres. Aunque la depresión en mujeres puede tener relación con cambios hormonales, también es importante mencionar que el género es un factor determinante, así como la obligación de cumplir con los deberes asociados con la maternidad, el matrimonio y las opresiones que se viven por el hecho de ser mujer y estar obligada a cumplir con ciertos roles son causa de la depresión.<sup>5</sup>

La violencia de la que son víctimas las mujeres es un factor importante que desencadena la depresión, en este sentido, el 35% de la diferencia por género en depresión también se explica por el abuso sexual ocurrido en la infancia a las niñas.<sup>5</sup>

La Clasificación Internacional de Trastornos Mentales engloba dentro de la clasificación F10 a la F19 a los Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicótropas, respecto a trastornos mentales y del comportamiento, define el episodio depresivo como 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 un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo; sugiere que para el diagnóstico de episodio depresivo, sea éste leve, moderado o grave, se requiere de una duración de al menos dos semanas.<sup>51</sup>

Por otro lado, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10<sup>a</sup>), especifica que la presencia de al menos tres de los síntomas más típicos de la depresión, sin estar presente la idea suicida, durante al menos dos semanas se clasifica como *depresión leve*. *Episodio depresivo moderado* es aquel que manifiesta cuatro o más síntomas de depresión, sin la idea suicida, al menos durante dos semanas, y *episodio depresivo grave* es aquel con tres o más síntomas de depresión, incluida la idea de intento suicida, al menos durante las últimas dos semanas.<sup>51</sup>

De acuerdo a las referencias anteriores la depresión se detecta con los síntomas de falta de apetito, insomnio, tristeza, irritabilidad con mucha frecuencia, dificultad para disfrutar de las actividades diarias, dificultad para tomar decisiones, dificultad para hacer su trabajo, sentirse incapaz de desempeñar un papel útil en la vida, pérdida del interés por las cosas, sentirse inútil, ideas suicidas, cansancio con facilidad todo el tiempo, entre otros. <sup>51</sup>

Los síntomas inducen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras actividades importantes del individuo, no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica como hipotiroidismo y no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido); los síntomas persisten durante más de dos semanas y suelen acompañarse de enlentecimiento psicomotor.<sup>51</sup>

Además de los conceptos ya descritos, también debemos definir a la salud mental como un síndrome determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, que incluye padecimientos como la depresión, ansiedad, epilepsia, demencias, esquizofrenia y trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos.<sup>51</sup>

Los trastornos comúnmente denominados depresivos incluyen un conjunto de entidades clínicas relacionadas con problemas de mayor o menor intensidad y duración, tales como el episodio de depresión mayor (EDM) y la distimia (D) que, de acuerdo con el DSM-5, son trastornos del estado de ánimo.<sup>51</sup>

Existen otros síndromes conformados por diferentes patrones comportamentales de significación clínica que no obedecen a respuestas convencionales, y cuya característica principal se centra en una alteración del humor asociada con malestar y discapacidad, así como el riesgo de perder la vida, sufrir dolor o perder la libertad. Dichos trastornos se caracterizan por su impacto en el estado de ánimo y el afecto de las personas, ligados con cambios o problemas en otras esferas de la vida, como apetito, fatiga, sueño, dificultades cognitivas, culpa excesiva e ideación suicida.<sup>51</sup>

En cuanto al tema a tratar en este proyecto, la depresión es un trastorno mental, que se caracteriza por la disminución del interés o placer en casi todas las actividades la mayor parte del día, en un periodo de al menos dos semanas consecutivas, y con una frecuencia diaria, acompañándose de trastornos en el apetito, sueño, actividades psicomotoras, sentimientos de infravaloración, culpa, disminución de la capacidad para pensar y tomar decisiones.<sup>51</sup>

Se pueden considerar los síntomas de tristeza y depresión dentro de los límites normales cuando no alteran la vida cotidiana. Este puede variar de leve a severa, según la agudeza de los síntomas, pensamientos indirectos de muerte y recurrencia de ideas suicidas.<sup>51</sup>

## *Panorama epidemiológico de Depresión*

### Morbilidad y Mortalidad de depresión

El Secretario General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece en su mensaje en el Día Mundial de la Salud Mental 2012, que la depresión es una crisis mundial pues cerca de 350 millones de personas de todas las edades, ingresos y nacionalidades padecen de depresión, y millones más familiares, amigos, compañeros de trabajo, están expuestos a los efectos indirectos de esta crisis de salud mundial mal considerada y diagnosticada; sumo también que la depresión acorta la capacidad de las personas para hacer frente a los retos y actividades cotidianas de la vida y con frecuencia acelera el deterioro de las relaciones familiares, la detención de la educación y la pérdida del empleo y en casos más extremos cada año alrededor de un millón de personas se quitan la vida, la mayoría por una depresión sin diagnosticar o tratar.<sup>51</sup>

El estudio realizado en el 2013 a estudiantes de medicina de primer ingreso de la Universidad de Guadalajara<sup>10</sup> donde se reporta que el 95% de los estudiantes con hábito tabáquico tiene un inicio entre los 14 y 18 años de edad señalándose asociaciones con factores emocionales y sociodemográficos, entre ellos la ansiedad, el estrés y depresión.<sup>10</sup>

El trastorno depresivo según indican datos estadísticos del 2014<sup>47</sup> de la organización mundial de la salud, se presenta en promedio entre 8% y 25% de la población mundial.<sup>51</sup>

En cuanto a los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) señalan que 9.2% de los mexicanos sufrió un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% doce meses previos al estudio. La depresión ocurre con mayor frecuencia entre mujeres (10.4%) que entre hombres (5.4%). Los análisis recientes, realizados en México, muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis; por ejemplo, las personas con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónicas.<sup>51</sup>

La depresión representa un importante problema de salud pública<sup>51</sup>, en el mundo es la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables; se estima que globalmente afecta a 350 millones de personas, con prevalencias entre 3.3% y 21.4%.<sup>51</sup>

Es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres. La edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se ubica en las primeras décadas de la vida; 50% de los adultos que han sufrido un trastorno mental lo empezaron a padecer antes de cumplir 21 años; cuando los trastornos depresivos se presentan antes de los 18 años el curso de la enfermedad es más crónico y de mayor duración.<sup>51</sup>

Se calculó que los trastornos mentales afectan a uno de cada cuatro europeos adultos, y son causa de la mayor parte de los suicidios que se registran cada año, cifra que supera a las muertes por accidente de tráfico. Se consideró que la ansiedad y la depresión son las formas más comunes de enfermedad mental, y para el 2020 según sus argumentos, la depresión puede convertirse en la primera causa de enfermedad en el mundo desarrollado.<sup>51</sup>

### Prevalencia de depresión en Europa

La Comisión de las Comunidades Europeas valora una prevalencia anual de depresión en personas de 18 a 65 años de 6.1%. así mismo responde a la Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre salud mental en enero 2005 donde se consideró a las enfermedades mentales como problemas psíquicos a la tensión emocional, las disfunciones asociadas con los síntomas de angustia y los trastornos psíquicos como la esquizofrenia y la depresión; también definió a la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades y puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida, trabajar de forma productiva, fructífera, capaz de contribuir a la vida de su comunidad.<sup>50</sup>

De dicha prevalencia aproximadamente el 8% corresponde a personas jóvenes. En cuanto a la población colombiana, el estudio nacional de salud mental publicado por el Ministerio de salud en el año 2003 señala que el 15% para la población general presenta depresión.<sup>50</sup>

Se destaca también mayor prevalencia de trastorno depresivo en el género femenino. En el mundo, se ha reportado la prevalencia de trastorno depresivo en estudiantes de medicina, tal es el caso de un estudio realizado en India, en donde se encontró una prevalencia de 71,25% (Kumart18 et al 2008), siendo esta la mayor cifra de depresión reportada relacionada con el tema. En Latinoamérica, se ha encontrado una variabilidad de los resultados en los estudios, encontrándose cifras más altas en Argentina con un 52,41% (Gloria laurenz19 et al 2007); seguido de Venezuela 47% (Tortoleo et al 2008), Brasil 38,2% (Baldassin21 et al 2005), Chile 25% (Santander22 et al 2007).<sup>50</sup>

#### Relación de depresión con sexo, edad y estado de la republica afectados.

En un estudio que se realizó a razón de la prevalencia y diagnóstico de la depresión en población adulta en México, reportan 4.5%, con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y, en el caso de los hombres, lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8%, y la de hombres es 2.5%. Señalan que la depresión varió ampliamente entre las 32 entidades federativas del país.<sup>50</sup>

En el caso de los hombres, las cifras más elevadas correspondieron a Jalisco, Veracruz y Tabasco, y las más bajas fueron en Nayarit y Nuevo León. En el caso de las mujeres, las prevalencias más altas estuvieron en Hidalgo, Jalisco y el Estado de México, y las más bajas, en Sonora y Campeche.<sup>50</sup>

## Causas de depresión

Si se compara con otros dominios disciplinares, la prevalencia de estos cuadros es mayor en carreras del área de salud, alcanzando incluso mayores niveles que la población general, ya que esta condición se vincula a los niveles de exigencia académica propios de las carreras de salud, factores socioeconómicos y socioemocionales además de variables como el tipo de carrera, el sexo, y ser alumno/a de primer año en la carrera.<sup>50</sup>

El drástico cambio de estilo de vida, la modificación de hábitos, costumbres al que los jóvenes se enfrentan a su recién ingreso de una carrera con alta demanda académica aunado a los retos relacionados con la vida independiente y los desafíos que comúnmente enfrentan los estudiantes universitarios, generan una mayor predisposición para presentar depresión, ansiedad y estrés.<sup>50</sup>

Un dato importante de la depresión, ansiedad y estrés, es la relación que tienen con la personalidad de los estudiantes de la salud, es un tema adecuado para analizar, si se considera que la mayor parte de los estudiantes de primer año de universidad, se encuentra en transición de la adolescencia a la adultez, período en el cual se encuentran en plena consolidación de identidad y por ende solidificación de personalidad, a partir de la integración y calidad.<sup>50</sup>

El modelo de personalidad propuesto por Kernberg permite abordar estas críticas, al proponer que la personalidad se organiza en base a criterios dimensionales, los cuales se forman a partir del temperamento que es definido como condiciones genéticas e innatas de escasa modificabilidad.<sup>50</sup>

Estas condiciones modulan la intensidad, ritmo y umbral de activación afectiva, impactando en el propio sujeto y su relación con los demás. Por otra parte, la clarificación de esta relación permite reconocer aspectos que se vinculan a cuestiones incidentes en el retraso y fracaso académico, como también en el abandono temprano de la carrera<sup>52</sup>

### *Relación de tabaquismo con depresión*

Este proyecto realizado a los estudiantes de medicina en Veracruz compara la proporción de tabaquismo presente entre los alumnos de nuevo ingreso y quinto semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, así como identifica el nivel de ansiedad y depresión entre ambos grupos.<sup>4</sup>

Seleccionaron 88 participantes, de los cuales solo 78 (88.6%) completaron adecuadamente las encuestas, 41 de ellos de 1er semestre y 37 de 5to semestre. Ningún estudiante de nuevo ingreso fuma en comparación al 50% de los alumnos de 5to semestre. Después de la aplicación del cuestionario de Fagerstrom se encontró que todos los fumadores presentan un nivel bajo de dependencia a la nicotina.<sup>4</sup>

