



Universidad
Nacional
de Loja

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Ansiedad y dependencia a la nicotina en
estudiantes de medicina humana de la
Universidad Nacional de Loja

Trabajo de Titulación
previa a la obtención del
título de médico general

AUTOR:

Bryan Andrés Sánchez Quezada

DIRECTOR:

Dr. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo Esp.

LOJA – ECUADOR

2022

ii. Certificación

Loja, 18 de septiembre de 2022

Dr. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo Esp.
DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico:

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración del trabajo de Titulación del grado titulado: Ansiedad y dependencia a la nicotina en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja, de autoría del estudiante Bryan Andrés Sánchez Quezada, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.



firmado electrónicamente por:
PATRICIO RAFAEL
ESPINOSA JARAMILLO

Dr. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo Esp.
DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

iii. Autoría

Yo, Bryan Andrés Sánchez Quezada, declaro ser autor del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mí del trabajo de titulación en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.



Firma:

Cedula de identidad: 1105003204

Fecha: 02 de noviembre del 2022

Correo electrónico: bryan.a.sanchez@unl.edu.ec

Teléfono: 0982667782

iv. Carta de autorización

Yo, Bryan Andrés Sánchez Quezada, autor del trabajo de titulación titulado **Ansiedad y dependencia a la nicotina en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja**, como requisito para optar el título de Médico General autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la universidad, a través de su visibilidad del contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, 02 días de noviembre del año dos mil veintidós.



Firmado electrónicamente por:
**BRYAN ANDRES
SANCHEZ QUEZADA**

.....

AUTOR: Bryan Andrés Sánchez Quezada

Cédula de identidad: 1105003204

Dirección: Algarrobos y Eucaliptos.

Correo electrónico: bryan.a.sanchez@unl.edu.ec

Teléfono: Domicilio: 072102484 Celular: 0982667782

Datos complementarios:

Director de trabajo de titulación:

Dr. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo Esp.....



Firmado electrónicamente por:
**PATRICIO RAFAEL
ESPINOSA JARAMILLO**

Tribunal de Grado: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza

PRESIDENTA

Dr. Raúl Arturo Pineda Ochoa

VOCAL 1

Dr. Angelica María Gordillo Iñiguez

VOCAL 2

v. Dedicatoria

Dedico este trabajo de titulación a Dios, a mis padres, familia, docentes, compañeros y amigos. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, enseñándome que existe una buena razón aun para aquello que otros llamarían adversidad.

A mis padres y hermanos, quienes han sido un ejemplo de perseverancia y fuerza, me guiaron por el camino del bien, el sacrificio y la piedad, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, siendo mi apoyo en todo momento.

A los docentes de la Universidad Nacional de Loja, quienes nos brindaron sus conocimientos para así poder llegar a ser profesionales de excelencia y de provecho para la sociedad.

A compañeros y amigos quienes estuvieron en momentos difíciles cuando más se los necesitaba, dándonos la mano de unos a otros durante toda la carrera para seguir siempre adelante.

Todos quienes, depositando su entera confianza en mí, en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento.

“El que no vive para servir, no sirve para vivir”
(Madre Teresa de Calcuta)

Mil gracias

Bryan Andrés Sánchez Quezada

vi. Agradecimiento

Este proyecto es el resultado del esfuerzo conjunto de todos los que formamos el grupo de trabajo y de quienes lo hicieron posible. Por esto agradezco a Dios, sin el cual nada es posible. A mi director del trabajo de titulación , Dr. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo Esp. A quienes me asesoraron también en el desarrollo del mismo Dra. Sandra Mejía y Dra. Yadira Gavilanes. A mis padres, familia en general, docentes y amigos, quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades.

Y finalmente un eterno agradecimiento a la Republica del Ecuador y a la prestigiosa Universidad Nacional de Loja la cual abrió sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

Bryan Andrés Sánchez Quezada

vii. Índice de Contenidos

i. Portada.....	i
ii. Certificación.....	II
iii. Autoría.....	III
iv. Carta de autorización.....	IV
v. Dedicatoria	V
vi. Agradecimiento.....	VI
vii. Índice de contenidos	VII
1. Título.....	1
2. Resumen	2
3. Introducción	4
4. Marco teórico	6
4.1. Ansiedad	6
4.1.1. Definición y reseña histórica.....	6
4.1.2. Epidemiología.....	7
4.1.3. Etiología.....	7
4.1.4. Clasificación.. ..	7
4.1.5. Manifestaciones clínicas.. ..	9
4.2. Causas Orgánicas de la Ansiedad	10
4.2.1. Fármacos y otras sustancias.	10
4.3. Factores Biológicos	11
4.3.1. Predisposición genética.	11
4.3.2. Déficit gabaérgico.. ..	11
4.3.3. Actividad excesiva de la norepinefrina.....	11
4.3.4. Disfunción del sistema límbico.	11
4.4. Factores Psicológicos	11
4.5. Factores Psicosociales.....	11
4.6. Factores Traumáticos.....	12
4.7. Neurobiología Ansiedad	12
4.7.1. Modelo neuroanatómico de la ansiedad.	14
4.8. Escala de Ansiedad de Hamilton.....	15
4.9. Ansiedad y Tabaco.....	15
4.10. Consumo de Tabaco	16
4.10.1. Fumador.. ..	16
4.11. Tabaco.....	17
4.12. Nicotina.....	18
4.12.1. Epidemiología.....	18
4.12.2. Absorción.....	19
4.12.4. Dependencia a la nicotina	21
4.12.5. Dependencia psicológica a la nicotina.....	21
4.12.7. Síndrome de abstinencia.	22
4.13. Test de Fagerstrom.....	22
5. Metodología.....	23
5.1. Enfoque.....	23
5.2. Tipo de diseño	23
5.3. Unidad de Estudio	23
5.4. Universo.....	23
5.5. Muestra.....	23
5.6. Criterios de Inclusión	23
5.7. Criterios de Exclusión	23

5.8. Técnicas	23
5.9. Instrumentos.	24
5.9.1. Consentimiento informado.	24
5.9.2. Escala de calificación de ansiedad de Hamilton.	24
5.9.3. Test de Fagerström.....	24
5.10. Procedimiento	24
5.11. Recursos Humanos y Materiales	24
5.11.1. Recursos humanos	24
5.11.2. Recursos materiales.....	25
5.12. Análisis Estadístico	25
6. Resultados.....	26
6.1. Resultados para el primer objetivo.....	26
6.2. Resultados para el segundo objetivo.....	27
6.3. Resultados para el tercer objetivo.....	28
7. Discusión.....	29
8. Conclusiones.....	31
9. Recomendaciones.....	32
10. Bibliografía.....	33
11. Anexos.....	38

viii. Índice de Tablas

Tabla 1. Grados de ansiedad en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja, según grupo de edad y sexo.....	26
Tabla 2. Dependencia a la nicotina en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja, según grupo de edad y sexo.....	27
Tabla 3. Relación entre ansiedad y dependencia a la nicotina en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja.....	28
Tabla 4. Chi cuadrado Relación entre ansiedad y dependencia a la nicotina en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja.....	28
Tabla 5: Grado de ansiedad en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja, según grupo de edad y sexo.....	52
Tabla 6. Grado de dependencia a la nicotina en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja, según grupo de edad y sexo.....	52

ix. Índice de Anexos

Anexo 1. Pertinencia y Aprobación de Tema.....	38
Anexo 2. Designación de Director.....	39
Anexo 3. Autorización de la Recolección de Datos.....	42
Anexo 4. Certificación de Ingles.....	43
Anexo 5. Consentimiento Informado.....	44
Anexo 6. Test de Ansiedad de Hamilton.....	48
Anexo 7. Test de Fagerstron.....	50
Anexo 8. Tabla 05. Grado de ansiedad en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja, según grupo de edad y sexo.....	52
Anexo 9. Tabla 06. Grado de dependencia a la nicotina en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja, según grupo de edad y sexo.....	52
Anexo 10. Base de datos.....	53
Anexo 11. Proyecto de tesis.....	64

1. Título

Ansiedad y dependencia a la nicotina en estudiantes de medicina humana de la
Universidad Nacional de Loja

2. Resumen

La ansiedad es uno de los trastornos frecuentes que afectan a la población estudiantil que junto con la dependencia a la nicotina conlleva a problemas que normalmente pasan desapercibidos por los docentes y los familiares. La presente investigación tuvo como finalidad determinar el grado de ansiedad, conocer el grado de dependencia a la nicotina según grupo de edad y sexo, y establecer la relación entre estas variables, en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja con un enfoque cuantitativo de cohorte transversal, con una muestra de 70 estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, a quienes se aplicó el test de Hamilton y de Fagerstrom, obteniendo que 71.43% (n=50) en edad entre 22 a 25 años presentaron ansiedad leve, predominando el sexo femenino con 38.57% (n=27). El grupo etario entre 22 a 25 años de edad mostró dependencia muy baja a la nicotina con 47.14.% (n=33), en especial en varones con 28.57% (n=20); se halló significancia estadística, entre ansiedad y dependencia a la nicotina con un valor “p” =0.008. Concluyendo que las mujeres son las más afectados, entre 22 a 25 años de edad por ansiedad en grado leve y los varones del mismo grupo de edad por dependencia muy baja a la nicotina.

Palabras clave: Trastorno, actitud, adicción, estado de ánimo, y consumo.

2.1. Abstract

Anxiety is one of the frequent disorders that affect the student population that, together with nicotine dependence, leads to problems that normally go unnoticed by teachers and family members. The purpose of this research was to determine the degree of anxiety, to know the degree of nicotine dependence according to age group and sex, and to establish the relationship between these variables, in medical students at the National University of Loja with a quantitative cross-sectional approach, with a sample of 70 students who met the inclusion and exclusion criteria, to whom the Hamilton and Fagerstrom test was applied, obtaining as a result that the age group between 22 and 25 years of age presented the greater number of cases of mild anxiety, 71.43% (n=50) aged between 22 to 25 years presented mild anxiety, predominantly female with 38.57% (n=27). The age group between 22 and 25 years of age showed very low dependence on nicotine with 47.14.71% (n=33), especially in men with 28.57% (n=20). Regarding the relationship between variables, statistical significance was found ("p" value = 0.008), and shows an association between anxiety and nicotine dependence. Concluding that women are the most affected, between 22 to 25 years of age due to mild anxiety and men of the same age group due to very low dependence on nicotine.

Key words: Disorder, attitude, addiction, state of mind, and consumption..

3. Introducción

Los trastornos mentales son un problema de salud pública, debido al creciente aumento en su prevalencia. Entre estos, la ansiedad se considera uno de los más frecuentes en personas de cualquier edad. (Macías. et al., 2019).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó una prevalencia de los trastornos de ansiedad (TA) a nivel mundial del 3.6%. (Macías. et al., 2019).

En Ecuador, la prevalencia del trastorno de ansiedad es de 2,1% y 4,9% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y de años perdidos por discapacidad (APD). (Edición Médica EC, 2019).

En cuanto al cigarrillo, según el informe mundial de la OMS sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco en 2000-2015 (tercera edición), durante casi las dos últimas décadas el número total de consumidores de tabaco a nivel mundial ha disminuido de 1 397 000 millones en 2000 a 1 337 000 millones en 2018. Esto debido en gran medida a la disminución del número de mujeres que consumen estos productos, sin embargo, el número de hombres consumidores de tabaco aumentó. (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Esta prevalencia también varía ampliamente entre países. Entre los cuales se cuenta con información estandarizada y comparable, la mayor prevalencia se da en Chile (38,7%), y las menores, en Ecuador y Panamá (7,4% y 6,5%, respectivamente). (OMS, 2017).

En los estudios epidemiológicos se ha logrado constatar, que el porcentaje de fumadores que posee un diagnóstico de trastorno mental es superior al porcentaje encontrado en la población general, siendo un indicio de la relación existente entre trastornos mentales y el hábito tabáquico. (Trebilcock, 2017).

Además, en los últimos años se ha encontrado una importante relación entre el consumo de tabaco y distintos trastornos de salud mental, especialmente depresión, ansiedad, esquizofrenia y alcoholismo. Así, en la década de los noventa, toda una serie de estudios han mostrado de modo claro y consistente la relación entre fumar y depresión, o entre fumar y trastornos de ansiedad. («Behavioral factors influencing the effects of nicotine.», 2000, p. 70).

Los índices de tabaquismo más altos se dieron entre las personas con enfermedades mentales menores de 45 años, las personas con bajo nivel de educación y las personas que viven por debajo del umbral de pobreza. (Centers for Disease Control and Prevention. (CDC), 2020).

La literatura científica coincide en señalar que el fumar aumenta el riesgo de padecer ansiedad y depresión. (Digital 3., 2015).

Los tipos de trastorno mental en los cuales se encontró mayor porcentaje de pacientes con adicción a la nicotina son: trastornos por consumo de alcohol, trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad. (National Institut of Health, 2020).

Por lo antes mencionado y al no existir estudios en la provincia de Loja sobre la relación existente entre la ansiedad y el consumo de tabaco, es necesario realizar la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre los grados de ansiedad y dependencia a la nicotina en los estudiantes de la carrera de medicina humana del régimen 2009 de la Universidad Nacional de Loja durante el periodo octubre 2020 – agosto 2021?

Por lo citado y teniendo en cuenta que, en el Ecuador existe poca información de morbilidad psiquiátrica, y mucho más aún de ansiedad en estudiantes universitarios. La presente investigación surge de esta necesidad, en la cual es de gran interés conocer la correlación entre los grados de ansiedad existentes en la población universitaria, con la dependencia al consumo de nicotina mediante el hábito de fumar tabaco.

Por ende, la siguiente investigación va dirigida a los estudiantes de medicina humana del régimen 2009 de la Universidad Nacional de Loja, en quienes será realizado, con la finalidad de conocer y determinar el impacto del consumo del tabaco sobre el estado anímico de sus consumidores.