En relación con la presencia de depresión demuestran que solo 3 participantes en cada grupo resultan con un nivel ligero de depresión, la prueba de Hamilton para ansiedad muestra que la proporción de ansiedad fue ligeramente mayor en el grupo de nuevo ingreso.<sup>4</sup>

En dicho estudio consideran específicamente a las variables psicológicas asociadas al tabaquismo, la ansiedad y la depresión siendo estas las más importantes. Toman la ansiedad como rasgo que destaca a los fumadores en esta población presentar niveles superiores a los no fumadores, lo cual para ellos coincide con el principal síntoma del síndrome de abstinencia que es la ansiedad.<sup>4</sup>

# ***PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA***

---

## Planteamiento del problema

En la actualidad más de mil millones de personas fuman tabaco en todo el mundo y cerca de 6 millones mueren anualmente por el consumo y la exposición al humo de tabaco; de continuar con el consumo actual, esta cifra podría aumentar a 7.5 millones de muertes en el año 2020 de acuerdo al estudio de Consumo de Tabaco y patología Psiquiátrica<sup>14</sup>. El tabaquismo causa 71% de los cánceres de pulmón, 42% de las enfermedades pulmonares crónicas y 10% de las enfermedades cardiovasculares. Por esto, el consumo de tabaco se mantiene hoy día como la principal causa de muerte prevenible a nivel mundial. Este consumo no sólo implica graves daños a la salud individual; también ocasiona pérdidas de productividad laboral, mortalidad prematura y elevados costos para el sector salud. Además, tiene un impacto negativo en la economía individual y familiar ya que el dinero que se gasta en tabaco deja de invertirse en alimentos y otras necesidades básicas como educación y salud.<sup>14</sup>

En la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, no obstante que el plan de desarrollo institucional 2014-2018, establece una política de Investigación y prevención del hábito del tabaquismo que incluye además como meta el logro del establecimiento como edificio libre de humo, que en la actualidad no se han desarrollado las acciones conducentes, por lo que resulta urgente coadyuvar en ese sentido.

Por otra parte, cabe destacar que uno de los atributos deseables en la formación de recursos humanos en salud exige de una personalidad libre de adicciones y promotora de la salud y de prevención.

Considerando las consecuencias desastrosas derivadas del tabaquismo como Bronquitis Aguda, Enfisema Pulmonar, Cáncer de Laringe, Cáncer Pulmonar, Cáncer Gástrico, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Infarto Agudo al Miocardio, aunado al desarrollo incipiente del programa para la prevención de tabaquismo el cual requiere de acciones más contundentes en la Carrera de Médico Cirujano, se propone la presente investigación con el fin de identificar la prevalencia de éste problema de salud pública en la población del primer año de Medicina, pues se considera que al reconocer tempranamente la presencia de este hábito pernicioso de los alumnos jóvenes que inician su desarrollo profesional es posible establecer las medidas contundentes para su atención, eliminación y prevención.

Los resultados de esta investigación conforman un diagnóstico del tabaquismo en la Carrera de Médico Cirujano y constituyen un insumo para avanzar en la colaboración del programa de investigación y prevención del tabaquismo, así mismo, este proyecto se enfocó en identificar las asociaciones existentes entre la dependencia del hábito tabáquico, el sexo y los niveles de depresión en los alumnos del primer año.

Por lo anterior expuesto nuestra pregunta de investigación se concretó en un primer momento a esclarecer ¿Cuál es la prevalencia del consumo de tabaco y su relación con la depresión en los estudiantes de primer año de la carrera Médico Cirujano de la FES Zaragoza en el 2017?

## CAPITULO IV

### *Objetivo general*

¿Determinar la prevalencia del consumo de tabaco y su relación con la depresión en los estudiantes de primer año de la carrera Médico Cirujano de la FES Zaragoza en el 2017?

### Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia del consumo de tabaco por edad y sexo en estudiantes del primer año de la carrera de Medicina de la FES Zaragoza.
2. Identificar la edad y sexo de los estudiantes que consumen tabaco en el primer año de la carrera de médico cirujano de la FES Zaragoza.
3. Clasificar los niveles de dependencia a la nicotina en los estudiantes de primer año de la carrera de Médico Cirujano de la FES Zaragoza.
4. Valorar la presencia de síntomas de depresión en los alumnos que consumen tabaco del primer año de la carrera de Médico Cirujano de la FES Zaragoza.
5. Encontrar la asociación entre sexo, consumo de tabaco y depresión en los estudiantes de primer año de la carrera de Médico Cirujano de la FES Zaragoza.

## CAPITULO V

### *Metodología*

#### Diseño

Es un diseño de tipo Observacional descriptivo transversal.

#### Universo

Está compuesto por 266 alumnos del primer año de la carrera de Médico Cirujano de la FES Zaragoza correspondiente a la generación 2017.

#### Criterios de inclusión

Alumnos del primer año de la Carrera de Medicina, hombres y mujeres que estuvieron presentes y que contestaron completa las encuestas el día de la aplicación

#### Criterios de exclusión

Alumnos del primer año de la Carrera de Medicina que no desearon, faltaron y participaron en el llenado de la encuesta

## Variables del estudio

### Operacionalización de variables

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>TIPO DE GRAFICO</b>
<b>EDAD</b>	Es el periodo de tiempo transcurrido en años cumplidos desde la fecha de nacimiento de la persona, hasta la fecha de estudio.	Bienios 1. 16 2. 17 3. 18 4. 19 5. 20 6. 21 y mas	Cualitativa continua	Grafica de barras
<b>Sexo</b>	Conjunto de características biológicas que nos diferencian entre hombre y mujer.	1. Mujer 2. Hombre	Cuantitativa	Grafica de barras
<b>Dependencia a la nicotina</b>	Cuando usted se despierta, ¿cuánto tiempo pasa antes de encender el primer ¿Cigarrillo?  Si la persona fuma antes de 30 minutos después de despertarse, tiene un alto grado de dependencia a la nicotina.	1. 1-3 puntos baja dependencia  2. 4-6 puntos dependencia moderada  3. 7-10 puntos alta dependencia	Cuantitativa	Grafica de barras
<b>Depresión</b>	Tristeza observada en el paciente	0 – 6 puntos Sin depresión Ver anexo 2	Cualitativa	Grafica de barras
	Tristeza declarada por el paciente	7-9 puntos Depresión menor Ver anexo 2	Cualitativa	Grafica de barras
	Tensión interna	7-9 puntos Depresión menor	Cualitativa	Grafica de barras

		Ver anexo 2		
	Apetito reducido	20 – 30 puntos Depresión moderada Ver anexo 2	Cualitativa	Grafica de barras
	Dificultades para concentrarse	20 – 30 puntos Depresión moderada Ver anexo 2	Cualitativa	Grafica de barras
	Lasitud	35 - 60 puntos Depresión grave Ver anexo 2	Cualitativa	Grafica de barras
	Incapacidad para sentir	35 - 60 puntos Depresión grave Ver anexo 2	Cualitativa	Grafica de barras
	Pensamientos suicidas	35 - 60 puntos Depresión grave Ver anexo 2	Cualitativa	Grafica de barras

### Técnicas

Para la recolección de datos se aplicó durante el mes de noviembre del año 2017 un test de Fagerström para la valoración de la dependencia a la nicotina de 6 ítems ([Anexo 1](#)), y una escala de depresión de Montgomery – Asberg con 10 ítems ([anexo 2](#))

Para la valoración del grado de dependencia a la nicotina se utiliza el Test de Fagerström (Anexo 1).

El FNTD (Heatherton, Kozlowski, Frecher & Fagerström, 1991) es una de las escalas más conocidas y utilizadas para valorar la dependencia a la nicotina. Ha sido validado con medidas fisiológicas de nicotina en sangre, lo que permite que sea utilizado como una medida de dependencia fisiológica. Consta de seis ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. Se acepta que cuando la puntuación se encuentra entre uno y tres puntos se considera que la dependencia es baja, cuando está entre cuatro y seis puntos la dependencia es moderada y más de seis puntos se consideran una alta dependencia a la nicotina.

Por último, para la evaluación de síntomas y la gravedad de depresión se utiliza la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Anexo 2) que consta de 10 ítems que evalúan la presencia de tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas.

Es importante recordar que sólo en contadas ocasiones se encuentra a algún/a paciente deprimido/a que no puede ser valorado/a dentro de los apartados de la escala. Si no se puede obtener respuestas precisas del paciente, debe usarse cualquier dato relevante, así como la información procedente de otras fuentes como base para la valoración, de acuerdo con la práctica clínica habitual.

Para el análisis estadístico en primera instancia se realizó una base de datos en Excel los cuales posteriormente se exportaron y procesaron a través del programa estadístico llamado “Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 23 IBM 2015.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo del total de la muestra. Las variables cualitativas y cuantitativas se analizaron por medio de estadística inferencial de tipo no paramétrica:

- Chi Cuadrada ( $X^2$ ) para verificar diferencia en la prevalencia de consumo de tabaco por sexo y para verificar asociación entre el hábito de tabaquismo y los síntomas de depresión.

## Métodos utilizados

Las actividades ejecutadas en el estudio estuvieron autorizadas previamente por Secretaría técnica de la Carrera de Medicina a través de reuniones con los representantes del consejo académico de la carrera para la definición de la logística del proceso.

Se recolectó la información aplicando la encuesta y se elaboró una base de datos en el programa de Excel con la cual se exportó la información al programa SSPS versión 23 para su análisis y reporte de datos y elaboración de informe final.

# ***RESULTADOS***

---

## CAPITULO VI

### Resultados

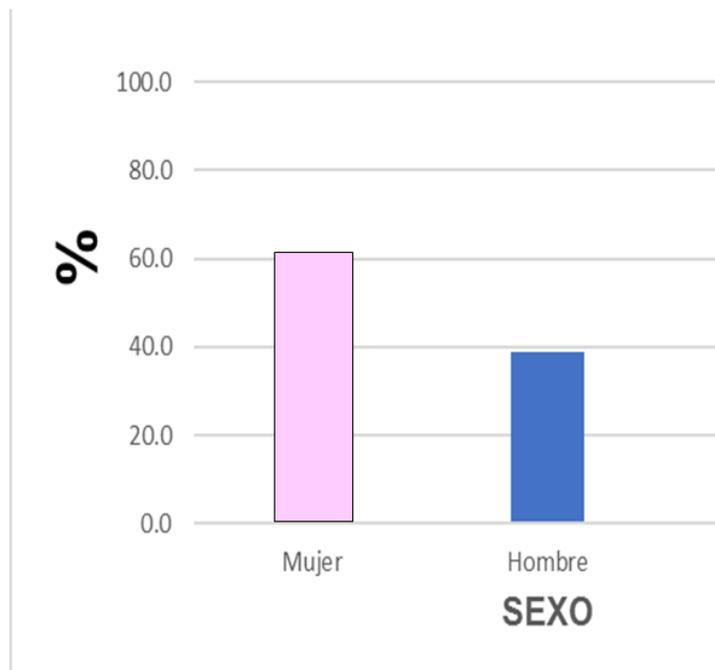
El total de la población del estudio de prevalencia de tabaquismo en los estudiantes del primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza fue, de 266 alumnos; la distribución de la muestra por sexo mostró que el 61.3% son mujeres y 38.7% son hombres (Tabla 1); la distribución por grupo de edad mostró una mediana de 19 años, una máxima de 30 y una mínima de 17 años (Tabla 2). Estos resultados se exponen de forma más detallada en la Tabla 1,2 y Grafico 1 y 2.