La presente investigación pertenece a la tercera línea de investigación, “Salud-enfermedad del adulto y adulto mayor en la Región Sur del Ecuador o Región Siete” de la Carrera de Medicina Humana de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Encaminando esta investigación con el siguiente objetivo general: Identificar los grados de ansiedad y dependencia a la nicotina en los estudiantes de la carrera de medicina humana del régimen 2009 de la Universidad Nacional de Loja durante el periodo octubre 2020 - agosto 2021. Y como objetivos específicos: Determinar el grado de ansiedad según grupo de edad y sexo, conocer el grado de dependencia a la nicotina según grupo de edad y sexo y Establecer la relación entre ansiedad y dependencia a la nicotina.

4. Marco teórico

4.1. Ansiedad

4.1.1. Definición y reseña histórica. A comienzo del siglo XX, se observa creciente interés por el tema de la ansiedad, respaldado por su mayor prevalencia y debido a que diversos autores la consideran una respuesta emocional paradigmática, que todos los individuos experimentan en mayor o menor intensidad. (Águila, 2015).

La ansiedad es un rasgo característico presente en todos los animales y también en seres humanos. La ansiedad se conoce ya desde la Grecia clásica. El cual se trata de un estado emocional de componentes negativos con manifestaciones externas físicas como: sudoración de las manos, nerviosismo, dificultades para dormir, mareos, sequedad bucal, merma de la capacidad de concentración, sensación de ahogo y tensión muscular, entre otros. (Santiesteban, 2017).

El término ansiedad fue incorporado a la psicología en 1926 con la obra de Freud *Inhibición, síntoma y ansiedad*. Para estos, la ansiedad es una vivencia interna, mientras que la escuela conductista afirma que es una respuesta fisiológica a una estimulación externa. A partir de los años 60, se extiende un enfoque cognitivo-conductual, y se empieza a aceptar que la ansiedad es una respuesta triple: motora, cognitiva y fisiológica. (Santiesteban, 2017).

La ansiedad es útil porque surge ante determinadas situaciones que el sujeto percibe como de amenaza o de peligro, y aviva los sentidos, solo cuando los niveles son superiores al peligro real es cuando se torna un estado emocional dañino. (Santiesteban, 2017).

En este punto, cabría distinguir la diferencia entre ansiedad y estrés, conceptos manejados habitualmente como sinónimos pero que realmente no lo son, por cuanto el estrés está más ligado a lo físico y la ansiedad a lo cognitivo. (López, 2017).

En conclusión, la ansiedad es un estado de agitación e inquietud desagradable, que se caracteriza por un predominio de síntomas psíquicos, se ve acompañada de síntomas físicos en mayor o menor intensidad. Otras propiedades importantes de la ansiedad, son la anticipación de peligro y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, a su vez, el individuo trata de buscar una solución al peligro.

4.1.2. Epidemiología. Los trastornos mentales contribuyen notablemente a la morbi-mortalidad en general. Aproximaciones de la O.M.S muestran que en el 2005 los trastornos neuropsiquiátricos son responsables de 1,2 millones de muertes cada año y de 1,4% de todos los años de vida perdidos. Cuatrocientas mil muertes fueron atribuidas a los trastornos mentales propiamente dichos y 182.000 a problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas, aunque estas cifras pueden estar ciertamente subestimada. (Organización Mundial de la Salud, 2019).

De las patologías psiquiátricas, las más comunes son los trastornos de ansiedad, de gran importancia epidemiológica dada su alta prevalencia. Harrison et al, denota una prevalencia del 15 al 20 %, valor que incrementa si los estudios se realizan entre los usuarios que acuden a consultas de Atención Primaria, oscilando entre el 20% y 40%. (Chávez et al., 2017).

De la misma manera, algunos estudios han sido concluyentes en que la prevalencia de tiempo de vida en los trastornos de ansiedad, aumenta considerablemente en los países occidentales, entre 13,6% y 28,8%. (Tanja et al., 2007).

La O.M.S establece que los trastornos de ansiedad, en la actualidad, son los de inicio más temprano, con una mediana de edad de 15 años, alcanzado la prevalencia máxima entre los 25 y 45 años de edad, encontrándose más alta en el género femenino. Las mujeres tienden a padecer trastornos de ansiedad de 2 a 3 veces más que los hombres (Macías. et al., 2019).

El informe de salud mental del Ecuador, indica que, de los pacientes ingresados a 5 hospitales psiquiátricos del país, los trastornos del estado de ánimo ocupan el segundo lugar con aproximadamente el 17%. (Chávez et al., 2017).

4.1.3. Etiología. Es de gran importancia identificar y tratar correctamente una causa que esté produciendo ansiedad, muchas de las veces se infravalora el síntoma por considerarlo de origen psíquico. (Moscoso, 2017).

4.1.4. Clasificación. La última actualización del D.S.M coloca al trastorno de angustia como una entidad sin subclasificaciones. La principal diferencia existente entre el DSM IV y el DSM V, es que en la nueva edición se incluyen como entidades nosológicas al mutismo selectivo y al trastorno de ansiedad por separación; mientras que los trastornos obsesivos compulsivos y los trastornos de estrés pasan a ser sub-clasificados dentro de la entidad otros trastornos de ansiedad especificados. (Fillizola, 2018, p. 407).

La guía que abarca todos los trastornos especificados con una correcta clasificación es el C.I.E- 10, contradictoriamente a lo que dicta la lógica, ya que el DSM –V es una guía proporcionada por especialistas en salud mental, cabe recalcar que este manual es muy

reciente aparición y sujeto a correcciones, para una comparación eficiente, describimos en una tabla las clasificaciones propuestas por los distintos manuales. (Fillizola, 2018, p. 407).

Cuadro 1. Clasificación

DSM-V	DSM-IV	CIE-10
		TRASTORNO DE ANSIEDAD FÓBICA
1. Trastorno de ansiedad social	1. Fobia social	1. Fobias sociales
2. Fobia específica	2. Fobias simples	2. Fobias específicas
3. Agorafobia	3. Agorafobia sin crisis de angustia	3. Agorafobia
		OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD
4. Trastorno de ansiedad por separación		4. Trastorno de angustia
5. Mutismo selectivo		5. Trastorno de ansiedad generalizada
6. Trastorno de angustia	6. Trastorno de angustia con agorafobia	6. Trastorno mixto ansioso-depresivo
7. Trastorno de ansiedad generalizada	7. Trastorno de angustia sin agorafobia	7. Otro trastorno mixto de ansiedad
8. Otros trastornos de ansiedad especificados	8. Trastorno de ansiedad generalizada	8. Otros trastornos de ansiedad
9. Trastorno de ansiedad asociado a enfermedad medica	9. Trastorno obsesivo-compulsivo	
10. Trastorno de ansiedad asociado al uso de drogas, medicamentos o tóxicos	10. Trastorno por estrés postraumático	10. Trastorno obsesivo-compulsivo
		REACCIONES DE ESTRÉS Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN
11. Trastorno de ansiedad no especificado	11. Trastorno por estrés agudo	11. Trastorno por estrés postraumático
	12. Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica	12. Reacción de estrés agudo
	13. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	13. Trastorno de adaptación
	14. Trastorno no especificado.	14. Trastorno disociativo
		15. Trastornos somatomorfos
		16. Otros trastornos neuróticos

Fuente: (Manual de codificación: CIE-10-ES Diagnósticos, 2016)

4.1.5. Manifestaciones clínicas. Los pacientes con trastornos ansiosos suelen acudir a consulta médica por voluntad propia, la mayoría refieren síntomas somáticos derivados de la ansiedad y creen tener alguna patología física, refieren la clínica de manera escueta, variable e imprecisa. Los síntomas psíquicos suelen ser infravalorados y denotados como molestias, cuando el cuadro de ansiedad avanza. (Risco, 2004, p. 181).

Existe un gran número de síntomas físicos y psíquicos presentes en la ansiedad, estos van a variar en intensidad, duración e impacto en la vida de los pacientes, diferenciando así los distintos trastornos derivados de la ansiedad, en la siguiente tabla, reunimos los síntomas cardinales y mayoritariamente prevalentes en la patología en estudio. (Organización Médica Colegiosa de España, 2017).

Cuadro 2. Sintomatología de la ansiedad

Síntomas Físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
<p>SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD VEGETATIVA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sudoración o manos frías y húmedas. 2. Mareos o sensación de inestabilidad. 3. Sofocos o escalofríos. <p>Dificultad para deglutir o sensación de "nudo en la garganta".</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sequedad de boca. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación. 2. Aprensión. 3. Sensación de agobio.
<p>SÍNTOMAS NEUROMUSCULARES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Temblor. 2. Contracciones. 3. Tensión muscular. 4. Fatigabilidad fácil. 5. Cefalea. 6. Parestesias. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Miedo a perder el control 5. Sensación de muerte inminente 6. Dificultad de concentración
<p>SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES Y RESPIRATORIOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitaciones. 2. Taquicardia. 3. Dolor Precordial. 4. Disnea <p>5. Hiperventilación que puede provocar síntomas secundarios a la alcalosis respiratoria derivada.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 7. Irritabilidad. 8. Inquietud. 9. Conductas de evitación de determinadas situaciones
<p>SÍNTOMAS DIGESTIVOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Náusea, vómito. 2. Dispepsia. 3. Diarrea, estreñimiento. 4. Aerofagia. 5. Meteorismo. 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Inhibición o bloqueo psicomotor 11. Obsesiones o compulsiones 12. Sensación de que va a suceder algo.
<p>SÍNTOMAS GENITOURINARIO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Micción frecuente. 2. Problemas relacionados a la esfera sexual. 	<ol style="list-style-type: none"> 13. Respuesta de alarma exagerada. 14. Dificultad para conciliar el sueño. <p>Interrupciones por despertares y pesadillas, cansancio o sensación de sueño no reparador.</p>

Fuente: (Organización Médica Colegiosa de España, 2017)

4.2. Causas Orgánicas de la Ansiedad

Causas cardiacas: Cualquier trastorno que produzca desbalance del ciclo cardiaco y de la frecuencia, es potencialmente generador de síntomas ansiosos, el más comúnmente asociado a estos síntomas es el prolapso de la válvula mitral. (Moscoso, 2017).

Causas pulmonares: Es frecuente encontrar niveles de ansiedad elevados en enfermedades obstructivas como la E.P.O.C, bronco-constricciones, asma y más patologías que presenten una disminución de la capacidad máxima ventilatoria, es importante descartar patologías pulmonares agudas como tromboembolia pulmonar, neumotórax, etc. (Moscoso, 2017).

Causas endocrino-metabólicas: El hipertiroidismo, que dentro de su presentación clínica se describen síntomas ansiosos. Otras enfermedades donde se presenta un cuadro clínico con caracteres ansiosos son: el feocromocitoma, neoplasias endocrinas, hipercortisolismo e hiperparatiroidismo. (Moscoso, 2017).

4.2.1. Fármacos y otras sustancias. Agentes serotoninérgicos: Puede existir una sensibilidad a estos fármacos o una potenciación por interacción medicamentosa. (Organizacion Médica Colegio de España, 2017).

Estimulantes del sistema nervioso central: cocaína, anfetaminas, L.S.D, sustancias que produzcan elevación brusca de la dopamina, pueden producir síntomas ansiosos e incluso llegar a una crisis de pánico. El café consumido en altas cantidades produce síntomas de ansiedad moderados a graves. La abstinencia de sustancias depresoras dará como resultado un síndrome de hiperactivación del sistema nervioso central (SNC) caracterizado por ansiedad, algunas de estas sustancias son principalmente derivados morfínicos, alcohol, benzodiazepinas. Otros fármacos causantes son los hipoglucemiantes orales, insulina, L-dopa, hormonas tiroideas, corticoides, etc. (Organizacion Médica Colegio de España, 2017).

Al identificar el factor biológico causal, se procede a dar un correcto tratamiento de este, y los síntomas ansiosos disminuirán notablemente. (Organizacion Médica Colegio de España, 2017).

No existe una relación unicausal en la ansiedad, existen distintos enfoques teóricos, pero en la actualidad diversos estudios denotan que la etiología de la ansiedad es origen multifactorial, entre estos tenemos: factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje, los cuales describiremos brevemente a continuación:

4.3. Factores Biológicos

4.3.1. Predisposición genética. No se ha podido aislar ningún gen relacionado directamente con la ansiedad, sino que se describe de una etiología poligénica, sin embargo, se ha encontrado similitudes genéticas en familiares que presentan trastornos de tipo ansioso, así datos estadísticos soportan que los familiares en primer grado. (Organización Médica Colegiosa de España, 2017).

4.3.2. Déficit gabaérgico. Esta teoría describe que existe un déficit funcional del neurotransmisor GABA, este neuropéptido es caracterizado por su actividad inhibitoria, contrarrestando así la acción de la dopamina, neurotransmisor clave en la génesis de síntomas ansiosos, disminuye la acción de norepinefrina y serotonina. Estudios han descrito la posibilidad de que exista un nivel normal de GABA, pero que el receptor se encuentre alterado sin producir la respuesta fisiológica esperada. (Moscoso, 2017).

4.3.3. Actividad excesiva de la norepinefrina. Un exceso de actividad noradrenérgica, debido a una hiperactividad del locus ceruleus, es la base de esta teoría. La norepinefrina es un neurotransmisor excitatorio, responsable de la génesis de síntomas ansiosos. Investigaciones han implantado múltiples electrodos en el locus ceruleus y estos revelan un aumento de la actividad, cuando el paciente está experimentando síntomas de ansiedad. (Moscoso, 2017).

4.3.4. Disfunción del sistema límbico. El sistema límbico, estudiado por ser una de las partes encefálicas que aparece tempranamente en la evolución; posee una relación cercana con el cortex, de esta forma la sensación de angustia se hace consciente y así se percibe. Debido a sus relaciones con el tálamo, el sistema neurovegetativo se activa y va ocasionar múltiples manifestaciones de carácter físico. Es importante recalcar que el sistema límbico es la piedra angular de la neurobiología ansiosa. (Moscoso, 2017).

4.4. Factores Psicológicos

Se creía que los trastornos de ansiedad, tenían una génesis netamente intrapsíquica, estas varían mucho dependiendo la corriente psicológica, entre las más aceptadas se encuentran la teoría del esfuerzo excesivo y la del aprendizaje. (Moscoso, 2017).

4.5. Factores Psicosociales

Estos poseen un rol primordial dentro de los trastornos de ansiedad, como agentes causantes, precipitantes y/o agravantes. Los de mayor importancia son problemas en las relaciones interpersonales, problemas académicos o laborales, necesidades sociales y económicas. (Moscoso, 2017).

4.6. Factores Traumáticos

Cuando los individuos enfrentan un evento traumático, que se encuentra fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes automovilísticos graves, desastres naturales, robos, violaciones, secuestros, etc., estos eventos puede generar daños neurológicos persistentes, que posteriormente se asocian a síntomas graves de ansiedad, situación que se da en los casos de estrés agudo y trastorno por estrés postraumático. (Castañeda et al., 2018).

4.7. Neurobiología Ansiedad

La ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos del Rafé, locus ceruleus) que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico. El sistema ácido γ -aminobutírico (GABA) es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante. A veces funciona como ansiolítico y otras como generador de angustia. También el sistema serotoninérgico es importante, pues en estrecha interacción con la adrenalina y la dopamina juega un papel tranquilizante o lo contrario. Ciertas hormonas tienen un rol destacado en todo lo relativo al estrés (cortisol, ACTH, etc.) y en la ansiedad. (Castañeda et al., 2018).

La neurobiología conjuntamente con la neuropsiquiatría intenta establecer una relación neuroanatómica con las emociones, pues existen distintas zonas cerebrales que son cruciales en la experiencia emocional. Las últimas teorías mencionan que son muchas las zonas activadas, incluso se menciona que ciertos procesos comprenden todo el cerebro. Sin embargo, existe una zona con mayor activación en la experiencia emocional, es el sistema límbico, esta región está compuesta por diferentes estructuras, las más relevantes son el cíngulo, amígdala, hipotálamo, hipocampo; todas estas estructuras poseen conexiones con el tallo cerebral y bulbo raquídeo, aquí se encuentran múltiples núcleos de pares craneales, al relacionarse con estos, se producen una variedad de síntomas físicos. (Gómez, 2007).

Existen distintas estructuras neuroanatómicas involucradas de la ansiedad, las principales son:

- Amígdala
- Locus ceruleus
- Tálamo
- Hipotálamo
- Substancia gris periacueductal
- Hipocampo
- Corteza orbito-frontal

Las teorías apuntan a que el sistema límbico se encuentra coordinado y comandado por la amígdala y el locus ceruleus. La expresión de síntomas físicos está mediada por el tálamo e hipotálamo, estas 4 estructuras juegan un papel fundamental en la neurobiología de la ansiedad, a continuación, se describe cada estructura, para posteriormente comprender de manera adecuada el modelo neuroanatómico.

Amígdala: Es la encargada de coordinar y regular las respuestas de alarma, miedo y ansiedad. Envía muchas proyecciones a distintas estructuras, entre las principales se encuentran en el cortex, núcleo estriatum, núcleo accumbens, hipotálamo, tálamo, además de conexiones que se dirigen al tallo, donde encontramos los núcleos dorsales del vago y núcleos parabranciales. La amígdala o cuerpo amigdalino es una masa de neuronas en forma de almendra localizadas en los lóbulos temporales. Esta zona del sistema límbico está relacionada con la formación y el almacenamiento de memoria asociada a hechos o acontecimientos que hayan producido fuertes emociones. La amígdala es la sede de todas las emociones. Además, estudios recientes también demuestran que este elemento tiene una fuerte implicación en la consolidación de la memoria. Está íntimamente relacionada con el locus ceruleus y núcleos dopaminérgicos, todas estas estructuras son las responsables de los cambios en los sistemas neurohumorales, autonómicos y músculos esqueléticos asociados con los mecanismos de respuesta a la ansiedad. (Gallardo, 2020).

La función de la amígdala está mediada por receptores noradrenérgicos, benzodiazepínicos y 5HT-1A , y es aquí donde apuntan las últimas teorías etiológicas de la ansiedad. (Gallardo, 2020).

Locus ceruleus: Está localizado en la protuberancia anular encefálica, próximo al cuarto ventrículo, este núcleo es el principal desencadenante de producción de norepinefrina en el cerebro. Un exceso de norepinefrina podría ser el agente causal de la ansiedad, la acción del locus ceruleus está regulada por receptores GABA, benzodiazepínicos y serotoninérgicos, con efecto inhibitorio, las teorías denotan que estos receptores no están funcionando fisiológicamente. (Castañeda et al., 2018).

Esta estructura recibe estímulos tanto del ambiente interno como externo. Los estímulos internos como disminución de la presión y volumen sanguíneo, cambios en la temperatura, hipoglucemia, etc. Son canalizados a través de varios núcleos del tallo cerebral; los estímulos externos ingresan por la corteza insular y orbital, tales como miedo a morir, amenazas físicas, etc. (Castañeda et al., 2018).

Tálamo: Es una estructura del diencefalo cuya función principal es servir como una estación de relevo, para así canalizar los estímulos ambientales a todo el córtex. En circunstancias de

peligro, su papel es retransmitir las señales sensoriales hacia la amígdala, ya que la encargada de tomar la decisión, acerca de qué información es relevante o peligrosa es la propia corteza. El papel del tálamo se asemeja al de un servidor informático, su papel es entregar la información a distintas estructuras cerebrales, muchas de ellas relacionadas con la ansiedad. (Viguera Editores S.L.U., 2002).

Hipotálamo: El hipotálamo es otra estructura diencefálica, está situada debajo del tálamo y se encuentra constituido por varios núcleos neuronales de características neurosecretoras. Es difícil delimitarlo siendo un complejo de múltiples núcleos albergados en poco espacio y con funciones determinantes a nivel celular y corporal, por ello el hipotálamo, está involucrado en diversos mecanismos de activación simpática, liberación neuroendocrina y neuropéptida, estos mecanismos se ven desplegados ante estímulos ansiosos. (Cedillo, 2017).

4.7.1. Modelo neuroanatómico de la ansiedad. La percepción de un estímulo amenazante, pasa a través del tálamo anterior, para luego dirigirse hacia el núcleo central de la amígdala. La principal función de este núcleo, es la diseminación de la información, jugando así el papel de coordinador de la respuesta autonómica y de comportamiento.

Las múltiples conexiones que presenta la amígdala con distintas estructuras neuronales, dan como resultado las siguientes reacciones:

- En el cuerpo estriado, existe una activación motora, con el fin de huir o atacar.
- En el núcleo parabraquial, la frecuencia y capacidad respiratoria se ven alteradas.
- En el núcleo lateral del hipotálamo, se produce una activación simpático-mimética.
- En el locus ceruleus, la liberación de norepinefrina en cantidades elevadas, contribuye al fenómeno hipertensivo, taquicardia, diaforesis, piloerección y midriasis. Una interconexión con el núcleo paraventricular-hipotalámico, produce liberación de neuropéptidos y adrenocorticoides como mecanismo de defensa ante estímulos estresores.
- En la región gris periacueductal, se estructura un comportamiento defensivo, fenómeno de mente en blanco y respuestas de paralización.
- En el núcleo dorsal del vago, que también recibe estímulos procedentes del locus ceruleus y núcleos hipotalámicos, se produce una activación del sistema parasimpático, incrementando así la frecuencia miccional y defecatoria.
- Por último, en el núcleo trigeminal y núcleo motor del facial, se compone la expresión facial de ansiedad. (Goddard, 1997).

4.8. Escala de Ansiedad de Hamilton

La escala de ansiedad de Hamilton es uno de los cuestionarios psicológicos más utilizados para clarificar el grado de ansiedad que sufre una persona. Fue diseñada en 1959 Max R Hamilton y a día de hoy sigue siendo una de las más utilizadas. es un instrumento de evaluación clínica que se utiliza para medir el grado de ansiedad de una persona. Es útil tanto en niños como en adultos. Asimismo, es un instrumento que pueden utilizar tanto los médicos como los psiquiatras. (Sabater, 2018).

Evalúa la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes con criterios de ansiedad. Además, también es útil para monitorizar la respuesta al tratamiento. Está compuesto por 14 ítems, siendo 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe ser realizado por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. Se indica para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. (Sabater, 2018).

4.9. Ansiedad y Tabaco

Diversas investigaciones concluyen que en pacientes que presenten trastornos mentales, el hábito tabáquico es más frecuente. (Moscoso, 2017).

De igual forma diversos estudios en la última década, han logrado demostrar que la tasa de fumadores, entre las personas con un diagnóstico de trastorno mental, es más del doble que entre la población general sin trastornos mentales. (Wood et al., 2009).

Existen distintos tipos de trastorno mental asociados a consumo de distintas sustancias psicoactivas, los más frecuentes epidemiológicamente son: trastornos por consumo de sustancia, trastornos por consumo de alcohol, trastornos de ansiedad. (Wood et al., 2009).

Se cree que la variable dependencia a la nicotina, juega un rol primordial en la perpetuación del tabaquismo, esta variable aumenta el riesgo de persistencia del tabaquismo, con un odds-ratio de 2.2 (95% intervalo de confianza [IC], 1.6- 3.0). (Besson, 2016).

Además, existe una relación estrecha y significativa entre ansiedad y dependencia a la nicotina, así un estudio en 2016, denota que los trastornos de ansiedad fueron significativamente más frecuentes en personas con dependencia a la nicotina que en una población no dependiente a sustancias como nicotina. (Besson, 2016).

Wood et al, en 2009, menciona que los pacientes con trastornos de ansiedad, presentan 2.7 más riesgo de consumir cigarrillo y presentar dependencia nicotínica, estos datos reportan la estrecha relación que existente entre estas 2 variables. (Wood et al., 2009).

4.10. Consumo de Tabaco

La OMS define al consumo de cigarrillo (CC), como una enfermedad crónica severamente adictiva, caracterizada por múltiples recaídas, incluso algunos autores consideran que es más adictiva que la cocaína y heroína. Es necesario recalcar que el tabaquismo incluye productos hechos total o parcialmente de tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. (organización Mundial de la Salud, 2019).

4.10.1. Fumador. Se considera así a toda persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses. Se utilizará esta definición en este estudio, como criterio de inclusión para la población fumadora. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Con este concepto es necesario realizar la siguiente clasificación:

4.10.1.1. Fumador diario. El individuo que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día durante los últimos 6 meses. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

4.10.1.2. Fumador ocasional. Persona que fuma menos de un cigarrillo al día. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Durante la década de los años sesenta y setenta, el consumo de cigarrillo no tenía una relación establecida con deterioro de salud y mucho menos con efectos a largo y corto plazo. A pesar de que se tenía conocimiento de la alta prevalencia mundial que existía en hombres, al final de la segunda guerra mundial (42,5%), esta tendencia fue en aumento hasta el punto de llegar a casi 60% a mediados de la década de los setenta. Con respecto al sexo femenino, se conoce que existía una baja prevalencia (5%) en los primeros estudios realizados, sin embargo, se estableció una incidencia del 22% durante los años noventa. (Solís, 2018).

En el 2014, se presentó el IV estudio sobre el uso de drogas en el Ecuador, el cual determinó que al menos el 32% de la población entre 12 y 65 años había consumido cigarrillo una vez en su vida, además se estableció que existe mayor prevalencia de consumo en la región sierra (38%), en hombres (42%) y en jóvenes entre 18 a 26 años (42%). (Solís, 2018).

Según la OMS actualmente el consumo de cigarrillo, es el causante de la muerte, de al menos el 50% de sus fumadores, los cuales sufren generalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, o patología pulmonar. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Se estima que el cigarrillo produce la muerte a 7 millones de personas al año, de las cuales más de 6 millones son consumidores del producto, mientras que 890.000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco. El 80% de los más de mil millones de fumadores existentes, viven en países en vías de desarrollo. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

4.11. Tabaco

El tabaco ha sido modificado en su composición a lo largo de la historia, tal es así, que existe una gran diferencia entre el cigarro del siglo XVI y el moderno; en el pasado se solía fumar trozos de hoja de tabaco, enrollándose en un pequeño tubo de papel. Posteriormente los cigarrillos comenzaron a ser fabricados con tabaco curado, de tal manera que el contenido del cigarrillo y el humo de su combustión sean ácidos, lo cual permite una mayor absorción en los pulmones, generando menor daño local, aumentando la afección generalizada.

La composición actual consta de una gran variedad de aditivos, entre los cuales podemos encontrar:

Amoníaco, sustancia que eleva los niveles de PH en el humo del cigarrillo, generando así altos niveles de nicotina libre, la cual puede absorberse más rápidamente en el organismo. (11th World Conference on Tobacco OR Health, 2000).

Endulzantes, los cuales enmascaran el poco agradable sabor del cigarrillo, lo que lo hace mucho más placentero para los individuos que se inician en su consumo. Es conocido que estos aditivos también enmascaran el olor y la visibilidad del humo pasivo. (11th World Conference on Tobacco OR Health, 2000).

El mentol es un aditivo en auge en los últimos años, se usa con la finalidad de adormecer la garganta, así los fumadores no sienten los efectos irritantes del humo del cigarrillo. (Ministerio de Sanidad / España, 2020).

Aunque en menor cantidad existen componentes que deben ser tomados en cuenta:

- Acetaldehído, este aditivo trabaja sinérgicamente con la nicotina con el fin de incrementar los niveles de adicción
- Arsénico
- Cadmio (conocido cancerígeno)
- Monóxido de carbono

- Cacao, actúa como endulzante y para enmascarar el sabor, a su vez es utilizado como broncodilatador el cual permite inhalar el humo de manera más profunda.
- Formaldehído (posible sustancia cancerígena para los humanos, mejor conocido como un fluido embalsamante).