**Tabla 1. Distribución por sexo de los alumnos del primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.**

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Mujer	<b>163</b>	61.3
Hombre	<b>103</b>	38.7
Total	<b>266</b>	100.0

Fuente: Población de estudio.

**Gráfico 1. Distribución por sexo de los alumnos del primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.**



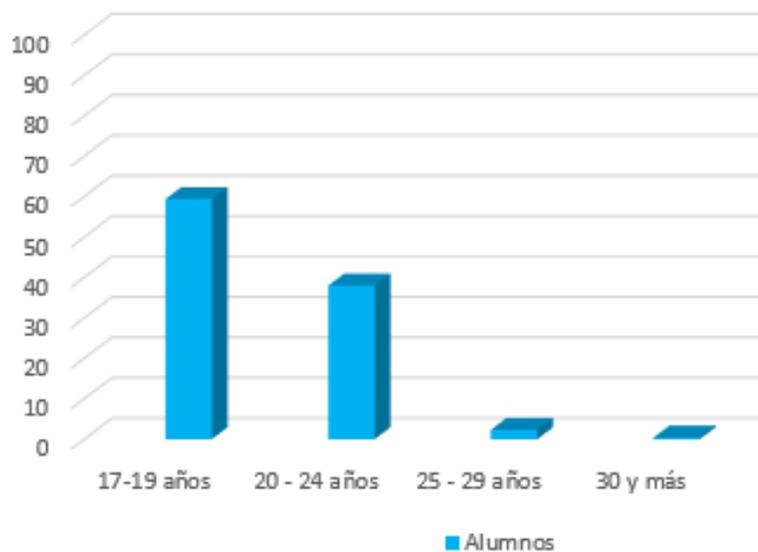
Fuente: Población de estudio.

**Tabla 2. Distribución por edad de los alumnos del primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.**

EDAD	Frecuencia	%	
17	3	1.1	<b>MINIMO</b>
18	55	20.7	
19	100	37.6	<b>MEDIANA</b>
20	53	19.9	
21	21	7.9	
22	15	5.6	
23	10	3.8	
24	2	0.8	
25	5	1.9	
26	1	0.4	
30	1	0.4	<b>MAXIMO</b>
Total	266	100.0	

Fuente: Población de estudio.

**Gráfico 2. Distribución por edad de los alumnos del primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.**



Fuente: Población de estudio.

Descripción de la dependencia a la nicotina y la edad de los estudiantes de primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.

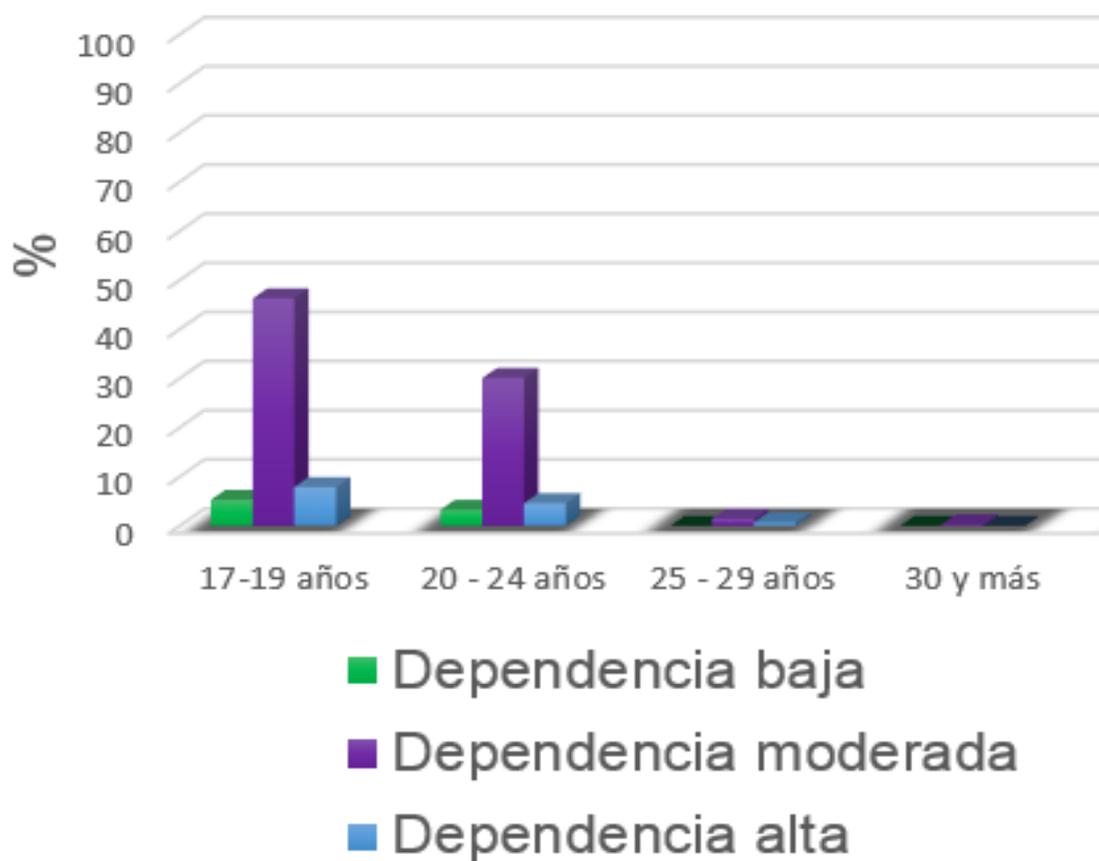
En la relación de la dependencia a la nicotina en relación a la edad del total de 266 alumnos, se encontró en su mayoría a 123 alumnos dentro de la categoría de 17 a 19 años de edad que presentan una dependencia moderada y representan el 46.3%, seguido de 80 alumnos de 20 a 24 años que representan el 30.1% de la misma categoría y 5 alumnos de 25 años en adelante representando el 1.8%; así mismo, los resultados muestran que 21 alumnos de 17 a 19 años presentan dependencia alta a la nicotina representando el 7.9% de su categoría, seguido de 12 alumnos con 20 a 24 años representando el 4.6% de su categoría y solo 2 alumnos de 25 años en adelante representando el 0.7%; sin dejar de lado a los 23 alumnos que presentan dependencia baja con edad entre 18 y 24 predominando 14 de ellos dentro del grupo de 17 a 19 con el 5.3% de su categoría, seguido de 9 alumnos de 20 a 24 años que representan el 3.3% de la misma categoría. Estos resultados se exponen de forma más detallada en la Tabla 3 y Gráfico 3.

**Tabla 3. Dependencia a la nicotina y edad de los alumnos del primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.**

	Grupos de edad									
	17-19 años		20 - 24 años		25 - 29 años		30 y más		Total	
<b>Dependencia a la Nicotina</b>	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Baja</b>	14	5.3	9	3.3	0	0	0	0	23	8.6
<b>Moderada</b>	123	46.3	80	30.1	4	1.5	1	0.3	208	78.2
<b>Alta</b>	21	7.9	12	4.6	2	0.7	0	0	35	13.2
<b>Total</b>	158	59.5	101	38	6	2.2	1	0.3	266	100

Fuente: Población de estudio.

**Gráfico 3. Dependencia a la nicotina y edad de los alumnos del primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.**



Fuente: Población de estudio.

Descripción de la dependencia a la nicotina en los estudiantes de primer año de la carrera de Medicina por sexo de la Fes Zaragoza.

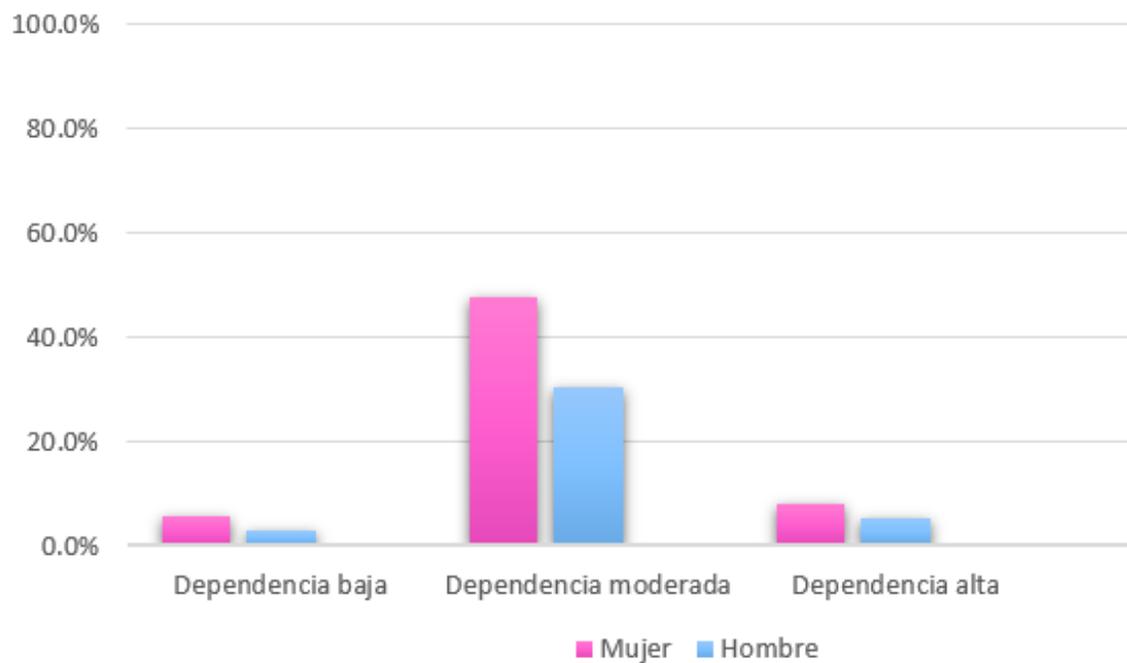
Con respecto a esta relación se descubrió que, del total de las 163 mujeres encuestadas, 127 presentan dependencia moderada representando el 47.8% del sexo femenino, seguido de 21 de ellas con dependencia alta con el 7.9% y 15 alumnas con dependencia baja significando el 5.6%; por otro lado, del total de 103 alumnos hombres encuestados, 81 presenta dependencia moderada representando el 30.4%, seguido de 14 con dependencia alta con el 5.3% y 8 alumnos con dependencia baja con el 3%; sumando una mayoría marcada de 208 mujeres y hombres con dependencia moderada, seguido de 35 alumnos en general con dependencia alta y 23 con dependencia baja. Estos resultados se exponen de forma más detallada en la Tabla 4 y gráfico 4.

**Tabla 4. Dependencia a la nicotina en los alumnos del primer año de la carrera de Medicina por sexo de la Fes Zaragoza.**

	Sexo					
	Mujer		Hombre		Total	
Dependencia a la nicotina	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Dependencia Baja	15	5.6%	8	3.0%	23	8.6%
Dependencia Moderada	127	47.8%	81	30.4%	208	78.2%
Dependencia Alta	21	7.9%	14	5.3%	35	13.2%
<b>Total</b>	163	61.3%	103	38.7%	266	100.0%

Fuente: Población de estudio.