Muy aparte de estos ingredientes, los cigarrillos durante su combustión pueden llegar a producir más de 4.000 productos químicos adicionales a temperaturas que muchas veces superan los 800 grados centígrados. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

A pesar de que ya mencionamos la gran cantidad de componentes y sus efectos nocivos, el más importante y de mayor estudio es la nicotina, la cual es un alcaloide natural que se extrae de las hojas del tabaco y es el principal responsable de la adicción al mismo.

4.12. Nicotina

La nicotina es procedente del continente americano e introducida en el resto del mundo, por colonizadores de Portugal y España, sin embargo, no fue hasta el siglo XVII que Jean Nicot recomendó a Catalina de Médicis, Reina de Francia, la inhalación de las hojas trituradas del tabaco como tratamiento de migraña; a partir de eso, se propagó por toda Europa el uso medicinal de la planta de tabaco. En la actualidad la nicotina no solo se usa como el principal aditivo del cigarrillo, también se lo encuentra en parches dérmicos, cigarrillos electrónicos y en forma masticable. (Cruz, 2007).

4.12.1. Epidemiología. Uno de los primeros estudios que representó la prevalencia de dependencia a la nicotina, fue realizado en EEUU en el año 2001, donde con una muestra significativa de 4414 personas, entre 15 y 54 años, se encontró un 24% de prevalencia, lo que significaba también que un 50% de las personas que fumaban un cigarrillo diario durante un mes, realizaba dependencia con el pasar del tiempo. (de Granda, 2018).

Entre el año 2008 y 2010 se realizaron estudios en México y Colombia, donde se estableció una prevalencia entre el 25% al 30% en fumadores. (F. Gallardo & Ramirez, 2012).

En una revisión sistemática realizada en el 2006 se determinó que la prevalencia anual en el mundo se ubica entre el 25% y 47% en fumadores habituales. Además, se concluyó, que el sexo es una variable independiente y que más bien la cantidad de cigarrillos diarios determinaba el grado de dependencia. (de Granda, 2018).

Actualmente, la dependencia a la nicotina sigue siendo la principal causa prevenible de muerte en países desarrollados, causando más de 400.000 muertes en Estados Unidos y 5 millones de muertes alrededor del mundo. Según varios estudios realizados en Norteamérica, la prevalencia de dependencia a la nicotina oscila entre 12 y 15 % en fumadores. (de Granda, 2018).

Existen pocos datos en nuestro país sobre la prevalencia a esta adicción. Un estudio realizado en el año 2012 en fumadores habituales de la Universidad Pontificia Católica del Ecuador (PUCE), estableció que la dependencia leve a la nicotina es del 82%, mientras el 13% presenta una dependencia moderada y apenas el 5% de los estudiantes presenta una dependencia severa. (F. Gallardo & Ramirez, 2012).

Uno de los objetivos de nuestra investigación, es estudiar la prevalencia de dependencia a la nicotina, así como establecer su relación con ansiedad. En los últimos años se ha estudiado de forma exhaustiva, los diferentes trastornos psiquiátricos y su relación con el abuso de sustancias. En el 2009 se determinó que las personas con adicción a la nicotina sufren trastornos por consumo de sustancias en un 52% (frente al 12% en la población general; OR=8,1), trastornos de ansiedad (25,3%; OR=2.7), estos datos soportan la estrecha relación que existe entre la dependencia a la nicotina y ansiedad, algunos autores denotan que esta relación es probablemente bilateral. (Wood et al., 2009).

Para establecer esta relación en nuestra población, utilizaremos el Test de Fagerstrom que es una de las herramientas más aceptadas para determinar el grado de dependencia en fumadores.

4.12.2. Absorción. Un cigarrillo normal puede llegar a contener un promedio de 0.75 gr de tabaco y hasta 10 mg de nicotina. Por lo general es fumado en 10 inhalaciones, que significa la absorción de 2 mg de nicotina, pero puede ir desde 0.5 hasta los 3 mg. El PH ácido de la nicotina facilita su absorción, sin embargo, todo esto se ve potenciado por la gran cantidad de aditamentos que la acompañan, especialmente el amoníaco; este permite una mayor absorción por el organismo, a través de la producción de nicotina en estado libre, lo que facilita que se absorba en los pulmones en un promedio de 85%, además de la mucosa bucal y plexos sublinguales entre un 4% a 40%.

La absorción de la nicotina a través de las membranas biológicas, se ve favorecida por su pH menor a 5.5 y por su alta solubilidad en lípidos; todo esto permite el paso inmediato de la misma hasta el torrente sanguíneo y a su vez al cerebro en aproximadamente 10 segundos. Por este efecto casi inmediato entre la inhalación de humo de tabaco y su acción en los receptores cerebrales, existe un gran poder adictivo de la nicotina. (Guatemala libre de Tabaco, 2020).

4.12.3. Fisiopatología de consumo de nicotina. Después del ingreso de la nicotina a la circulación, el pico de concentración plasmática promedio es de 30 ng/mL, del cual un mínimo porcentaje tiene afinidad por proteínas. La vida media descrita por la mayoría de autores, es de 2 horas. (Sandi & Sandi, 2017).

El metabolito más importante es la cotinina, la cual es metabolizada en el hígado, riñón y pulmón, se conoce que este producto tiene una concentración hasta 10 veces más elevada que

la nicotina en el plasma sanguíneo. A su vez, la cotinina es usada como biomarcador para determinar la cantidad de nicotina a la que es expuesto el individuo, aunque también existe la medición a través de la orina, donde la nicotina es excretada en alrededor del 17%. (Sandi & Sandi, 2017).

En el sistema nervioso central, la nicotina ejerce su efecto regulando el equilibrio catiónico, en los denominados receptores nicotínicos-colinérgicos (RNC). La acetilcolina actúa como el principal agonista endógeno y la nicotina como agonista exógeno. Los RNC pertenecen a una superfamilia de receptores asociados a canales iónicos, estos regulan funciones de neuronas que utilizan dopamina, norepinefrina, serotonina, glutamato y GABA. Una característica muy importante de estos receptores, es que producen una respuesta neuronal casi inmediata tras la unión del ligando, ya que no necesita de segundos mensajeros como otras familias de receptores. (Aguilera, 2015).

El neurotransmisor más importante en este proceso es la dopamina, ya que cumple con dos funciones principales: el aprendizaje relacionado con la recompensa y facilitar el recuerdo del estímulo asociado a la recompensa. (F. Gallardo & Ramirez, 2012).

Uno de los procesos cardinales que se da en el consumo de nicotina, más aún en la dependencia misma, son los cambios estructurales en los receptores dopaminérgicos D1 y D2. Estos receptores realizan tareas diferentes, el receptor D1 es activador, por lo que excita la neurona postsináptica, diferente a los receptores D2 que son inhibidores, limitando la liberación de dopamina y por lo tanto la activación de la vía neuronal correspondiente. En fumadores crónicos se ha logrado determinar la desensibilización de los receptores dopaminérgicos, es decir, que las dosis de nicotina deben ser cada vez más altas para lograr el mismo efecto; este proceso se da por un cambio estructural y aumento en la densidad de los receptores D1, mediante procesos de transcripción de proteínas en el núcleo de la neurona, ante el estímulo permanente de nicotina. A su vez, existe una disminución de receptores D2, lo que limita su capacidad inhibidora. (Corominas et al., 2009).

Tras la activación de los receptores, la nicotina tarda más tiempo en alcanzar niveles máximos en comparación con la acetilcolina, pero permanecerá más tiempo en la sinapsis, ya que no puede ser metabolizada por la acetilcolinesterasa, todo esto permitirá una mayor acción de la nicotina y por ende de sus efectos. (Granda, 2017).

En resumen, el ingreso de nicotina al sistema nervioso central activa los RNC, esto genera despolarización de las neuronas y un potencial sináptico que activa una red de neuronas dopaminérgicas; generando así un aumento de la concentración de dopamina extracelular en el área mesencefálica, en especial el haz que se proyecta al núcleo accumbens y la amígdala.

Estas estructuras activan el sistema mesolímbico dopaminérgico, produciendo una percepción de placer, aumento de energía, motivación, agudeza mental, aumento de la sensación de vigor, muy similar al producido por otras drogas igual de adictivas. La nicotina es también un gran activador del locus ceruleus, que genera liberación de norepinefrina que conlleva al aumento de agudeza mental, concentración y habilidad intelectual; además es conocido que la norepinefrina reduce el apetito, un síntoma no menor que debe ser tenido en cuenta. Es precisamente a esta activación dopaminérgica, que se atribuye el refuerzo al hábito de fumar y todas sus conductas asociadas, siendo esta la base esencial para la comprensión de dependencia a la nicotina. (Cruz, 2007; Granda, 2017).

4.12.4. Dependencia a la nicotina. Se puede definir como un trastorno de la conducta, en donde se encuentra claramente disminuido el autocontrol sobre la ingesta de esta sustancia, son característicos los reiterados fracasos en reducir o eliminar el consumo. Por varios años se conoce que el consumo repetido y continuo de nicotina, puede llegar a generar dependencia física y psicológica, esto es considerado actualmente como una alteración médica crónica, con periodos de abstinencia que la mayoría de veces terminan en recaída. (Sandi & Sandi, 2017).

4.12.5. Dependencia psicológica a la nicotina. Este concepto se refiere a toda asociación adaptada entre el acto de fumar y determinadas circunstancias, tanto internas como externas, tal es así que el cigarrillo se incorpora a la personalidad y hábito diario del fumador, de sus gestos y autoimagen, haciendo del fumar su estilo propio. En este estudio no utilizaremos este tipo de dependencia. (Sandi & Sandi, 2017).

4.12.6. Dependencia física a la nicotina. La dependencia física se define como el proceso de neuroadaptación, que se llega a dar por el consumo repetido de nicotina, esto se encuentra fundamentado, en alteraciones tanto funcionales como estructurales, que pueden llegar a generar una necesidad imperiosa de mantener el consumo de esta sustancia, para así evitar el síndrome de privación. Para comprender este proceso, es importante mencionar que la nicotina genera una reacción química de psicoestimulación, este efecto se encuentra reforzado por las conexiones entre las neuronas dopaminérgicas y la corteza prefrontal, que está relacionada con funciones mentales superiores. (Sandi & Sandi, 2017).

Los receptores nicotínicos más abundantes e importantes son los $\alpha 4\beta 2$, el momento que la nicotina activa estos receptores en el sistema de recompensa (en donde se produce la psicoestimulación) genera un aumento de la descarga dopaminérgica, lo que genera la respuesta de placer y bienestar, a este proceso se lo conoce como refuerzo positivo, lo que provoca en el fumador la necesidad de repetir la experiencia agradable. (Sandi & Sandi, 2017).

4.12.7. Síndrome de abstinencia. Tras los procesos adaptativos, el organismo se ha acostumbrado a mantener niveles estables de nicotina, por lo que cualquier reducción puede llegar a generar un desequilibrio en el sistema de recompensa, esto se expresa con una variedad de signos y síntomas. (Rigotti, 2016).

Cuadro 3. Síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina.

SÍNTOMAS PSÍQUICOS	SÍNTOMAS SOMÁTICOS
Craving (deseo de fumar)	Estreñimiento
Irritabilidad, ansiedad	Cefalea
Irritabilidad, nerviosismo	Anteraciones del EEG
Frustración, rabia	Bradicardia
Tristeza, melancolía	Hipotensión
Dificultad de concentración	Aumento del apetito
Cansancio, inapetencia por labores habituales	Ganancia de peso
Insomnio	

Fuente: (Guerrero, 2019).

La evolución de todos estos síntomas se da hasta un tiempo máximo de 72 horas, en los que generalmente el individuo recae en el consumo. Se conoce que los síntomas pueden durar hasta 3 semanas y empezar su declive a partir de la cuarta. (Rigotti, 2016).

4.13. Test de Fagerstrom

El Test de Fagerström es la herramienta más utilizada para determinar el nivel de dependencia a la nicotina (FTND por sus siglas en inglés), fue creada por el Dr Karl Fagerstrom en el año 1978 consistía de un cuestionario de 8 preguntas, en donde se obtenía de una forma autoinformada, breve y práctica, información sobre la dependencia fisiológica de la nicotina., en esta versión se interpretaba como dependencia ligera si el valor era menor de 3 puntos, moderada de 3 a 6 puntos y alta si se obtenía un valor mayor a 7 puntos , aunque esta forma de calificar se mantiene, se realizaron cambios, ya que luego de estudios para validarlo se eliminó las preguntas que no tenían un alfa Cronbach satisfactorio y se estableció en 1991 su versión mejorada, donde se eliminan dos preguntas (el total de nicotina de la marca de cigarrillos y si hay inhalación del humo). Siendo esta versión mucho más efectiva por enfocarse en las preguntas que están más relacionadas con consumo excesivo y severo de tabaco, se han establecido propiedades psicométricas que han demostrado una consistencia interna estándar de 0,72. (Roa-Cubaque, 2016).

Una revisión sistemática del 2009, menciona que la especificidad y sensibilidad de este test, es del 80% y 70%, respectivamente, algo por de más aceptable comparado con otros cuestionarios que se utiliza para este tipo de enfermedades. Por otro lado, se encontró que 8 estudios cumplían con cualidades psicométricas que avalan el uso efectivo de este test en personas con trastornos psiquiátricos y otros 5 en personas con cáncer de pulmón. Por todo esto consideramos que FTND es el mejor test para ser aplicado en nuestro estudio.

5. Metodología

El presente trabajo de investigación se desarrolló en los estudiantes de Medicina Humana del régimen 2009, donde se incluyen desde el sexto hasta el décimo ciclo, del del área de la salud humana de la Universidad Nacional de Loja, el periodo octubre del 2020- agosto del 2021.

5.1. Enfoque

Cuantitativo.

5.2. Tipo de diseño

Se usó diseño descriptivo de tipo prospectivo y de cohorte transversal.

5.3. Unidad de Estudio

La siguiente investigación se realizó en los estudiantes de carrera de medicina humana, régimen 2009, de la facultad de salud humana de la Universidad Nacional de Loja.

5.4. Universo

El universo estuvo conformado por 312 estudiantes de la carrera de Medicina Humana del régimen 2009 de la Universidad Nacional de Loja, de sexto a décimo ciclo.

5.5. Muestra

La muestra fue de 70 estudiantes de la carrera de medicina humana del régimen 2009 de la Universidad Nacional de Loja que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, la cual fue elegida por la técnica de muestreo probabilístico.

5.6. Criterios de Inclusión

- Estudiantes que desearon formar parte del estudio firmando el consentimiento informado.
- Estudiantes del régimen 2009 que estuvieron legalmente matriculados en el periodo octubre 2020- marzo2021.
- Estudiantes de ambos sexos.
- Estudiantes que tenían el hábito de fumar.

5.7. Criterios de Exclusión

- Estudiantes que tuvieron diagnóstico de trastornos psiquiátricos preexistentes.
- Estudiantes con formularios incompletos.

5.8. Técnicas

El presente estudio de investigación se utilizó la técnica primaria de encuesta para la recolección de los datos, enviada a través del correo universitario a todos los participantes.

5.9. Instrumentos.

5.9.1. Consentimiento informado. (Anexo 5). Se utilizó el consentimiento informado, el cual garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en una investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los objetivos de la misma, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.

5.9.2. Escala de calificación de ansiedad de Hamilton. (Anexo 6). Se usó la escala de calificación de ansiedad de Hamilton, la cual fue diseñada en 1959 Max R Hamilton y a día de hoy sigue siendo una de las más utilizadas. Es una escala clínica calificada, que está destinada a proveer un análisis de la severidad de la ansiedad en adultos, jóvenes, y niños. Esta puntuación está basada sobre la calificación compuesta de catorce criterios individualmente evaluados. Una puntuación de 17 o menos, indica leve ansiedad. Una puntuación entre 18 y 24, indica leve a moderada ansiedad. Finalmente, una puntuación de 25 a 30, indica ansiedad moderada a severa. (Sabater, 2018).

5.9.3. Test de Fagerström (Anexo 7). Y por último se usó el test de Fagerström, la cual es una prueba que creó en el año 1978 el doctor Karl Fagerström, uno de los mayores expertos del mundo en tabaquismo con el nombre de Cuestionario de tolerancia de Fagerström y es utilizada para medir por medio de seis preguntas el nivel de adicción en los fumadores. El test se utiliza para evaluar el grado de dependencia física de un fumador a la nicotina. Para la valoración a la dependencia a la nicotina se toma en cuenta el siguiente puntaje; una dependencia muy baja con valores de 0-1, baja para valores de 2-3, moderada para valores de 4-5, alta para valores de 6-7, muy alta para valores mayores a 7.

5.10. Procedimiento

Luego de una exhaustiva revisión bibliográfica se procedió a solicitar la aprobación y pertinencia del proyecto (**Anexo 1**), a la dirección de la carrera de Medicina Humana, posterior la designación del director de trabajo de titulación, luego se realizaron los trámites correspondientes para recopilar los datos con las autoridades del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, dado este, se aplicó el consentimiento informado, así como la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Test de Fagestrom mediante una encuesta virtual a través del e-mail universitario, obtenidos los datos se procedió a analizar los mismos, y con esto la obtención de resultados y la elaboración de conclusiones correspondientes.

5.11. Recursos Humanos y Materiales

5.11.1. Recursos humanos

- Estudiante investigador: Bryan Andrés Sánchez Quezada.

- Director de investigación: Docente de la carrera de medicina.
- Alumnos de la carrera de medicina humana- régimen 2009 de la Universidad Nacional de Loja periodo octubre2020-marzo2021.

5.11.2. Recursos materiales

- Computadora.
- Impresora.
- Materiales de oficina
- Internet.
- Transporte.
- Hoja de recolección de datos.

5.12. Análisis Estadístico

Luego de obtenida la información, se procedió a tabular los datos para lo cual se utilizará el programa de Microsoft Office Excel 2019, además del programa estadístico SPSS para prueba Chi², y la presentación de los resultados serán presentados en tablas.

6. Resultados

6.1. Resultados para el primer objetivo.

Determinar el grado de ansiedad en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja, según grupo de edad y sexo.

6.1.1. Tabla 1. Grados de ansiedad en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja, según grupo de edad y sexo.

Grados de Ansiedad	Sexo y Grupo Etario									
	Masculino				Femenino				Total	
	22 a 25 años		26 a 29 años		22 a 25 años		26 a 29 años			
<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Leve	23	32.86%	2	2.86%	27	38.57%	2	2.86%	54	77.14%
Leve-Moderada	3	4.29%	0	0.00%	4	5.71%	2	2.86%	9	12.86%
Moderada-Severa	3	4.29%	0	0.00%	3	4.29%	1	1.43%	7	10.00%
Total	29	41.43%	2	2.86%	34	48.57%	5	7.14%	70	100.00%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Bryan Andrés Sánchez Quezada

Análisis: Como se puede observar en la tabla el 55.71% (n=39) de estudiantes de la carrera de Medicina del régimen 2009 pertenecen al sexo femenino y un 44.29% (n=31) al sexo masculino; el 90% (n=63) tienen edades comprendidas entre 22 a 25 años y un 10% (n=7) tienen edades comprendidas entre 26 a 29 años. El 77.14% (n=54) presenta ansiedad leve seguido del 12,86% (n=9) con grado de ansiedad leve moderada y el 10% (n=7) con grado de ansiedad moderada-severa.

6.2. Resultados para el segundo objetivo.

Conocer el grado de dependencia a la nicotina en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja, según grupo de edad y sexo.

6.2.1. Tabla 2. Dependencia a la nicotina en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja, según grupo de edad y sexo.

Dependencia a la Nicotina	Sexo y Grupo Etario									
	Masculino				Femenino				Total	
	22 - 25		26 - 29		22 - 25		26 - 29			
<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Muy Baja	20	28.57%	2	2.86%	13	18.57%	4	5.71%	39	55.71%
Baja	6	8.57%	0	0.00%	13	18.57%	0	0.00%	19	27.14%
Moderada	1	1.43%	0	0.00%	6	8.57%	1	1.43%	8	11.43%
Alta	2	2.86%	0	0.00%	1	1.43%	0	0.00%	3	4.29%
Muy alta	0	0.00%	0	0.00%	1	1.43%	0	0.00%	1	1.43%
Total	29	41.43%	2	2.86%	34	48.57%	5	7.14%	70	100.00%

Fuente: base de datos

Elaboración: Bryan Andrés Sánchez Quezada

Análisis: Del grupo de estudio el 55,71% (n=39) presentan una dependencia muy baja a la nicotina seguido del 27,14% (n=19) presentan dependencia baja y el 11,43% (n=8) dependencia moderada. Con respecto al sexo y edad, el 28.57% (n=20) de sexo masculino y rango de edad de 22 a 25 años presentan grado de dependencia a la nicotina muy bajo, por otra parte, el 18.57% (n=13) que corresponde al sexo femenino con un rango de edad de 22 a 25 años presentan grado de dependencia a la nicotina muy bajo y bajo.

6.3. Resultados para el tercer objetivo.

Establecer la relación entre ansiedad y dependencia a la nicotina en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja.

6.3.1. Tabla 3. Relación entre ansiedad y dependencia a la nicotina en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja.

Grado de Ansiedad	Dependencia a la Nicotina										Total	
	Muy baja		Baja		Moderada		Alta		Muy alta			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Leve	31	44.29	17	24.29	5	7.14	1	1.43	0	0.00	54	77.14
Leve- Moderada	5	7.14	1	1.43	2	2.86	0	0.00	1	1.43	9	12.86
Moderada- Severa	3	4.29	1	1.43	1	1.43	2	2.86	0	0.00	7	10.00
Total	39	55.71	19	27.14	8	11.43	3	4.29	1	1.43	70	100.00

Fuente: Base de datos

Elaboración: Bryan Andrés Sánchez Quezada

Tabla 4. *chi cuadrado* Relación entre ansiedad y dependencia a la nicotina en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja.

		DEPENDENCIA
ANSIEDAD	Chi cuadrado	20,622
	Grados de libertad	8
	Valor de p	0,008

Análisis: Al establecer la relación de las variables mediante la prueba de chi cuadrado, se obtuvo un valor de p de 0,008 es decir que existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la dependencia a la nicotina.

7. Discusión

Este trabajo de investigación está orientado a establecer la relación existente entre los grados de ansiedad y la dependencia a la nicotina en estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Loja, de ambos sexos comprendidos entre las edades de 22 a 29 años, revisando a su vez las diferencias existentes en el grado de ansiedad y el nivel de dependencia a la nicotina de acuerdo al grupo etario (22 a 25 años y de 26 a 29 años) así como entre sexos.

Es así que, en el presente estudio, la ansiedad leve constituyó el 77.14%, (n=54), en especial mujeres 38.57% en edades de 22 a 25 años y 2.86% en edades de 26 a 29 años, lo cual es un hallazgo relativamente positivo debido a que este es el menor grado de ansiedad del test de Hamilton, resultados que difieren a lo expuesto en diversos estudios realizados en estudiantes universitarios, Bayram & Bilgel en el 2008 con una población de 1617 estudiantes, denotó niveles de ansiedad de moderado a severo en el 47.1% de la población (Bayram & Bilgel, 2008). De igual forma, en España, Balanza, Morales, & Guerrero, denota que el 47,1% de los estudiantes universitarios poseen niveles de ansiedad elevados, y una alta probabilidad de sufrir trastornos de ansiedad (Balanza, Morales, & Guerrero, 2009).

La relación hombre/mujer para su porcentaje total referente al sexo también se vio evidenciada en el estudio, denotando similitud en los porcentajes de manifestación en los distintos grados de ansiedad, con leve superioridad en el sexo masculino sobre el femenino. Sin embargo, en el estudio de Arenas en el año 2009 describe que los trastornos de ansiedad son de 2 a 3 veces más frecuentes en el sexo femenino (Arenas & Araceli, 2009).

En cuanto al consumo de tabaco, mediante la aplicación del test de Faguestrom, el 55,71% (n=39) de la población estudiada presenta dependencia muy baja a la nicotina, 27.14% (n=19) refiere dependencia baja, y en orden descendente se observa dependencia en grado moderado, alto y muy alto (11.43%, 4.29% y 1.43% respectivamente); también según grupo etario y sexo, la edad entre 22 a 25 años presenta dependencia muy baja a la nicotina, así como el sexo masculino con el mismo grado de dependencia (47.14% y 31.43% respectivamente). Tomando en cuenta que el 23% de la población adulta según el CONSEP, es consumidor de cigarrillo en el Ecuador cifras muy cercanas se encontraron en México y Colombia donde se estableció una prevalencia entre el 25% al 30% (Gallardo & Ramírez, 2012).

Además, se encuentra relación entre los resultados del presente estudio y otros estudios similares, como es mayor frecuencia de casos en ansiedad leve y dependencia muy baja a la nicotina, por ejemplo, un estudio realizado en alumnos fumadores de la PUCE en el año 2012, donde estableció que la dependencia leve a la nicotina es del 82%, mientras el 13% presenta una

dependencia moderada y apenas el 5% de los estudiantes presenta una dependencia severa (Gallardo & Ramírez, 2012).

En cuanto a la relación entre el grado de ansiedad y dependencia a la nicotina podemos observar que la mayor proporción de casos se encuentra en ansiedad leve asociada a dependencia muy baja a la nicotina (44.29%) y ansiedad leve con dependencia baja a la nicotina (24.29%), lo cual denota que los individuos con niveles de ansiedad leve poseen 1,8 veces más riesgo de presentar dependencia muy baja que dependencia baja, y 6.2 veces más riesgo de presentar asociación con dependencia moderada, hecho similar a los hallazgos de un estudio desarrollado en el año 2016, en el cual se encontró que los trastornos de ansiedad fueron significativamente más frecuentes en personas con dependencia a la nicotina, que en población no dependiente (Besson & Forget, 2016; Breslau, Johnson, Hiripi, & Kessler, 2001).

Es así que este estudio concluye que los individuos con ansiedad leve constituyen el 44.29% en mostrar dependencia nicotínica muy baja.

8. Conclusiones

Se determinó que la mayoría de estudiantes de la carrera de Medicina del régimen 2009 que participaron en el estudio pertenecen al sexo femenino, el mayor porcentaje tienen edades comprendidas entre 22 a 25 años y presentan un grado de ansiedad leve; seguido del grado de ansiedad leve moderada y del grado de ansiedad moderada-severa.

Del grupo de estudio se conoce que la mayor proporción presenta una dependencia muy baja a la nicotina seguido de la dependencia baja y de la dependencia moderada. Con respecto al sexo y edad, el sexo masculino y rango de edad de 22 a 25 años presentan grado muy bajo de dependencia a la nicotina, por otra parte, el sexo femenino con un rango de edad de 22 a 25 años presenta grado muy bajo y bajo de dependencia a la nicotina.

Al establecer la relación de las variables se obtuvo un valor de p estadísticamente significativo entre la ansiedad y la dependencia a la nicotina.

9. Recomendaciones

A la unidad de bienestar Universitario de la UNL, se recomienda realizar campañas informativas que concientice sobre el hábito tabáquico y su impacto negativo en la salud general, en los diferentes grupos de edad de varones y mujeres y realizar actividades de promoción de los estilos de vida saludables con mayor énfasis en los grupos de edad entre 22 a 25 años, promoviendo hábitos deportivos para disminuir el nivel de ansiedad.

A los alumnos de la carrera de medicina apoyarse en su familia y en bienestar universitario buscando otras fuentes para aliviar su ansiedad.

Al director de carrera y decano de la facultad de la salud humana socialicen el presente estudio con las autoridades universitarias para que desarrollen estrategias para prevenir el hábito de tabáquico y aplicar estrategias para el manejo de la ansiedad en los estudiantes.