**Gráfico 4. Dependencia a la nicotina en los alumnos del primer año de la carrera de Medicina por sexo de la Fes Zaragoza.**



Fuente: Población de estudio.

Relación de Depresión y edad en los alumnos del primer año de la Carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.

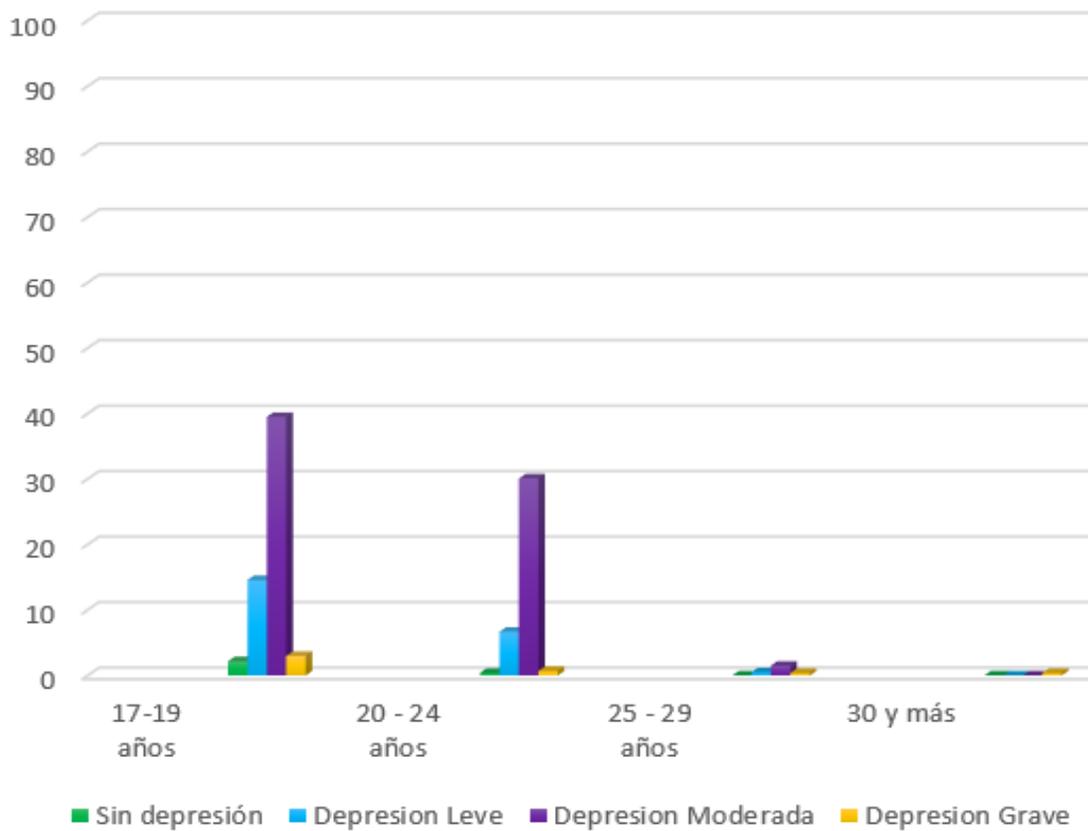
Con respecto a los resultados obtenidos de esta relación se encontró que en su mayoría 65 alumnos de 19 años presentan depresión moderada, seguida de 40 alumnos con 20 años y 37 de ellos con 18 años; por otro lado se encontró también a 26 alumnos de 19 años de todos los alumnos con depresión leve, seguida de 13 alumnos con 18 años y 11 alumnos con 20 años, sin dejar de mencionar los que se encontraron con un nivel de depresión grave en una totalidad de 12, de los cuales 6 tienen 19 años, 2 tienen 18 años y los demás arriba de 20 años. Estos resultados se exponen de forma más detallada en la Tabla 5 y gráfico 5.

**Tabla 5. Escala de depresión y edad de los alumnos del primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.**

	Grupos	De edad									
		17-19 años		20 - 24 años		25 - 29 años		30 y más		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Escala de depresión</b>	Sin depresión	6	2.2	1	0.4	0	0	0	0	7	2.6
	Leve	39	14.6	18	6.7	1	0.5	0	0	58	21.8
	Moderada	105	39.5	80	30.1	4	1.5	0	0	189	71.1
	Grave	8	3	2	0.7	1	0.4	1	0.4	12	4.5
<b>Total</b>		158	59.3	101	37.9	6	2.4	1	0.4	266	100

Fuente: Población de estudio.

**Gráfico 5. Escala de depresión y edad de los alumnos del primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.**



Fuente: Población de estudio.

**Relación de Depresión en los alumnos del primer año por sexo en la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.**

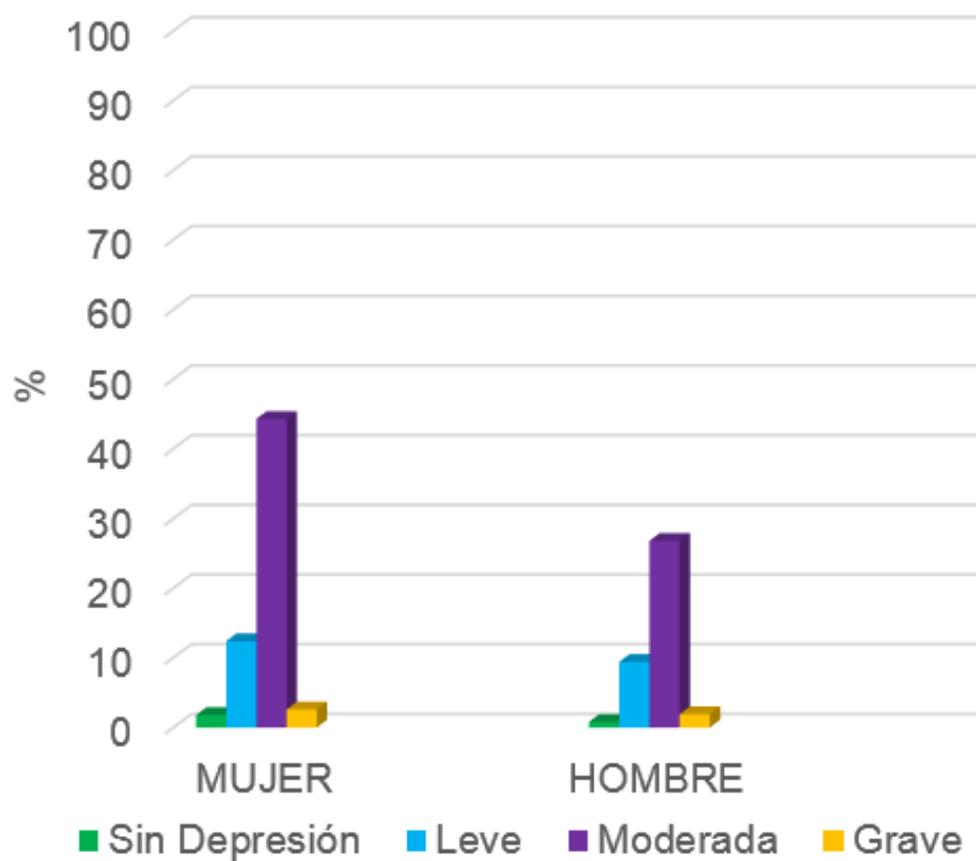
En relación con depresión y sexo se muestra que en su mayoría 118 mujeres de las 163 encuestadas presentan depresión moderada mostrando un 44.3% del total de mujeres, seguidas de 33 con depresión leve en un 12.4%, 7 con depresión grave en un 2.6% y solo 5 sin depresión con un 1.8%. Así mismo del total de 103 hombres encuestados, 71 presenta depresión moderada representando el 26.8% del total de hombres, seguido de 25 alumnos con depresión leve en un 9.4%, 5 con depresión grave con 1.9% y solo 2 contestaron no presentar ningún síntoma de depresión representando el 0.8%; siendo un total de 189 alumnos (mujeres y hombres) en una escala de depresión moderada, así como 58 alumnos del total con depresión leve, 12 alumnos con depresión grave y 7 sin síntomas de depresión. Estos resultados se exponen de forma más detallada en la Tabla 6 y gráfico 6.

**Tabla 6. Escala de depresión en los alumnos del primer año por sexo en la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.**

Escala de Depresión	MUJER		HOMBRE		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
<b>Sin Depresión</b>	5	1.8	2	0.8	7	2.6
<b>Leve</b>	33	12.4	25	9.4	58	21.8
<b>Moderada</b>	118	44.3	71	26.8	189	71.1
<b>Grave</b>	7	2.6	5	1.9	12	4.5
	163	61.1	103	38.9	266	100

Fuente: Población de estudio.

**Gráfico 6. Escala de depresión en los alumnos del primer año por sexo en la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.**



Fuente: Población de estudio.

Relación de Dependencia a la nicotina y Depresión en los alumnos del primer año de la Carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.

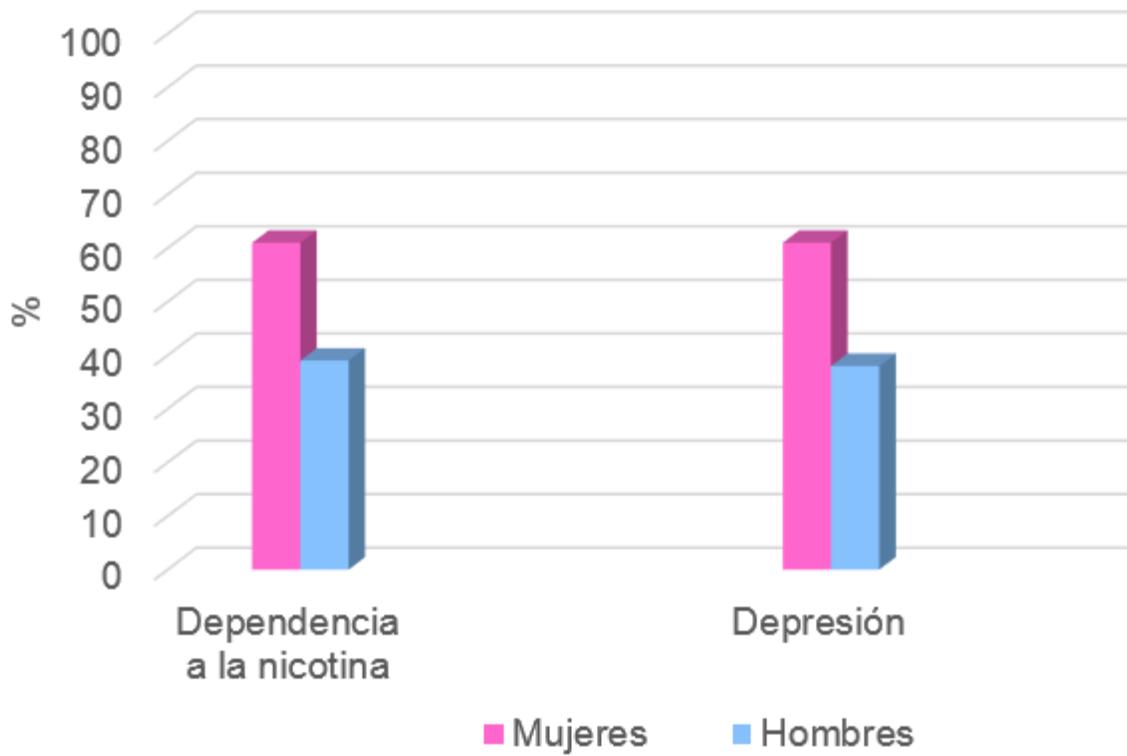
Los resultados obtenidos de la relación de Depresión y Dependencia a la nicotina se pueden mostrar que, de los 266 alumnos, predominan con un total de 145 los alumnos con dependencia moderada a la nicotina y depresión moderada en un porcentaje de 54.5; seguido de 24 alumnos con depresión moderada y dependencia alta representando un 9.1%; por otro lado, se encontró a 48 alumnos con depresión leve y dependencia moderada a la nicotina representando el 18.1%, seguido de 9 alumnos con depresión leve y dependencia alta a la nicotina representando solo el 3.4% de total de alumnos. Estos resultados se exponen de forma más detallada en la Tabla 7 y Gráfico 7.