10. Bibliografía

- 11th World Conference on Tobacco OR Health. (2000, 6 agosto). Cigarette Content & design. Recuperado de <http://www.biocaretherapy.com/What-is-in-a-cigarette.pdf>
- Águila, A. B. (2015, junio). Estrés académico. Recuperado 27 de diciembre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742015000200013
- Aguilera, K. (2015, 16 abril). Efectos neurobioquímicos de la nicotina en el cerebro humano. Recuperado 27 de diciembre de 2020, de <https://1library.co/document/lzgow7vq-efectos-neurobioquimicos-nicotina-cerebro-humano.html>
- Behavioral factors influencing the effects of nicotine. (2000). Piasecki M, Newhouse PA editors. Nicotine in psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Press., 59-81.
- Besson, M. (2016). Cognitive Dysfunction, Affective States, and Vulnerability to Nicotine Addiction: A Multifactorial Perspective. Recuperado 27 de diciembre de 2020, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5030478/>
- Castañeda, I., Ramirez, C., & Reyes, N. (2018, mayo). DISEÑO DE UN MANUAL DE DETECCIÓN DE ANSIEDAD SOCIAL EN ADOLESCENTES. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/158274955.pdf>
- Cedillo, B. (2017). GENERALIDADES DE LA NEUROBIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD | Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Recuperado 27 de diciembre de 2020, de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/58932>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020, 2 junio). ¿Las personas con enfermedades mentales y trastornos de consumo de drogas consumen tabaco con mayor frecuencia? Recuperado 27 de diciembre de 2020, de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/el-uso-del-tabaco-y-la-morbilidad-asociada>
- Chávez, H., Samaniego, N., & Aguilar, E. (2017). Manual de Atención Primaria en Salud Mental. Recuperado de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20ATENCION%20PRIMARIA%20EN%20SALUD%20MENTAL.pdf>
- Corominas, M., Roncero, C., & Casa, M. (2009). El sistema dopaminérgico en las adicciones. Recuperado de <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro/la-verdad-sobre-la-lamentira-479/el-sistema-dopaminergico-en-las-adicciones-1293>

- Corvalán, M. (2017). Sci-Hub: removing barriers in the way of science. Recuperado de https://sci-hub.do/?script=sci_arttext&pid=S0717-73482017000300186
- Cruz, N. P. (2007). Nicotina y Adicción: Un enfoque molecular del tabaquismo | Pérez Cruz | Revista Habanera de Ciencias Médicas. Recuperado 27 de diciembre de 2020, de <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1290>
- de Granda, J. (2018). Adicción y síndrome de abstinencia a la nicotina: integración genética,. Recuperado de https://www.revistadepatologiaspiratoria.org/descargas/PR_21-S_140-141.pdf
- Digital 3., R. (2015, 4 marzo). Fumar aumenta el riesgo de sufrir ansiedad y depresión, según estudio. Recuperado de <http://www.granma.cu/salud/2015-03-04/fumar-aumenta-el-riesgo-de-sufrir-ansiedad-y-depresion-segun-estudio>
- Edicion Médica EC. (2019, 3 abril). Ecuador entre los cinco países con más discapacidad por depresión. Recuperado de <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-es-uno-de-los-cinco-paises-con-mas-discapacidad-por-depresion-93904>
- Fillizola, C. (2018). Trastornos de ansiedad y depresión. Gómez Restrepo et al. Cuarta Edición. *Psiquiatría Clínica.*, 401-429.
- Gallardo, C. P. (2020, 29 enero). Sistema límbico: partes, funciones y enfermedades. Recuperado de <https://www.psicologia-online.com/sistema-limbico-partes-funciones-y-enfermedades-3824.html>
- Gallardo, F., & Ramirez, J. (2012). T- Puche. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5345/T-PUCE-%205571.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Guerrero, E. R. (2019, 26 abril). Consecuencias del tabaquismo y falsas creencias (I). Doctor Kuaik. <https://doctorkuaik.com/consecuencias-tabaquismo-falsas-creencias/>
- Goddard, A. W. (1997). Toward an integrated neurobiology of panic disorder. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9078988/>
- Gómez, G. (2007). Neurofisiología de la ansiedad, versus la angustia como afecto que se siente en el cuerpo. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5229790.pdf>
- Granda, P. (2017). “RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPENDENCIA FÍSICA A LA NICOTINA, ASÍ COMO SU CORRELACIÓN CON PERCEPCIÓN DE SALUD GENERAL Y USO DE CIGARRILLO ELECTRÓNICO EN ESTUDIANTES DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de

- <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13970/Tesis%20Granda%20Hernandez%2028-09.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Guatemala libre de Tabaco. (2020, 22 diciembre). Nicotina y su Efecto Adictivo. Recuperado 27 de diciembre de 2020, de https://www.url.edu.gt/otros_sitios/noTabaco/03-01nicotina.htm
- Hamilton, M. (1960). The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol*, 50-55.
- Lobo, A., Chamorro, L., & Luque, A. (2002). Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica*, 30-35.
- López, I. (2017). La neurosis como enfermedad del ánimo. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n5/editorial.pdf>
- Macías., M., Pérez, C., López, L., Beltrán, L., & Morgado, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. Recuperado de <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADas/HTML.html#:~:text=La%20ansiedad%20se%20define%20como,%2C%20agitaci%C3%B3n%2C%20preocupaci%C3%B3n%20e%20hipervigilancia.>
- Margiotta, J., Berg, D., & Dionne, V. (1987). The properties and regulation of functional Acetylcholine Receptors on Chick Ciliary Ganglion Neurons. Recuperado de <https://www.jneurosci.org/content/jneuro/7/11/3612.full.pdf>
- Martínez-Torres, J., & Peñuela Epalza, M. (2017). Prevalencia y factores asociados al consumo de cigarrillo tradicional, en adolescentes escolarizados. *Revista médica de Chile*, 145(3), 309-318. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000300004>
- Meneses, I., Zuardi, A., Loureiro, S., & Crippa, J. (2009). Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n1/v35n1a11.pdf>
- Ministerio de Sanidad / España. (2020). INFORME SOBRE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS: Recuperado 27 de diciembre de 2020, de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZqPvTvq3u9wJ:https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/InformeCigarrilloselectronicos.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
- Moscoso, F. A. (2017, 16 noviembre). “Relación entre niveles de ansiedad y dependencia física a la nicotina, así como su correlación con percepción de salud general y uso de cigarrillo electrónico en estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador”.

- Recuperado 27 de diciembre de 2020, de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13970>
- Organizacion Médica Colegio de España. (2017). Depresión y ansiedad. Madrid: International Marketing & Communications, S.A. (IM&C). Recuperado de https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion.pdf
- organización Mundial de la Salud. (2019, 24 junio). Tobacco. Recuperado de https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1
- Organizacion Mundial de la Salud. (2019, 19 diciembre). La OMS presenta un nuevo informe sobre las tendencias mundiales del consumo de tabaco. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, 2 junio). ¿Las personas con enfermedades mentales y trastornos de consumo de drogas consumen tabaco con mayor frecuencia? Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/el-uso-del-tabaco-y-la-morbilidad-asociada>
- Rigotti, N. (2016). Benefits and consequences of smoking cessation. Recuperado de <http://www.uptodate.com/contents/benefits-and-risks-of-smoking-cessation#H30936459>
- Risco, L. (2004). Ansiedad y depresión en la adolescencia. *Medwave*, 4(9), 181. <https://doi.org/10.5867/medwave.2004.09.1921>
- Roa-Cubaque, M. A. (2016, 1 diciembre). Validación del test de Fagerström para adicción a la nicotina (FTND) | Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá. Recuperado 27 de diciembre de 2020, de <http://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/185>
- Sabater, V. (2018, 8 noviembre). La escala de ansiedad de Hamilton. Recuperado 2018, de <https://lamenteesmaravillosa.com/la-escala-de-ansiedad-de-hamilton/>
- Sandi, S., & Sandi, L. (2017, 23 enero). Dependencia a tabaco y su tratamiento. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 1(1). Recuperado de <https://medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161o.pdf>
- Santesteban, G. J. R. (2017, junio). Relación entre ansiedad y ejercicio físico. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002017000200021&script=sci_arttext&tlng=pt

- Solís, M. M. S. (2018, 27 mayo). Factores de riesgo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes | RECIMUNDO. Recuperado 27 de diciembre de 2020, de <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/222>
- Tanja, M., Ulrike, Z., & Jürgen, M. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. Recuperado de [https://www.kli.psy.ruhr-uni-bochum.de/klipsy/public/margraf%20Journals%20with%20Peer-Review/Michael%20et%20al.%20\(2007\).%20Epidemiology%20of%20anxiety%20disorders.pdf](https://www.kli.psy.ruhr-uni-bochum.de/klipsy/public/margraf%20Journals%20with%20Peer-Review/Michael%20et%20al.%20(2007).%20Epidemiology%20of%20anxiety%20disorders.pdf)
- Trebilcock, J. (2017, septiembre). Tabaquismo en pacientes con diagnóstico psiquiátrico. Recuperado 26 de diciembre de 2020, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482017000300232
- Viguera Editores S.L.U. (2002). El tálamo: una puerta dinámica a la percepción : Neurología.com. Recuperado 27 de diciembre de 2020, de <https://www.neurologia.com/articulo/2001442#:~:text=La%20mayor%20ADa%20de%20la%20informaci%C3%B3n, pieza%20clave%20en%20la%20percepci%C3%B3n.>
- Wood, M., Cano, C., Iruarrizaga, A., & Dongil, E. (2009). Ansiedad y Tabaco. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300003
- World Health Organization. (2019, 30 mayo). Tabaquismo. Recuperado de <https://www.who.int/topics/tobacco/es/>

11. Anexos

11.1. Anexo 1. Pertinencia y Aprobación de Tema



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0050 DCM-FSH-UNL

PARA: Sr. Sánchez Quezada Bryan Andrés
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 12 de febrero de 2021

ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL
PROYECTO DE TESIS

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: "Ansiedad y dependencia a la nicotina en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el Dr. Vicente Ortega, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera aprobado ya que el mismo es pertinente, por tanto puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
NOT

11.2. Anexo 2. Designación de Director



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0082 DCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Vicente Ortega
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 22 de febrero de 2021

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema: "Ansiedad y dependencia a la nicotina en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja", autoría del Sr. Bryan Andrés Sánchez Quezada.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



El escaneo de este código QR genera:
TANIA VERÓNICA
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA

C.c.- Archivo, Estudiante.
NOT



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0212 DCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Miguel Marín
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

FECHA: 20 de abril de 2021

ASUNTO: **Designar Nuevo Director de Tesis**

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como nuevo director de tesis del tema: **"Ansiedad y dependencia a la nicotina en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja"**, autoría del **Sr. Bryan Andrés Sánchez Quezada**, ante el sensible e inesperado fallecimiento del Dr. Vicente Ortega.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CARRERA FARRA



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio Nro. 1688-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 25 de agosto del 2022

Dr. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo Mg. Sc.
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.

De mi consideración:

A través de un cordial y respetuoso saludo me dirijo a usted, a la vez me permito comunicarle que ha sido designado/a como Director/a de tesis del tema: **Ansiedad y dependencia a la nicotina en estudiantes de la Universidad Nacional de Loja**, autoría de **Bryan Andrés Sánchez Quezada**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
**MARIA ESTHER
REYES
RODRIGUEZ**

Dra. María Esther Reyes Rodríguez
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA (E)

C.e.- Archivo, Secretaria, Estudiante Bryan Andrés Sánchez Quezada.

Elaborado por:

Firmado digitalmente por:
CRISTINA LOJAN GUZMAN
Fecha: 2022-08-25 17:49:05:00

Ing. Ana Cristina Loján Guzmán
Secretaria de la Carrera de Medicina

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
072-571379 Ext. 102

11.3. Anexo 3. Autorización para la Recolección de Datos



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Of. Nro. 2021-0078-DFSH-UNL
Loja, 23 de febrero de 2021

Señor
Bryan Andrés Sánchez Quezada
ESTUDIANTE DEL NOVENO CICLO CARRERA DE MEDICINA HUMANA
Presente. -

De mi especial consideración:

En atención a su comunicación relacionada con el permiso para aplicar encuestas a los estudiantes de séptimo, octavo, noveno y décimo Ciclos de la Carrera de Medicina; en mi calidad de Decano de la Facultad de la Salud Humana, autorizo la aplicación de encuestas enmarcadas en su proyecto de investigación denominado: **"ANSIEDAD Y DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"**.

De la misma manera dispongo que por intermedio de Secretaria General, se otorgue al interesado los listados de todos los estudiantes matriculados en el séptimo, octavo, noveno y décimo Ciclos de la Carrera de Medicina, con su respectivo correo institucional.

Aprovecho la oportunidad para reiterar mi sentimiento de consideración y estima.

Atentamente,
**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA,
ESTA LA GLORIFICACION DE LA VIDA.**



Firmado digitalmente por:
**SANTOS AMABLE
BERMEO FLORES**

Dr. Amable Bermeo Flores, Mg. Sc.
DECANO DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

cc. Secretaria Abogada, Archivo

ABF/yadycordova

11.4. Anexo 4. Certificación de Ingles

Yo, SAULA ORDONÉZ, profesional del IDIOMA INGLES, a petición verbal del interesado.

CERTIFICO:

Que la traducción del resumen de la tesis presentada por el SR. BRYAN ANDRES SÁNCHEZ QUEZADA, con número de cédula No. 1106003204, esta correctamente realizada.

Es todo en cuanto puedo certificar, pudiendo hacer uso del presente documento para los fines pertinentes

Loja, 26 de octubre de 2022

Atentamente;



Lic. Saula Alexandra Ordoñez

Número de Registro: 1031-2021-2371529

11.5. Anexo 5. Consentimiento Informado



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

Consentimiento Informado Organización Mundial de la Salud (OMS)

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja, a quienes se invita participar en el presente estudio denominado “Dependencia del consumo de tabaco y ansiedad en estudiantes de octavo ciclo de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja”.

Autor: Bryan Andrés Sánchez Quezada.

Director de trabajo de titulación: Docente de la carrera de medicina humana.

Introducción

Yo, **Bryan Andrés Sánchez Quezada** portador de la CI. **1105003204**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, estoy realizando un estudio para determinar la dependencia del consumo de tabaco y la ansiedad en estudiantes de octavo ciclo de medicina de la Universidad Nacional de Loja, mediante el test de Fagerström y la Escala de calificación de ansiedad de Hamilton. A continuación, pongo a su disposición la información y le invito a participar de este estudio, cualquier duda estoy a su disposición.

Propósito

El propósito de este estudio es evidenciar la dependencia al tabaco y el grado de ansiedad que tienen los estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja. Al mismo tiempo demostrar la relación existente entre ambas variables.

Tipo de intervención de la investigación

Está investigación incluye los datos personales del paciente con la aplicación del test de Fagerström y la escala de Hamilton.

Selección de participantes:

Los participantes son los estudiantes de octavo ciclo de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja

Participación voluntaria

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio.

En caso de que usted acceda a participar en este estudio, se le pedirá completar el siguiente cuestionario anexo a este documento que tomará 5 minutos aproximadamente.

Información sobre los cuestionarios

El test de Fagerström es utilizado para medir por medio de seis preguntas el nivel de adicción en los fumadores. El test se utiliza para evaluar el grado de dependencia física de un fumador a la nicotina. Para la valoración a la dependencia a la nicotina se toma en cuenta el siguiente puntaje; una dependencia muy baja con valores de 0-1, baja para valores de 2-3, moderada para valores de 4-5, alta para valores de 6-7, muy alta para valores de 6-7.

La escala de calificación de ansiedad de Hamilton, Es una escala clínica calificada, que está destinada a proveer un análisis de la severidad de la ansiedad en adultos, jóvenes, y niños. Esta puntuación está basada sobre la calificación compuesta de catorce criterios individualmente evaluados. Una puntuación de 17 o menos, indica leve severidad de ansiedad. Una puntuación entre 18 y 24, indica leve a moderada severidad de ansiedad. Finalmente, una puntuación de 24 a 30, indica severidad de moderada a severa.

Procedimiento y protocolo:

Para la recolección de la información se aplicará el test de Fagerström y la escala de Hamilton.

Duración

Esta actividad tiene una duración de aproximadamente 5 minutos por cada persona y se desarrollara por medio de una encuesta digital.

Beneficios

Al participar en esta investigación el beneficio es que podrá conocer el nivel de ansiedad en los pacientes que tienen dependencia al tabaco y la relación que existe entre estas variables.

Confidencialidad

Esta investigación se realizará en los estudiantes de octavo ciclo de medicina de la Universidad Nacional de Loja que hayan aceptado participar.

Su información recopilada durante la investigación no estará disponible para otras personas y será solo de conocimiento del investigador.

Compartiendo los resultados

Toda la información obtenida al finalizar el estudio será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja. Además, ésta será manejada con absoluta reserva y confidencialidad, no se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

Derecho de negarse o retirarse

A quien contactar:

Cualquier inquietud por favor comunicarse al siguiente correo electrónico bryan.a.sanchez@unl.edu.ec o al número de celular 0982667782.



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... Portador de la cedula #..... Manifiesto que declaro en forma libre y voluntaria, con plena capacidad para ejercer mis derechos, que he sido ampliamente informado por el estudiante....., acerca de mi participación como sujeto de investigación en el presente proyecto cuyo tema es “Ansiedad y dependencia a la nicotina en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja” y los procedimientos que se llevaran a cabo. A su vez, se me ha expuesto la confidencialidad de los resultados.

Acepto se me evalúe y aplique el formulario para cual apruebo con mi firma.

.....

Nombres y Apellidos del Paciente

.....

Firma del Paciente

11.6. Anexo 6. Test de Ansiedad de Hamilton



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

La escala de ansiedad de Hamilton es uno de los cuestionarios psicológicos más utilizados para clarificar el grado de ansiedad que sufre una persona. Fue diseñada en 1959 Max R Hamilton y a día de hoy sigue siendo una de las más utilizadas. Este instrumento consta de 14 ítems. Cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta, que van desde ausente hasta muy grave.

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso.	0	1	2	3	4
Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad					
2. Tensión.	0	1	2	3	4
Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3. Temores.	0	1	2	3	4
A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
4. Insomnio.	0	1	2	3	4
Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5. Intelectual (cognitivo)	0	1	2	3	4
Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
6. Estado de ánimo deprimido.	0	1	2	3	4
Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					

7. Síntomas somáticos generales (musculares)					
Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)					
Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares.					
Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios.					
Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales.					
Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios.					
Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos.					
Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)					
Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos, sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4
Ansiedad psíquica					
Ansiedad somática					
PUNTUACIÓN TOTAL					

FIRMA:

11.7. Anexo 7. Test de Fagerstron



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

TEST DE FAGERSTRON

El test de Fagerström es una prueba que creó en el año 1978 el doctor Karl Fagerström, uno de los mayores expertos del mundo en tabaquismo con el nombre de Cuestionario de tolerancia de Fagerström y es utilizada para medir por medio de seis preguntas el nivel de adicción en los fumadores.

Nombre: _____

Por favor, conteste a las siguientes preguntas con la máxima sinceridad.

(Marque con una cruz)

1.- ¿Cuánto tiempo pasa después de despertarse hasta que se fuma el primer cigarrillo del día?

En cinco minutos o menos	3
Entre seis y treinta minutos	2
Entre treinta y sesenta minutos	1
Después de sesenta minutos	0

2.- ¿Tiene dificultad para abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?

Si	1
No	0

3.- ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?

El primero de la mañana	1
Todos los demás	0

4.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

Diez o menos	0
Entre once y veinte	1
Entre veintiuno y treinta	2
Treintaiuno o más	3

5.- ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?

Si	1
No	0

6.- ¿Fuma, aunque esté tan enfermo que tenga que pasar la mayor parte del día en la cama?

Si	1
No	0

Puntuación total: _____

11.8. Anexo 8. Tabla 5: Grado de ansiedad en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja, según grupo de edad y sexo.

GRADOS DE ANSIEDAD	GRUPOS ETARIOS				SEXO			
	22-25		26-29		Masculino		Femenino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Leve	50	79.37%	4	57.14%	25	80.65%	29	74.36%
Leve-moderado	7	11.11%	2	28.57%	3	9.68%	6	15.38%
Moderada-severo	6	9.52%	1	14.29%	3	9.68%	4	10.26%
TOTAL	63	100.00%	7	100.00%	31	100.00%	39	100.00%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Bryan Andrés Sánchez Quezada

11.9. Anexo 9. Tabla 6. Grado de dependencia a la nicotina en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja, según grupo de edad y sexo.

GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA	GRUPOS ETARIOS				SEXO			
	22-25		26-29		masculino		femenino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Muy baja	33	52.38%	6	85.71%	22	70.97%	17	43.59%
Baja	19	30.16%	0	0.00%	6	19.35%	13	33.33%
Moderada	7	11.11%	1	14.29%	1	3.23%	7	17.95%
Alta	3	4.76%	0	0.00%	2	6.45%	1	2.56%
Muy alta	1	1.59%	0	0.00%	0	0.00%	1	2.56%
TOTAL	63	100.00%	7	100.00%	31	100.00%	39	100.00%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Bryan Andrés Sánchez Quezada

11.10. Anexo 10. Base de datos.

BASE DE DATOS						
Datos generales			Test de Fagerstrom (0-10 puntos) Fagerstrom K. O. 1978.		Test de Hamilton (0-56 puntos) Hamilton M. 1960.	
Cód.	Edad (Años)	Sexo	Puntaje	Calificación	Puntaje	Calificación
001	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
002	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
003	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
004	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
005	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
006	27	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
007	23	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
008	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
009	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
010	25	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
011	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
012	25	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
013	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
014	31	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
015	21	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
016	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
017	30	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
018	25	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
019	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
020	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
021	30	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
022	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico

023	27	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
024	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
025	23	FEMENINO	5	MODERADA	9	LEVE
026	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
027	23	FEMENINO	0	MUY BAJA	22	LEVE-MODERADA
028	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
029	26	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
030	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
031	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
032	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
033	26	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
034	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
035	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
036	25	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
037	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
038	27	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
039	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
040	28	MASCULINO	1	MUY BAJA	2	LEVE
041	22	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
042	27	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
043	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
044	23	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
045	32	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
046	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
047	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
048	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico

049	21	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
050	23	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
051	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
052	22	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
053	29	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
054	21	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
055	26	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
056	25	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
057	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
058	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
059	21	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
060	29	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
061	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
062	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
063	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
064	21	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
065	22	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
066	25	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
067	26	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
068	21	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
069	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
070	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
071	24	FEMENINO	8	MUY ALTA	23	LEVE-MODERADA
072	22	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
073	26	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico

074	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
075	23	MASCULINO	2	BAJA	5	LEVE
076	28	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
077	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
078	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
079	29	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
080	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
081	24	FEMENINO	2	BAJA	11	LEVE
082	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
083	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
084	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
085	23	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
086	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
087	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
088	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
089	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
090	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
091	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
092	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
093	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
094	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
095	25	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
096	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
097	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
098	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
099	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico

100	22	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
101	26	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
102	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
103	23	MASCULINO	0	MUY BAJA	1	LEVE
104	26	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
105	22	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
106	25	MASCULINO	1	MUY BAJA	8	LEVE
107	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
108	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
109	25	MASCULINO	0	MUY BAJA	5	LEVE
110	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
111	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
112	25	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
113	25	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
114	25	MASCULINO	0	MUY BAJA	0	LEVE
115	24	FEMENINO	0	MUY BAJA	10	LEVE
116	25	FEMENINO	3	BAJA	10	LEVE
117	25	MASCULINO	0	MUY BAJA	21	LEVE-MODERADA
118	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
119	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
120	25	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
121	25	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
122	25	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
123	23	FEMENINO	2	BAJA	14	LEVE
124	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
125	23	FEMENINO	2	BAJA	13	LEVE
126	24	FEMENINO	2	BAJA	0	LEVE
127	25	FEMENINO	4	MODERADA	3	LEVE
128	23	FEMENINO	0	MUY BAJA	4	LEVE
129	23	FEMENINO	2	BAJA	6	LEVE

130	27	FEMENINO	1	MUY BAJA	23	LEVE-MODERADA
131	25	MASCULINO	5	MODERADA	18	LEVE-MODERADA
132	25	FEMENINO	2	BAJA	9	LEVE
133	23	FEMENINO	0	MUY BAJA	8	LEVE
134	23	MASCULINO	1	MUY BAJA	12	LEVE
135	28	FEMENINO	4	MODERADA	28	MODERADA-SEVERA
136	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
137	23	MASCULINO	1	MUY BAJA	6	LEVE
138	25	FEMENINO	0	MUY BAJA	6	LEVE
139	23	MASCULINO	0	MUY BAJA	14	LEVE
140	25	FEMENINO	1	MUY BAJA	4	LEVE
141	22	FEMENINO	5	MODERADA	12	LEVE
142	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
143	24	MASCULINO	1	MUY BAJA	16	LEVE
144	24	FEMENINO	0	MUY BAJA	6	LEVE
145	24	MASCULINO	7	ALTA	7	LEVE
146	23	FEMENINO	3	BAJA	11	LEVE
147	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
148	22	FEMENINO	1	MUY BAJA	9	LEVE
149	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
150	25	FEMENINO	3	BAJA	0	LEVE
151	23	FEMENINO	4	MODERADA	15	LEVE
152	23	FEMENINO	0	MUY BAJA	29	MODERADA-SEVERA
153	22	MASCULINO	2	BAJA	8	LEVE
154	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
155	25	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
156	24	FEMENINO	1	MUY BAJA	15	LEVE
157	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
158	29	FEMENINO	1	MUY BAJA	20	LEVE-MODERADA
159	26	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
160	29	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
161	23	MASCULINO	1	MUY BAJA	6	LEVE

162	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
163	22	FEMENINO	2	BAJA	22	LEVE-MODERADA
164	24	FEMENINO	3	BAJA	10	LEVE
165	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
166	25	MASCULINO	0	MUY BAJA	5	LEVE
167	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
168	23	MASCULINO	0	MUY BAJA	14	LEVE
169	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
170	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
171	38	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
172	23	FEMENINO	6	ALTA	27	MODERADA-SEVERA
173	23	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
174	26	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
175	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
176	23	FEMENINO	4	MODERADA	21	LEVE-MODERADA
177	26	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
178	23	FEMENINO	0	MUY BAJA	10	LEVE
179	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
180	27	FEMENINO	0	MUY BAJA	8	LEVE
181	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
182	22	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
183	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
184	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
185	24	MASCULINO	1	MUY BAJA	13	LEVE
186	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
187	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
188	22	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico

189	30	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
190	23	MASCULINO	1	MUY BAJA	5	LEVE
191	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
192	22	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
193	27	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
194	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
195	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
196	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
197	34	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
198	25	MASCULINO	0	MUY BAJA	18	LEVE-MODERADA
199	26	MASCULINO	0	MUY BAJA	0	LEVE
200	23	MASCULINO	1	MUY BAJA	4	LEVE
201	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
202	25	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
203	23	MASCULINO	1	MUY BAJA	14	LEVE
204	23	MASCULINO	3	BAJA	5	LEVE
205	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
206	26	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
207	33	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
208	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
209	23	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
210	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
211	24	MASCULINO	2	BAJA	2	LEVE
212	25	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
213	23	MASCULINO	2	BAJA	11	LEVE
214	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
215	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
216	24	MASCULINO	7	ALTA	47	MODERADA-SEVERA