**Tabla 7. Escala de depresión y dependencia a la nicotina en los alumnos del primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.**

	Escala de depresión									
	Sin depresión		Leve		Moderada		Grave		Total	
<b>Dependencia a la Nicotina</b>	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Baja</b>	1	0.4	1	0.4	20	7.4	1	0.4	23	8.6
<b>Moderada</b>	4	1.5	48	18.1	145	54.5	11	4.1	208	78.2
<b>Alta</b>	2	0.7	9	3.4	24	9.1	0	0	35	13.2
<b>Total</b>	7	2.6	58	21.9	189	71	12	4.5	266	100

Fuente: Población de estudio.

**Gráfico 7. Escala de depresión y dependencia a la nicotina en los alumnos del primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.**



Fuente: Población de estudio.

# ***DISCUSSION***

---

## CAPITULO VII

### *Discusión*

En el presente estudio se realizó la búsqueda del consumo de tabaco y su relación con la depresión en los alumnos del primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.

En virtud de los resultados obtenidos y de acuerdo a evidencias del estudio de Calleros y colaboradores (4) en estudiantes de medicina para determinar la prevalencia y conocimiento de sus consecuencias, realizado en Guadalajara el cual reporta que de los 220 alumnos encuestados 118 (53.6%) fueron del sexo femenino y el resto (46.45) del sexo masculino; en tal sentido, el resultado de este estudio es similar, pues del total de 266 alumnos; la distribución de la muestra por sexo mostró que el 61.3% son mujeres y 38.7% son hombres ([Tabla 1](#) y [Grafico 1](#)), el sexo femenino predominó con un total de 163 mujeres y 103 hombres ([Tabla 2](#) y [Grafico 2](#)); Vinculado a lo anterior expuesto, en comparación con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada en 2008, resulta con una tendencia concordante, pues de los 8 de 10 individuos fumadores fueron del sexo femenino.

Este estudio reporta la distribución por grupo de edad y muestra una mediana de 19 años, una máxima de 30 y una mínima de 17 años ([Tabla 2](#) y [Grafico 2](#)). En efecto hay relación cercana con Guerrero López y colaboradores (8), donde estiman la edad de inicio es entre los 15 y 17 años; la ENA 2011(2) reporta que entre los 12 y 65 años, inician el consumo diario de tabaco a los 20.4 años; los hombres a los 20 años y las mujeres a los 21.7 años; y Calleros Camarena y colaboradores (4) observaron la edad de inicio entre los 15 y 17 años (36.5%), así como una mayor incidencia a los 18 años en un 37.7%, y el promedio de edad de inicio fue de 17.7 años, esta última concuerda con los resultados obtenidos de esta investigación.

Al mismo tiempo resultan preocupantes las evidencias anteriores por ser una población muy joven y está afectando a más de la mitad de las mujeres, dato que también es similar al reporte del ENA 2011 (2) donde 1.5 millones de personas fuman su primer cigarro 30 minutos después de despertarse; por lo que el nivel de adicción es muy alto, con resultado similar para hombres (8.6%) y mujeres (12.6%).

Así mismo, en el análisis realizado por José David y colaboradores (13) en el estudio de frecuencia de depresión y tendencias mundiales de la perspectiva de género a estudiantes de medicina durante el 2014, refiere que la prevalencia del tabaquismo en hombres se encuentra en un tardío descenso, mientras que el consumo de tabaco en las mujeres seguirá aumentando y se invertirá con una relación en casi todos los contextos de 5:1.

## Análisis de Dependencia a la nicotina y la edad de los estudiantes de primer año de la carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.

En esta relación del total de 266 alumnos, se encontró un predominio marcado en la dependencia moderada a la nicotina en la categoría de los alumnos dentro de 17 a 19 años, en un total de 123 en un porcentaje de 46.3, seguido de 80 alumnos dentro de la categoría de 20 a 24 años con el mismo nivel de dependencia ya mencionado representando el 30.1%. Guerrero (8) y sus colaboradores, revelan en su estudio de consumo de tabaco, mortalidad en México en el 2013 las razones por las cuales los jóvenes comienzan a fumar, siendo el principal motivo el aparentar mayor edad, curiosidad (82.14%), seguido del interés por formar parte de un grupo social (35.7%) y por obtener personalidad (14.23%), el estrés como principal motivo (64%), el otro 32% porque le gusta el sabor y el resto por costumbre, sin que exista una relación directa entre la convivencia con otros individuos con un hábito tabáquico activo y el inicio del mismo hábito.

Por otro lado y sin dejar de ser un reporte alarmante se encuentran los alumnos con dependencia alta a la nicotina dentro de la categoría de alumnos de 17 a 19 años en un total de 21 alumnos, seguido de 12 alumnos de 20 a 24 años con la misma dependencia representando el 4.6%, no son la mayoría como el caso de los que presentan dependencia moderada, pero de acuerdo a la literatura, Vázquez (10), ENA (2)2013 y Richmond (1)1993, reportan en su investigación que el simple consumo de tabaco genera estrés, por lo que el tabaquismo conlleva a la adicción por la nicotina que se encuentra en el metabolismo del fumador, lo que provoca un nivel de ansiedad mayor entre las personas que fuman y como factor predisponente los períodos de estrés o emociones negativas.

En el adolescente se incrementa el nivel de estrés conforme aumenta su consumo de tabaco, motivo por el cual resulta preocupante porque estos alumnos a pesar de que no se encuentran todos en un nivel de dependencia alto, aquellos que se encuentran en nivel moderado están a un paso de no poder abandonar el consumo e inclinarse más rápido a los síntomas depresivos o niveles de ansiedad antes o después de querer abandonarlo, lo cual los llevaría al síndrome de abstinencia, estos son problemas que se pueden prevenir. Ambas variables ya descritas son independientes una de otra, por lo que no hay coeficiente de correlación estadísticamente significativa.

Estos resultados descritos anteriormente se exponen de forma más detallada en la [Tabla 3](#) y [Gráfico 3](#).

## Relación de la dependencia a la nicotina en los estudiantes de primer año de la carrera de Medicina por sexo de la Fes Zaragoza.

Al respecto de esta relación se encuentra la importancia del sexo femenino, pues del total de las 163 mujeres encuestadas, más de la mitad, es decir 127 alumnas presentan dependencia moderada a la nicotina representando el 47.8%, seguido de 21 de ellas con dependencia alta representando el 7.9% y 15 alumnas con dependencia baja 5.6% del total de mujeres; en efecto estos resultados son delicados; Nerín (15) y colaboradores, refieren en su estudio de prevalencia de tabaquismo y actitudes en estudiantes y profesores en la facultad de medicina durante el 2013 que, de acuerdo al sexo, la prevalencia del consumo de tabaco en hombres es de 52.3%, en comparación con las mujeres de 58.6%. Concuerdan que de todos los que fuman, el 32% comenzó a hacerlo durante la carrera de medicina. Los datos ya mencionados muestran cierta relación, sin embargo, los resultados de este estudio revelan un número mayor, por lo que se podrían tomar medidas enfocadas a la prevención y abandono del consumo de tabaco.

Por otro lado, del total de 103 alumnos hombres encuestados, 81 presenta dependencia moderada representando el 30.4%, seguido de 14 con dependencia alta representando el 5.3% y 8 alumnos con dependencia baja representando el 3%; estos datos no dejan de ser alarmantes en comparación con los de las mujeres. Ambas variables ya descritas son independientes una de otra, por lo que no hay coeficiente de correlación estadísticamente significativa.

Lo más desconsolador es que de acuerdo a la literatura, Guerrero López y sus colaboradores (8), revelan en su estudio de consumo de tabaco, mortalidad en México en el 2013 que a pesar de las complicaciones que tiene fumar, los estudiantes deciden continuar con este hábito por estrés (64.2%), por el sabor (32.2%) y 28.5% cuando consumen alcohol para aumentar su estado de relajación.

Así mismo indagaron acerca del conocimiento general de las consecuencias que trae el tabaquismo y encontraron que, el 96% reconocen la relación del tabaco al cáncer pulmonar, el 89% de ellos saben del enfisema pulmonar y 72% de la enfermedad cardiovascular. De la misma manera, los estudiantes creen que otras enfermedades son consecuencia de fumar cigarros, como tuberculosis (32.10%), diabetes (26%) y hepatitis (20.98%).

Estos resultados ya descritos se exponen de forma más detallada en la [Tabla 4](#) y [Gráfico 4](#).

## Relación de Depresión y edad en los alumnos del primer año de la Carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.

Como se puede observar en la siguiente [Tabla 5](#), de acuerdo a lo obtenido de esta relación, dentro de la escala moderada de depresión se encuentran en su mayoría 105 alumnos de 17 a 19 años representando el 39.5%, seguida de 39 alumnos de 20 años a 24 años representando el 30.1%; así mismo, se encuentran en una escala de depresión leve un total de 39 alumnos de 17 a 19 años en un porcentaje de 14.6%; y por otro lado, se muestra el grupo más vulnerable tanto por edad como por el nivel de depresión grave que presentan en un total de 8 alumnos de 17 a 19 años, seguido de 4 alumnos que se encuentran dentro de la categoría de 20 años en adelante en un porcentaje de 1.5; en comparación con estudios del ENCODAT (3) realizado en el 2016, los Consejos tutelares para menores registraron a 2124 menores con una media de edad de 16.3 años los cuales en su mayoría fueron hombres 92.7%, identificaron al tabaco como la principal droga de inicio 25% seguida por el alcohol 24.2%, la marihuana 14.8%, los inhalables 4.6% y la cocaína 2.6% son las drogas con las que iniciaron su consumo.

Aunado a lo anterior, de acuerdo a María (12) y colaboradores quienes estudiaron la prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de licenciatura en Medicina en Puebla en el 2016, reportan como causas de inicio de consumo principalmente al estrés con el 23,6%, seguido de 18,2% como imitación a profesores y el 10,4% por moda o empleo del cigarrillo en la actualidad. Así pues, José (13) demuestra que hay relación con el tabaquismo y la sintomatología de la depresión, refiere “es interesante y preocupante, que las causas por la que fuman con mayor porcentaje sean por la actividad académica, es decir, estrés o tensión de parte del profesor al estudiante, por "moda" y aceptación social en el grupo de pertenencia y referencia de los estudiantes de medicina”.

La Encuesta Nacional De Adicciones (2)2013, afirma que hay relación entre trastornos de ansiedad y severidad de la dependencia del tabaco, así como entre la ansiedad y la dependencia a la nicotina, ya que el uso crónico de la nicotina genera ansiedad. Los fumadores refieren que el fumar alivia el estrés y la ansiedad; y de acuerdo a esto los fumadores presentan mayores niveles de ansiedad y estrés que los no fumadores. Ambas variables ya descritas son independientes una de otra, por lo que no hay coeficiente de correlación estadísticamente significativa.

Estos resultados se exponen de forma más detallada en la [Tabla 5](#) y [Gráfico 5](#).

## Relación de Depresión y sexo en los alumnos del primer año de la Carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.

Dentro de este marco, los resultados de esta relación depresión y sexo se muestra como dato significativo, aunque no sean mayoría, nos encontramos con los alumnos que presentan una escala de depresión grave en un total de 12 alumnos de 266 de los cuales 7 son mujeres (2.6%) y 5 hombres (1.9%). En relación con Ríos González y colaboradores (6) refieren dar gran importancia en el sexo femenino ya que tiene relación con cambios hormonales, por lo que es igual de importante mencionar que desde tiempo atrás les han adjudicado el rol y obligación de cumplir con los deberes asociados a la maternidad, el matrimonio y las opresiones que se viven por el hecho de ser mujer como el cumplir con la responsabilidad y tareas del hogar, lo cual, son causa de la depresión.

Seguido por su importancia se encontró a la mayor población en la escala de depresión moderada 118 mujeres de nuevo, en contraste de 71 alumnos del sexo masculino sumando en total 189 de los 266 encuestados, para tal efecto, se hace necesario resaltar del reporte anterior y en comparación con Rio González y colaboradores (6) quienes reportan que México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres, además, estiman que 9.2% de la población ha sufrido depresión, en tal sentido, una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años y que los jóvenes presentan mayor vulnerabilidad.

Aunado a lo anterior, aquellos que se encuentran en la escala leve de depresión con un total de 58 de los cuales 33 son mujeres (12.4%) y 25 hombres (9.4%). De este modo, Ríos González y colaboradores (6) describen la violencia de la que son víctimas las mujeres, esto es un factor importante que también desencadena la depresión, en tal sentido que, el 35% de la diferencia por género en depresión también se explica por el abuso sexual ocurrido en la infancia a las niñas.

El INEGI en el 2016 documentó que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones eran mujeres, destaca de este total sólo 1.63 millones toman antidepresivos, mientras que 33.19 millones no lo hace. Este indicador hace relevancia en la diferencia de género, pues entre los hombres, la sensación de “mucho depresión” afectó a 2.095 millones, mientras que la misma intensidad entre las mujeres afectó a un total de 4.95 millones. Ambas variables ya descritas son independientes una de otra, por lo que no hay coeficiente de correlación estadísticamente significativa.

Los datos descritos anteriormente se exponen de forma más detallada en la [Tabla 6](#) y [Gráfico 6](#).

## Relación de dependencia a la nicotina y depresión en los alumnos del primer año de la Carrera de Medicina de la Fes Zaragoza.

Esta relación es la más importante del estudio, porque nos demuestra claramente la situación real de la población estudiada, es decir nos indica en qué nivel de depresión se encuentran los alumnos del primer año y su relación que tiene con su consumo de tabaco, dato que se puede usar a favor para poder implementar medidas de prevención primaria y programas de intervención para el abandono del consumo del tabaco en los estudiantes del primer año de la Carrera de Medicina; de primer instancia y como punto más importante la [Tabla 7](#) nos muestra la presencia de 11 alumnos de la suma total de 208 alumnos con dependencia moderada a la nicotina y solo 11 alumnos además se encuentran dentro de la escala de depresión grave en un porcentaje de 4.1, seguido de 145 alumnos en el mismo nivel de dependencia a la nicotina, representando el 54.5% del total de la población estudiada, finalizando con la población menos vulnerable dentro del mismo nivel de nicotina con un total de 48 que presentan depresión leve en un porcentaje de 18.1.

De acuerdo a los antecedentes, José David y colaboradores (13) describen que el drástico cambio de estilo de vida, la modificación de hábitos, costumbres al que los jóvenes se enfrentan a su recién ingreso de una carrera con alta demanda académica aunado a los retos relacionados con la vida independiente y los desafíos que comúnmente enfrentan los estudiantes universitarios, generan una mayor predisposición para presentar depresión, ansiedad y estrés, lo cual justifica la cantidad de alumnos encontrados con un nivel elevado de depresión. Ambas variables ya descritas son independientes una de otra, por lo que no hay coeficiente de correlación estadísticamente significativa. No obstante, a pesar de que no hay relación, no significa quitarle la importancia que amerita.

Aunado a lo anterior José David y colaboradores (13) mencionan que si se compara con otros dominios disciplinares, la prevalencia de estos cuadros es mayor en carreras del área de salud, alcanzando incluso mayores niveles que la población general, ya que esta condición se vincula a los niveles de exigencia académica más estrictas propias de las carreras de salud, factores socioeconómicos y socioemocionales además del tipo de carrera, el sexo, y ser alumno/a de primer año en la carrera.

Continuando con el análisis, se encontró a 24 alumnos con dependencia alta a la nicotina y dentro de la escala de depresión moderada en un porcentaje de 9.1, seguido de 9 alumnos con misma dependencia a la nicotina, pero dentro de una escala leve de depresión representando el 3.4% del total de la población.

Un factor muy importante que reportan José David y colaboradores (13), acerca de la depresión ansiedad y estrés, es la relación que tienen con la personalidad de los estudiantes de la salud, ya que, si se considera que la mayor parte de los estudiantes de primer año de universidad se encuentra en transición de la adolescencia a la adultez, este es un período en el cual se encuentran en plena consolidación de identidad y por ende solidificación de personalidad, a partir de la integración y calidad. No obstante, la clarificación de esta relación permite reconocer aspectos que se vinculan a cuestiones incidentes en el retraso y fracaso académico o también en el abandono temprano de la carrera.

Estos resultados se exponen de forma más detallada en la [Tabla 7](#) y [Gráfico 7](#).

# ***CONCLUSIONES***

---

## CAPITULO VIII

### *Conclusiones*

#### Características generales del estudio

El detalle más relevante de este proyecto de investigación es que, por primera vez en la carrera de medicina de esta facultad se ha investigado el consumo de tabaco y su relación con síntomas de depresión en los alumnos del primer año, lo que ha permitido obtener datos reales del hábito tabáquico y la presencia de diferentes niveles de depresión en cada uno de los participantes en la investigación.

Teniendo en cuenta que la prevalencia de consumo de tabaco encontrada en los estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Carrera Médico Cirujano fue de 266 (100%) cada uno con diferentes niveles de dependencia, a comparación de la ENA resulto ser más elevada que la observada en la población general, pues reportaron una prevalencia de 21.7%, lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores, de los cuales el 31.4% son hombres fumadores activos y el 12.6% mujeres fumadoras activas (12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres).

De acuerdo a los antecedentes planteados se sabe que el tabaquismo es la epidemia con mayor mortalidad y a pesar de poder ser prevenida, el vector principal es la industria tabacalera quien hace llegar los cigarros a todos los rincones del mundo; motivo por el cual ha sido difícil su prevención y logro del abandono del tabaco por parte del consumidor.

Por otro lado, la relación de los niveles de dependencia y sexo muestran que a pesar de que las mujeres son quienes predominan, ambos sexos presentan niveles elevados de dependencia a la nicotina; y aunque sean el sexo más vulnerable y ya reportado en diferente escala de depresión a comparación de los hombres, siempre serán el sexo más afectado.

Se detectaron diferentes niveles de estados depresivos en 259 alumnos de los 266 encuestados, por lo que se sugiere enfatizar más en la salud bio-psico-social de los alumnos de la carrera de Medicina.

Contrario a lo esperado, el tabaquismo en la población universitaria ha aumentado y los estudiantes de medicina son los mayores consumidores desde su ingreso, que incrementan paulatinamente a lo largo de la carrera hasta llegar a la residencia y vida profesional, a pesar de los compromisos existentes tanto internacionales, nacionales o institucionales; en tal efecto el control del tabaquismo representa una de las medidas de salud pública más importantes que un país puede asumir.

Este estudio permitió concluir que la prevalencia del tabaquismo determinada en la población de los estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, durante el ciclo académico 2017, fundamenta la necesidad de un proceso formativo que se constituya como factor protector de la adicción.

Si no se implementan las estrategias preventivas o la referencia de estos alumnos a módulos de psicología seguirán presentando síntomas depresivos, y se dificultará más la oportunidad de recibir un tratamiento adecuado a diferencia de la población general, lo que contribuye a la agudización de los síntomas y consecuencias negativas como bajo rendimiento académico y deserción universitaria.

En la actualidad, la ansiedad y la depresión pueden ser medidas por medio de escalas diagnósticas que evalúan la presencia de estos trastornos afectivos mediante un cuestionario especializado y estandarizado que contiene diversos elementos específicos para la determinación de la presencia o ausencia de la depresión a través de la medición de conductas y comportamientos fáciles de reconocer.

Finalmente, las correlaciones obtenidas permitieron responder al objetivo que se buscó establecer la vinculación entre aspectos de la personalidad, la ansiedad, la depresión y el estrés, en los estudiantes del primer año que conformaron la muestra. Resulta interesante constatar la presencia de esta relación, ya que tanto la personalidad como los síntomas anímicos, ansiosos y estrés pueden ser cuestiones interesantes de tamizar en etapas iniciales del proceso de formación en carreras de salud.

# ***PERSPECTIVAS***

---

## CAPITULO IX

### *Perspectivas*

- Si la producción y comercio de cigarros no estuvieran legalizados, en la actualidad difícilmente se legalizarían en la mayor parte de los países, a pesar de ello, no hay fuerza mayor en México para prohibir su producción y venta; lo que único que se puede hacer es controlar y regular su consumo para beneficio de todos.
- En base a la revisión bibliográfica sobre la prevalencia del tabaquismo, los resultados ya obtenidos, la formación académica de los médicos, el programa para la prevención de tabaquismo con fundamentos específicos para erradicación del hábito tabáquico; son elementos que sirven como base para la solicitud de incorporación al plan de estudios de los 4 ciclos de la Carrera de Medicina de actividad física, cultural o recreativa con un máximo de 1 hora en carácter obligatorio, todo esto con el fin de lograr ser una Facultad 100% libre de humo de tabaco; pues es un reto que sólo se puede lograr con la participación y compromiso de todas los alumnos y la comunidad universitaria.
- En vista que se detectaron diferentes niveles de depresión, es recomendable exhortar, motivar y ejercer estrategias para los alumnos, como actividades extracurriculares antes de los periodos de exámenes y posterior a ellos, ya que son los periodos en que se encuentran susceptibles a caer en depresión.