217	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
218	23	MASCULINO	0	MUY BAJA	2	LEVE
219	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
220	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
221	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
222	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
223	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
224	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
225	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
226	28	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
227	23	FEMENINO	1	MUY BAJA	32	MODERAD A-SEVERA
228	25	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
229	29	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
230	26	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
231	25	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
232	25	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
233	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
234	27	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
235	29	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
236	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
237	23	FEMENINO	2	BAJA	11	LEVE
238	23	FEMENINO	1	MUY BAJA	6	LEVE
239	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
240	27	FEMENINO	0	MUY BAJA	14	LEVE
241	24	FEMENINO	4	MODERADA	10	LEVE
242	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
243	26	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
244	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico

245	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
246	25	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
247	21	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
248	23	FEMENINO	2	BAJA	15	LEVE
249	27	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
250	29	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
251	25	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
252	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
253	22	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
254	28	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
255	22	MASCULINO	0	MUY BAJA	14	LEVE
256	23	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
257	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
258	22	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
259	28	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
260	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
261	22	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
262	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
263	22	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
264	21	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
265	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
266	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
267	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
268	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
269	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
270	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico

271	25	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
272	23	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
273	23	MASCULINO	1	MUY BAJA	27	MODERAD A-SEVERA
274	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
275	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
276	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
277	24	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
278	23	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
279	29	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
280	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
281	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
282	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
283	27	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
284	25	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
285	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
286	30	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
287	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
288	24	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
289	22	MASCULINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
290	22	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico
291	25	MASCULINO	2	BAJA	28	MODERAD A-SEVERA
292	23	FEMENINO	Incompleto	Sin diagnóstico	Incompleto	Sin diagnóstico

11.11. Anexo 11. Proyecto de tesis.



**Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana**

Proyecto de Tesis

Tema:

**Ansiedad y dependencia a la nicotina en
estudiantes de medicina humana de la Universidad
Nacional de Loja**

Autor:

Bryan Andrés Sánchez Quezada

Loja – Ecuador

Año: 2020

12. Tema

**Ansiedad y dependencia a la nicotina en estudiantes de medicina humana de la
Universidad Nacional de Loja**

13. Problemática

Los trastornos mentales son un problema de salud pública, debido al creciente aumento en su prevalencia. Entre estos, la ansiedad se considera uno de los más frecuentes en personas de cualquier edad. (Macías. et al., 2019).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó una prevalencia de los trastornos de ansiedad (TA) a nivel mundial del 3.6%. Cada país ha reportado una prevalencia diferente, en un rango entre 2.4 y 25%, como es el caso de Italia y Nueva Zelanda respectivamente. (Macías. et al., 2019).

En Ecuador, la prevalencia del trastorno de ansiedad es de 2,1% y 4,9% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y de años perdidos por discapacidad (APD). (Edición Médica EC, 2019).

En cuanto al cigarrillo, según el informe mundial de la OMS sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco en 2000-2015 (tercera edición), durante casi las dos últimas décadas el número total de consumidores de tabaco a nivel mundial ha disminuido de 1 397 000 millones en 2000 a 1 337 000 millones en 2018, lo que supone aproximadamente una reducción de 60 millones de personas. Esto debido en gran medida a la disminución del número de mujeres que consumen estos productos (346 millones en 2000, frente a 244 millones en 2018, lo que supone una reducción de alrededor de 100 millones). Durante el mismo período, el número de hombres consumidores de tabaco aumentó en unos 40 millones, pasando de 1 050 000 millones en 2000 a 1 093 000 millones en 2018. (Org. Mundial de la Salud, 2019).

La Encuesta Nacional de Salud de Colombia realizada en el año 2007 mostró que, entre los adolescentes de 12 a 17 años, la estimación de la categoría fumador actual de tabaco fue de 2,4%. Para las edades de 18 a 69 años, la prevalencia de tabaquismo en hombres se calculó en 19,5% y en mujeres de 7,4%, con 12,8% para el total de la población. (Martínez-Torres & Peñuela Epalza, 2017, p. 310).

Esta prevalencia también varía ampliamente entre países. Entre los cuales se cuenta con información estandarizada y comparable, la mayor prevalencia se da en Chile (38,7%), y las menores, en Ecuador y Panamá (7,4% y 6,5%, respectivamente). Al desgregar por sexo, se observa que esta prevalencia es más alta en los hombres. Sin embargo, en Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos y Uruguay, las prevalencias (considerando los intervalos de confianza), demuestran que no hay una gran diferencia entre ambos sexos, debido al mencionado fenómeno de feminización del consumo de tabaco en la región. (OMS, 2017).

En los estudios epidemiológicos se ha logrado constatar, que el porcentaje de fumadores que posee un diagnóstico de trastorno mental, comparado con la población general. (Trebilcock,

2017).

Además, en los últimos años se ha encontrado una importante relación entre el consumo de tabaco y distintos trastornos de salud mental, especialmente depresión, ansiedad, esquizofrenia y alcoholismo. Así, en la década de los noventa, toda una serie de estudios han mostrado de modo claro y consistente la relación entre fumar y depresión, o entre fumar y trastornos de ansiedad. («Behavioral factors influencing the effects of nicotine.», 2000, p. 70).

Los índices de tabaquismo más altos se dieron entre las personas con enfermedades mentales menores de 45 años, las personas con bajo nivel de educación y las personas que viven por debajo del umbral de pobreza. (CDC 2020). Datos longitudinales de la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud (NSDUH) indican que el tabaquismo entre los adultos con trastornos crónicos ha disminuido significativamente, pero continúa siendo particularmente alto entre quienes reportan ansiedad, depresión y trastornos por consumo de drogas. Se cree que el tabaquismo tiene más prevalencia entre las personas con depresión y esquizofrenia porque la nicotina podría aliviar temporalmente los síntomas de estas enfermedades, como la poca concentración, el estado de ánimo deprimido, ansiedad y el estrés. (National Institut of Health, 2020). La literatura científica coincide en señalar que el fumar aumenta el riesgo de padecer ansiedad y depresión. (Digital 3., 2015).

El consumo de cigarrillo se encuentra estrechamente asociado a la dependencia generada a la nicotina, en la cual, el individuo puede llegar a sufrir síntomas cognoscitivos de comportamiento, sumado a la imperiosa necesidad de consumir la sustancia repetidamente. Aunque no está incluido específicamente en los criterios diagnósticos, el craving se observa en la mayoría de las personas que denotan dependencia nicotínica. (Corvalán, 2017).

Los tipos de trastorno mental en los cuales se encontró mayor porcentaje de pacientes con adicción a la nicotina son: trastornos por consumo de alcohol, trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad. (National Institut of Health, 2020).

Por lo antes mencionado y al no existir estudios en la provincia de Loja sobre la relación existente entre la ansiedad y el consumo de tabaco, es necesario realizar el abordaje e investigación sobre este tema en aquellas personas que presentan este hábito tabáquico y la manifestación de ansiedad, con el fin de valorar estas variables y conocer el efecto nocivo sobre la mente humana, para lograr una mejoría en su calidad de vida y prevenir la presentación de estas alteraciones; por tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cuál es la relación entre los grados de ansiedad y dependencia a la nicotina en los estudiantes de la carrera de medicina humana del régimen 2009 de la Universidad Nacional de Loja durante el periodo octubre 2020 – agosto 2021?

14. Justificación

La ansiedad es un problema trascendental en la actualidad debido a su elevada prevalencia entre las personas, tal es el caso, que el informe de salud de las Américas-Ecuador publicado por la OMS, reporta un incremento de 66 a 99 casos de ansiedad en promedio por 100.000 habitantes entre los años 2008 y 2010. (Chávez et al., 2017).

En el Ecuador existe poca información de morbilidad psiquiátrica, y mucho más aún de ansiedad en estudiantes universitarios. La presente investigación surge de esta necesidad, en la cual es de gran interés conocer la correlación entre los grados de ansiedad existentes en la población universitaria, con la dependencia al consumo de nicotina mediante el hábito de fumar tabaco, proporcionando así información que será útil a toda la comunidad educativa para mejorar el conocimiento sobre la ansiedad y el consumo de tabaco, para esclarecer dudas respecto a este importante tema que afecta a todos los sectores de la sociedad.

Por ende, la siguiente investigación va dirigida a los estudiantes de medicina humana del régimen 2009 de la Universidad Nacional de Loja, en quienes será realizado, con la finalidad de conocer y determinar el impacto del consumo del tabaco sobre el estado anímico de sus consumidores, como un factor de riesgo psicosocial de gran importancia en la actualidad, para así aportar al conocimiento del riesgo y perjuicio a la salud, permitiendo una mejor comprensión de este problema.

La presente investigación pertenece a la tercera línea de investigación, “Salud-enfermedad del adulto y adulto mayor en la Región Sur del Ecuador o Región Siete” de la Carrera de Medicina Humana de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

15. Objetivos

Objetivo General

- Identificar los grados de ansiedad y dependencia a la nicotina en los estudiantes de la carrera de medicina humana del régimen 2009 de la Universidad Nacional de Loja durante el periodo octubre 2020 - agosto2021.

Objetivos Específicos

- Determinar el grado de ansiedad en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja, según grupo de edad y sexo.
- Conocer el grado de dependencia a la nicotina en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja, según grupo de edad y sexo.
- Establecer la relación entre ansiedad y dependencia a la nicotina en los estudiantes de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja.

5. Esquema de Marco Teórico

5.1 Ansiedad

5.1.1 Definición y reseña histórica.

5.1.2 Epidemiología.

5.1.3 Etiología.

5.1.4 Clasificación.

5.1.5 Manifestaciones clínicas.

5.2 Causas Orgánicas de la Ansiedad

5.2.1 Fármacos y otras sustancias.

5.3 Factores Biológicos

5.3.1 Predisposición genética.

5.3.2 Déficit gabaérgico.

5.3.3 Actividad excesiva de la Norepinefrina.

5.3.4 Disfunción del sistema límbico.

5.4 Factores Psicológicos

5.5 Factores Psicosociales

5.6 Factores Traumáticos

5.7 Neurobiología Ansiedad

5.7.1 Modelo neuroanatómico de la ansiedad.

5.8 Escala de Ansiedad de Hamilton

5.9 Ansiedad y Tabaco

5.10 Consumo de Tabaco

5.10.1 Fumador.

5.10.1.1 Fumador diario.

5.10.1.2 Fumador ocasional.

5.11 Tabaco

5.12 Nicotina

5.12.1 Epidemiología.

5.12.2 Absorción.

5.12.3 Fisiopatología de consumo de nicotina.

5.12.4 Dependencia a la nicotina.

5.12.5 Dependencia psicológica a la nicotina.

5.12.6 Dependencia física a la nicotina.

5.12.7 Síndrome de abstinencia.

16. Metodología

6.1 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Sexo	En biología, el sexo es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.	Fenotipo	Tipo de sexo	Femenino Masculino
Edad	La edad o edad biológica es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta el momento en que se hace el cálculo o hasta la fecha de su fallecimiento si fuera el caso.	Biológica	Fecha de nacimiento que este registrado en la cédula	21 - 22 años 23- 24 años 25 - 26 años
Grado de ansiedad	Es una escala clínica calificada, que está destinada a proveer un análisis de la severidad de la ansiedad en adultos, jóvenes, y niños.	Perceptiva	Escala de ansiedad de Hamilton	Leve (0 – 17) Leve a moderada (18 – 24) Moderada a severa (25– 30)
Grado de dependencia a la nicotina	Cuestionario de tolerancia de Fagerström y es utilizada para medir por medio de seis preguntas el nivel de adicción en los fumadores.	Perceptiva	Test de fagerström	Muy baja (0 – 1) Baja (2 – 3) Moderado (4 – 5) Alta (6 – 7) Muy alta (>7)

Cronograma

TIEMPO	2020			2021								
	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	
ACTIVIDAD												
Revisión bibliográfica	■	■	■									
Elaboración del proyecto		■	■	■	■	■	■	■				
Proceso de aprobación del proyecto				■	■							
Recolección de datos					■	■	■	■	■	■	■	
Tabulación de la información								■	■	■	■	
Análisis de datos								■	■	■	■	
Redacción del informe final									■	■	■	■
Revisión y corrección del informe final											■	■
Presentación del informe final												■

17. Presupuesto

CONCEPTO	Unidad	Cantidad	Costo unitario (USD)	Costo Total (USD)
Movilización	Combustible	23 galones	1.76	40.48
MATERIALES Y SUMINISTROS				
Hojas de papel bond	Resmas de	2	5.00	5.00
Esferos y lápices	Caja de esferos de 6	1	2,50	2,50
Impresiones a blanco/negro		0	0	0
Impresiones a		0	0	0
Internet	mes	1	35,00	35.00
Anillados	4	4	1.00	4.00
Empastados	1	1	2.50	2.50
RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS Y SOFTWARE				
		1	0	0
CAPACITACION				
Curso estadístico	0	0	0	0
EQUIPOS				
Computador	Equipo	1	1500.00	1500.00
Impresora	Equipo	1	250.00	50.00
Sub total				1649.00
(imprevistos 10%)				164.90
TOTAL				1813.90



**CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE
GRADO**

Loja, 01 de Noviembre del 2022

En calidad del tribunal calificador del trabajo de Integración curricular o de titulación titulado **Ansiedad y dependencia a la nicotina en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja**, de la autoría del Sr. Bryan Andrés Sánchez Quezada portador/a de la cédula de identidad Nro 1105003204 previo a la obtención del título de Médico General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.

APROBADO



Firmado electrónicamente por:
**ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA**

**Dra. Ana Catalina Puertas Azanza
PRESIDENTE**



Firmado electrónicamente por:
**RAUL ARTURO
PINEDA OCHOA**

**Dr. Raúl Arturo Pineda Ochoa
VOCAL PRINCIPAL 1**



Firmado electrónicamente por:
**ANGELICA MARIA
GORDILLO
INIGUEZ**

**Dra. Angelica María Gordillo Iniguez
VOCAL PRINCIPAL 2**