- Esta condición que presentan los alumnos, se considera como un aspecto facilitador para la planificación y ejecución de acciones preventivas de orden académico, donde se podrían realizar estrategias de estudio u optimización en el uso del tiempo y otras actividades extracurriculares como talleres de manejo del estrés y desarrollo de redes de apoyo social, las cuales no requerirían de intervenciones separadas para hombres y mujeres, permitiendo la optimización de los recursos con que se cuenta en educación superior para el abordaje de este problema depresivo presente en los alumnos.
- A partir de lo anterior, resulta recomendable el realizar nuevos estudios con muestras más numerosas y representativas; esto permitiría reconocer la real importancia de este aspecto en el adecuado desarrollo y tránsito personal y educativo que realiza el estudiante por estas carreras altamente demandantes, facilitando la focalización de los esfuerzos de intervención educacional como el apoyo psicológico referido al proceso de formación del estudiantado.
- Tomar medidas preventivas por necesidad a evitar que los estudiantes de medicina lleguen a niveles de deterioro pues afectaría de manera directa su desempeño y aprendizaje en cualquier nivel de la carrera.

- Para dar respuesta a estos problemas, se propone el fomento a la actividad y física y /o actividades extracurriculares; aumentando una hora en el horario de clases para realizar cualquier actividad física o artística para todos los grupos de la carrera de Médico Cirujano, basado en conocimientos, actitudes, percepciones, factores protectores y de riesgo de la adicción en los estudiantes de medicina de la Fes Zaragoza.
- Si se toma en cuenta que los médicos somos responsables en gran medida de la difusión de información acerca de la salud y advertir de los factores de riesgo y problemas relacionados con el consumo de tabaco, es necesario saber el nivel de tabaquismo que presenta la población universitaria que se prepara para ser futuros médicos.

# ***BIBLIOGRAFIA***

---

## Bibliografía

1. Omar SI, Vanessa LO. Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Evid Med Invest Salud. 2014; 7 (4): 178-170.
2. Reynales Shigematsu L, Guerrero López C, Lazcano Ponce E, Villatoro Velázquez J, Medina Mora M, Fleiz Bautista C, Téllez Rojo M, Mendoza Alvarado L, Romero Martínez M, Gutiérrez Reyes J, Castro Tinoco M, Hernández Ávila M, Tena Tamayo C, Alvear Sevilla C y Guisa Cruz V. Reporte de Tabaco. México DF, México: INPRFM. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011. 2012; (1): 7-4
3. Villatoro Velázquez J, Reséndiz Escobar E, Mujica Salazar A, Breton Cirett M, Cañas Martínez V, Soto Hernández I, Fregoso Ito D, Fleiz Bautista C, Medina Mora M, Gutiérrez Reyes J, Franco Núñez A, Romero Martínez M y Mendoza Alvarado L. Reporte de Drogas. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. 2016-2017.
4. Calleros Camarena A, Arias González N, Arenas Lugo J, Sánchez Casillas J, Tabaquismo en estudiantes de medicina: prevalencia y conocimiento de sus consecuencias 01 de mayo. Revista Médica. 2013; 4(3):173-171.

5. Juan WZ. Tabaquismo. Ciencia. 2014. 49-40
6. Ríos González C, Tabaquismo en estudiante de medicina de la Universidad Nacional de Caaguazú Chile. Revista Médica. 2016; (144): 684-680.
7. René BL, Nadia MN, Marco AG. Álvaro AM. Valeria AT. Johan VC. Et al. Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería. REV CHIL NEURO-PSIQUIAT. 2015; 53 (4): 260-251
8. Guerrero López, Econ C, Muños Hernández J, Miera Juárez B, Reynales Shigematsu L, Consumo de tabaco, mortalidad y política fiscal en México. Salud pública de México. 2013; 55 (2
9. Encuesta Nacional De Adicciones. Reporte De Resultados Nacionales. Secretaria De Salud, Consejo Nacional Contra Las Adicciones, Instituto Nacional De Psiquiatría, Instituto Nacional De Salud Pública (2013). 2013:27
10. Vázquez F, Becoña E. ¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión? Psicothema. 2015; 10(2): 239-229.
11. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. Addiction. 1993; 88: 1127-1135.

12. María del C MM, Guillermo MZ, Karla RV, José Antonio SH. Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de la licenciatura en Medicina de Puebla, México. *Aten Fam.* 2016;23(4): 149-145.
13. José David AP, José Jaime CC, M.Sc. Yesica Estefanía CR, Laura Melisa DM, Adonilson JR. Frecuencia de depresión, según cuestionario de Beck, en estudiantes de medicina de la ciudad de Manizales (Colombia). 2014. Estudio de corte transversal. *Arch de Med (Manizales)*. 2015; 15(1): 24-9.
14. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Boletín epidemiológico*. 2016; 8 (33).
15. Nerín I, Guillén D, Más, A, Sánchez L. Estudio de tabaquismo en una Facultad de Medicina: Prevalencia y Actitudes en Estudiantes y Profesores Prevención del Tabaquismo. *Ilus./tab CEPIS*. 2013; 2(3): 172-166.
16. Kuri P, González J, Hoy M y Cortés M. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública de México*. 2016; 48(1): 91-8.
17. Lugones M, R Ramírez M, Pichs L. Las consecuencias del tabaquismo. *Rev. cubana Hig Epidemiol.* 2016; 44(3).
18. Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud Pública. 2015

19. Reynales Shigematsu LM, Vazquez Grameix JH, Lazcano Ponce E. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Estudiantes de la Salud, México 2006. Salud pública México. 2017; 49(2): 204-194.
20. Comisión Nacional contra las Adicciones. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2015.
21. Cervantes Gomez K, Zayas Balderas J, Galicia Arroyo L, Tabaquismo entre estudiantes de medicina. Revista Investigación Médica Sur México. 2015; 22(4):202-200
22. Cheesman Mazariegos S, Suárez Lugo N, Tabaquismo en estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Revista Cubana de Salud Pública. 2015; 41 (1):32-18
23. Calleros Camarena A, Arias González N, Arenas-Lugo J, Sánchez Casillas J, Tabaquismo en estudiantes de medicina: prevalencia y conocimiento de sus consecuencias. Revista Médica MD. 2013; 4 (3)
24. Secretaría de Salud. Programa de acción específico prevención y atención integral de las adicciones. 2015; Primera Edición.
25. Iniciativa Liberarse del Tabaco. ¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública? Organización Mundial de la Salud. 2009.

26. Encuesta Nacional De Adicciones. Reporte De Resultados Nacionales. Secretaria De Salud, Consejo Nacional Contra Las Adicciones, Instituto Nacional De Psiquiatría, Instituto Nacional De Salud Pública. 2008: 27
27. Sobradie N, y García Vicent V. Consumo de Tabaco y patología Psiquiátrica. Trastornos Adictivos. 2014; 9(1): 8-31.
28. Becoña Y, Míguez MC. Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes, Santiago de Compostela. España Adicciones. 2015; 16(2):91-6.
29. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 2014;86(9):1119- 27.
30. Escalas Psicosociales en México. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. 2011.
31. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Versiones validadas en español de las escalas HRSD, MADRS y PHQ-9. 2015
32. De la Cruz Cardoso D, Castillo Rojano G, Cervantes Sandoval A. Prevalencia de caries dental asociada a tabaquismo en una población de universitarios. Revista ADM. 2017; 74 (1): 16-11

33. K. Silbergeld E. Toxicología. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. 2014
34. Tello Atienza M. Evaluación del riesgo toxicológico de plomo y cadmio. Universidad Estatal de Cuenca. Facultad de Ciencias Químicas. 2015
35. Servicio de Salud Pública Agencia para Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 2015
36. Informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Organización Mundial de la Salud. 2015.
37. Liras A, Martín S, García R. Tabaquismo: Fisiopatología y prevención. Departamento de Fisiología. Facultad de Biología. Universidad Complutense de Madrid, España. Revista de Investigación Clínica. 2013; 59 (4)
38. Suárez Baena B, Encarnación Encarnación N. Alladares Lobera B. Revisión bibliográfica de cáncer vesical de origen laboral. Med Segur Trab. 2015; 61 (239) 310-295
39. Calderón Hinojosa F. Ley General para el Control del Tabaco. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. 2010

40. Álvarez-Hernández G, Delgado DelaMora J, Diseño de Estudios Epidemiológicos. I. El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2015; 32(1): 34-26
41. Ayesta F, Galán M, Márquez F. El consumo de tabaco como problema de salud pública. Master Interuniversitario en Tabaquismo. 2013
42. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A et al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet 2014; 360: 1360-1347
43. Cigarettes: what the warning label doesn't tell you. American Council on Science and Health. Prometheus Books, Nueva York. 2013
44. De la Rosa L, Gelabert LL. Por qué el consumo de tabaco es un problema. En Ayesta y col. (eds) Manual de tabaquismo para profesionales sanitarios, INGESA-PIT, Ceuta, 2015:25-13
45. Monraz-Pérez S, Regalado-Pineda J, Pérez-Padilla R. El cigarrillo electrónico: Peligro u oportunidad. Neumol Cir Torax. 2015; 74 (2)
46. Bhatnagar A, Whitsel LP, Ribisl KM, et al. Electronic cigarettes: a policy statement from the American Heart Association. American Heart Association Advocacy Coordinating Committee, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. 2014;130(16):1418-14

47. Prepárate para el empaquetado neutro. Día Mundial sin Tabaco. Dirección General de Salud Pública. 2016
48. Álvarez González F. Métodos Estadísticos Aplicados a las Auditorías Socio laborales Estadística descriptiva. 2007
49. Trujillo A. Percepción de riesgo, estrés y consumo de drogas. Estudio transcultural entre adolescentes de Barcelona y Bogotá. Universidad de Barcelona 2006.
50. Sindy CHM, Nery SL. Tabaquismo en estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Revista cubana de salud pública. 2016;41(1):16-1.
51. Álvaro CC. Nancy AG. Jesús AL. José SC. Tabaquismo en estudiantes de medicina: prevalencia y conocimiento de sus consecuencias. Rev Med MD. 2013 4(3):173-171.

# ***ANEXOS***

---

# Anexo 1

Nombre: \_\_\_\_\_



Carrera \_\_\_\_\_

## Test de Fagerström

	RESPUESTA	CALIFICACIÓN
1. ¿Cuántos cigarros fuma al día?	31 o más <input type="checkbox"/>	3
	21 a 30 <input type="checkbox"/>	2
	11 a 20 <input type="checkbox"/>	1
	10 o menos <input type="checkbox"/>	0
2. ¿Fuma más durante la mañana que durante el resto del día?	<input type="checkbox"/> SI	1
	<input type="checkbox"/> NO	0
3. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se despierta hasta que fuma el primer cigarro?	Menos de 5 minutos <input type="checkbox"/>	3
	6 a 30 minutos <input type="checkbox"/>	2
	31 a 60 minutos <input type="checkbox"/>	1
	Más de una hora <input type="checkbox"/>	0
4. ¿Qué cigarro le es más difícil evitar?	El primero de la mañana <input type="checkbox"/>	1
	Otro <input type="checkbox"/>	0
5. ¿Le es difícil no fumar donde está prohibido?	<input type="checkbox"/> SI	1
	<input type="checkbox"/> NO	0
6. ¿Fuma aunque esté enfermo o en cama?	<input type="checkbox"/> SI	1
	<input type="checkbox"/> NO	0
	<b>TOTAL</b>	

Se sumará el total de las calificaciones que correspondan a las preguntas. El resultado evaluará la dependencia física a la nicotina bajo la siguiente escala:

- 1 a 3 puntos: Baja dependencia
- 4 a 6 puntos: Dependencia moderada
- 7 a 10 puntos: Alta dependencia

## Anexo 2

### Escala de Depresión de Montgomery-Asberg



#### Respuesta y Calificación

<p>1. Tristeza aparente El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mínima. Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.</p>	<p>0. No tristeza</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.</li><li>2. Parece demasiado, pero se anima fácilmente</li><li>3.</li><li>4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo</li><li>5.</li><li>6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido</li></ol>
<p>2. Tristeza expresada El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de lo que exprese por su apariencia o no. Incluye ánimos bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo. Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración e influenciabilidad del humor por las circunstancias:</p>	<p>0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.</li><li>2. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad.</li><li>3.</li><li>4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciable por las circunstancias externas</li><li>5.</li><li>6. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia</li></ol>
<p>3. Tensión interior El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuente o duración de la tranquilidad perdida:</p>	<p>0. Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.</li><li>2. Ocasional sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad.</li><li>5.</li><li>6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador</li></ol>
<p>4. Sueño reducido El paciente expresa una reducción en la duración o en la</p>	<p>0. Sueño como los normales.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.</li></ol>

profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien	<p>2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero</p> <p>3.</p> <p>4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas</p> <p>5.</p> <p>6. Menos de 2 o 3 horas de sueño</p>
5. Disminución del apetito El paciente expresa una reducción del apetito en comparación con cuando se encuentra bien. Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.	<p>0. Apetito normal o aumentado</p> <p>1.</p> <p>2. Apetito ligeramente disminuido</p> <p>3.</p> <p>4. No apetito. Los alimentos saben mal</p> <p>5.</p> <p>6. Necesidad de persuasión para comer</p>
6. Dificultad de concentración El paciente expresa dificultad para mantener su propio pensamiento o para concentrarse. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.	<p>0. Ninguna dificultad de concentración</p> <p>1.</p> <p>2. Dificultad ocasional para mantener los propios pensamientos</p> <p>3.</p> <p>4. Dificultad en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer</p> <p>5.</p> <p>6. Incapacidad para leer o conversar sub gran dificultad</p>
7. Laxitud, Abulia El paciente expresa o presenta una dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias:	<p>0. Apenas dificultad para iniciar las tareas. No inactividad</p> <p>1.</p> <p>2. Dificultad para iniciar actividades</p> <p>3.</p> <p>4. Dificultad para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo</p> <p>5.</p> <p>6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda</p>
8. Incapacidad para sentir El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer.	<p>0. Interés normal por las cosas y la gente</p> <p>1.</p> <p>2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales</p>

<p>Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.</p>	<p>3. 4. Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos 5. 6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa perdida de sentimientos hacia parientes y amigos</p>
<p>9. Pensamientos pesimistas El paciente expresa pensamientos de culpa, autor reproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.</p>	<p>0. No pensamientos pesimistas 1. 2. Ideas fluctuantes de fallos, 3. autor reproches 4. Persistentes autoacusaciones, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. 5. Pesimismo 6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable, Autoacusaciones absurdas e irreducibles.</p>
<p>10. Ideación suicida El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.</p>	<p>0. Se alegra de vivir. 1. Toma la vida como vine. 2. Cansado de vivir. 3. Ideas de suicidas fugaces. 4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidad frecuentes. 5. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención 5. 6. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad, Acriba preparación para suicidio</p>

**TOTAL:**

La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6 puntos; La puntuación global se obtiene de la suma de la puntuación asignada en cada uno de los ítems, oscilando entre 0-60. Puntos de corte recomendados son 0-6 sin depresión, 7-9 ligera o menor, 20-30 moderada, 35-60 grave.

## ANEXO 3

### *Glosario*

La encuesta nacional de adicciones define y clasifica a la población mexicana de 12 a 65 años que consumen tabaco como: Fumador activo, ex fumador y nunca ha fumado; utilizando las siguientes definiciones:

Fumador activo: persona que al momento de la entrevista refirió haber fumado cigarros al menos una vez durante el año previo a la entrevista.

Ex fumador: persona que contesta haber fumado alguna vez en la vida y haber dejado de fumar hace más de un año.

Fumador pasivo: Persona que refirió nunca haber fumado en la vida que convive a diario con al menos una persona que fuma cigarros en su casa, en el salón de clases o en su trabajo.

Adicción: Fumadores activos que fumaron en el mes previo a la entrevista, y que reportaron fumar el primer cigarro en los primeros 30 minutos después de despertarse.

Adolescente: en la encuesta, persona de 12 a 17 años de edad.

Adulto: En la encuesta, persona de 18 a 65 años de edad.

Humo de tabaco ambiental: Es la mezcla del humo que exhala el fumador (humo primario) y el humo que emana el cigarrillo encendido (humo secundario).

Localidad rural: localidad con menos de 2500 habitantes.

Localidad urbana: localidad con 2500 habitantes o más.

Nicotina. Es un alcaloide encontrado principalmente en la planta de tabaco y es la principal sustancia que produce la dependencia al tabaco.

Nunca fumador: Persona que al momento de la entrevista refirió nunca haber fumado cigarros en su vida.

## ANEXO 4

### Clasificación de trastornos mentales CIE 10

#### **F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.**

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.

F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.

F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.

F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.

F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.

#### **F01 Demencia vascular.**

F01.0 Demencia vascular de inicio agudo.

F01.1 Demencia multiinfarto.

F01.2 Demencia vascular subcortical.

F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical.

F01.8 Otras demencias vasculares.

F01.9 Demencia vascular sin especificación.

#### **F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.**

F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick.

F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington.

F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson.

F02.4 Demencia en la infección por VIH.

F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

**F03 Demencia sin especificación.**

**F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.**

**F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.**

F05.0 Delirium no superpuesto a demencia.

F05.1 Delirium superpuesto a demencia.

F05.8 Otro delirium no inducido por alcohol o droga.

F05.9 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas sin especificación.

**F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.**

F06.0 Alucinosis orgánica.

F06.1 Trastorno catatónico orgánico.

F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.

F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.

F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico.

F06.5 Trastorno disociativo orgánico.

F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve.

F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.

**F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.**

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad.

F07.1 Síndrome post-encefálico.

F07.2 Síndrome post-conmocional.

F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación.

**F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.**

**F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.**

**F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.**

**F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.**

**F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.**

**F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.**

**F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.**

**F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).**

**F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.**

**F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.**

**F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.**

**F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas.**

F19.0 Intoxicación aguda.

F19.1 Consumo perjudicial.

F19.2 Síndrome de dependencia.

F19.3 Síndrome de abstinencia.

F19.4 Síndrome de abstinencia con delirium.

F19.5 Trastorno psicótico.

F19.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.

F19.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

F19.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

F19.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas sin especificación.

**F20-20.9 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.**

F20 Esquizofrenia.

F20.0 Esquizofrenia paranoide.

F20.1 Esquizofrenia Hebe frénica.

F20.2 Esquizofrenia catatónica.

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.

F20.4 Depresión post-esquizofrénica.

F20.5 Esquizofrenia residual.

F20,6 Esquizofrenia simple.

F20.8 Otras esquizofrenias.

F20.9 Esquizofrenia sin especificación.

**F21 Trastorno esquizotípico.**

**F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes.**

F22.0 Trastorno de ideas delirantes.

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.

### **F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios.**

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.

F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.

### **F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas.**

### **F25 Trastornos esquizoafectivos.**

F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco.

F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.

F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos.

F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.

### **F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.**

### **F29 Psicosis no orgánica sin especificación.**

### **F30-39 Trastornos del humor (afectivos).**

### **F30 Episodio maníaco.**

F30.0 Hipomanía.

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.

F30.2 Manía con síntomas psicóticos.

F30.8 Otros episodios maníacos.

F30.9 Episodio maníaco sin especificación.

### **F31 Trastorno bipolar.**

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco.

F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos.

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.

F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.

F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.

F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.

F31.8 Otros trastornos bipolares.

F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.

### **F32 Episodios depresivos.**

F32.0 Episodio depresivo leve.

F32.1 Episodio depresivo moderado.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

F32.8 Otros episodios depresivos.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

### **F33 Trastorno depresivo recurrente.**

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

### **F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.**

Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

#### ***Diagnóstico***

La identificación de la sustancia psicótropa involucrada, que puede hacerse mediante los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos

de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros).

Muchos de los que consumen sustancias psicótropas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas más importantes. Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano.

Únicamente en los casos en los que el consumo es errático e indiscriminado o en los que se recurre a una mezcla inseparable de diferentes sustancias, debería codificarse en F19, es decir, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples sustancias psicótropas o de otras sustancias psicótropas. Si se hubiera identificado el consumo de varias sustancias concretas, todas ellas deben ser codificadas.

## **F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas.**

### **F1x.0 Intoxicación aguda.**

Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

#### ***Diagnóstico***

La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o

carnavales) debe también ser tomada en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicótropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad o las sustancias psicótropas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cánnabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicótropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

Incluye: Embriaguez aguda en alcoholismo, "Mal viaje" (debido a drogas alucinógenas), Embriaguez sin especificación.

### **F1x.2 Síndrome de dependencia.**

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco.

En tal sentido, la recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes. La característica principal de este síndrome es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia.

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

Incluye: Alcoholismo crónico, dipsomanía, adición a fármacos.

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres:

**F1x.20 En la actualidad en abstinencia.**

**F1 x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).**

**F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada).**

**F1x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, desulfuran o naltrexona).**

**F1x.24 Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).**

**F1x.25 Con consumo continuo.**

**F1x.26 Con consumo episódico (dipsomanía).**

**F1x.3 Síndrome de abstinencia.**

Es el conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia.

***Diagnóstico***

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia, por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración; los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo, ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Los síntomas ya descritos pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

### **F32 Episodios depresivos.**

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:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas

características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

### **F32.0 Episodio depresivo leve.**

#### ***Diagnóstico***

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad 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.

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.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

***F32.00 Sin síndrome somático.***

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes en síndrome somático o ninguno.

***F32.01 Con síndrome somático.***

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síntomas del síndrome somático, pero son de una gravedad excepcional.

**F32.1 Episodio depresivo moderado.**

***Pautas para el diagnóstico***

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve, así como al menos tres 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.

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

### ***F32.10 Sin síndrome somático.***

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

### ***F32.11 Con síndrome somático.***

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más del síndrome somático

### **F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.**

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. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

### ***Diagnóstico***

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

### **F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.**

Episodio depresivo grave que satisface las pautas ya establecidas donde están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo

### **F32.8 Otros episodios depresivos.**

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales)

### **F33 Trastorno depresivo recurrente.**

Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar,

situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada. A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

### **F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.**

#### ***Diagnóstico***

Deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente y haber durado un mínimo de dos semanas y entre ellos debe haber un intervalo libre de alteración significativa del humor de varios meses de duración.

### **F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.**

#### ***Diagnóstico***

Deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente y el episodio actual debe satisfacer las mismas para episodio depresivo moderado. Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

### ***F33.10 Sin síndrome somático.***

**F33.11 Con síndrome somático.**

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

**F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.**

***Diagnóstico***

a) Deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente y el episodio actual debe satisfacer las mismas para episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

**F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.**

**F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.**