

Gartner, Noelia Daiana

Consumo de tabaco y nivel de ansiedad estado-rasgo en adolescentes de 15 a 18 años de la ciudad de Crespo, Entre Ríos

**Tesis de Licenciatura en Psicología
Facultad “Teresa de Ávila” - Paraná**

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central “San Benito Abad”. Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Gartner, N. D. (2016). *Consumo de tabaco y nivel de ansiedad estado-rasgo en adolescentes de 15 a 18 años de la ciudad de Crespo, Entre Ríos* [en línea]. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Católica Argentina, Facultad “Teresa de Ávila”, Paraná. Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/consumo-tabaco-nivel-ansiedad.pdf> [Fecha de consulta:]



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA
ARGENTINA**

FACULTAD TERESA DE ÁVILA

Trabajo Final de Licenciatura en Psicología

Título: Consumo de tabaco y nivel de ansiedad estado-rasgo en adolescentes de 15 a 18 años de la ciudad de Crespo, Entre Ríos.

Alumna: Gartner, Noelia Daiana.

Director: Lic. Bosco, Marina.

Co-Director: Dr. Moreno, José Eduardo.

Año de presentación: 2016.

AGRADECIMIENTOS

A **Dios**, que cada día renovó mis fuerzas y Su misericordia; por Su gracia permitió que hasta acá llegue.

A mi directora, **Lic. Marina Bosco**, por su tiempo, generosidad, sostén y guía desinteresada para conmigo. Su acompañamiento en el tema a investigar elegido.

A mi co-director, **Dr. José Eduardo Moreno**, por su ayuda metodológica y transmisión de conocimientos tan nobles.

A mis **papás, abuela y hermano**, por su compañía a lo largo de toda la carrera, su apoyo y esfuerzos para que cumpla con mi sueño y meta.

A mi **novio**, que sin dudas Dios juntó nuestros caminos y te puso como un gran pilar en mi vida.

A mis **amigas** de estudio, su compañía hizo más ameno este camino.

A todas aquellas personas que se alegraron conmigo y me acompañaron en oración ante cada desafío.

“Den gracias a Dios en toda situación, porque ésta es su voluntad para ustedes en Cristo Jesús”. 1ª Tesalonicenses 5:18

INDICE

Resumen	7
Capítulo I. Introducción	10
Planteamiento del problema.....	12
Objetivos de la investigación	15
Hipótesis	16
Justificación del estudio	17
Capítulo II. Marco teórico	18
Adolescencia	18
Etapas de la adolescencia	19
Cambios en la adolescencia	19
Cambios físicos	19
Cambios cognitivos	20
Cambios psicosociales.....	21
Ansiedad	24
Diferenciación de ansiedad y miedo	24
Ansiedad adaptativa – Ansiedad desadaptativa	25
Ansiedad normal – Ansiedad patológica	26
Ansiedad estado – Ansiedad rasgo.....	27
Tabaco.....	29
Riesgos y consecuencias del consumo de tabaco.....	30
Diferencia del uso, abuso y dependencia	31
Dependencia al tabaco	32
Dependencia nicotínica física	33
Dependencia nicotínica psicológica.....	34
Propiedades reforzadores de la nicotina.....	35
Factores que inducen a los adolescentes a fumar.....	35
Consumo de tabaco y ansiedad en adolescentes	37
Estado del arte.....	39
Capítulo III. Marco metodológico.....	43
Diseño y tipo de investigación.....	43

Muestra	43
Instrumentos de recolección de datos	49
Procedimientos.....	51
Análisis de datos	51
Capítulo IV. Resultados	52
Capítulo V. Discusión, recomendaciones y conclusión.....	63
Discusión.....	63
Recomendaciones para futuras investigaciones	68
Limitaciones de la investigación.....	69
Conclusión	70
Anexos.....	72
Consentimiento informado para los alumnos	72
Explicación del inventario de ansiedad.....	73
Inventario de Ansiedad estado-rasgo (STAIC).....	74
Test de Fagerström.....	76
Referencias Bibliográficas	77

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1. Mínimos, máximos, media y desvíos de edades	44
Tabla N° 2. Sexo de los adolescentes	45
Tabla N° 3. Frecuencia y porcentaje del sexo de la muestra dependiendo de la condición de fumadores y no fumadores.....	46
Tabla N° 4. Cursos de los establecimientos educativos de los adolescentes	48
Tabla N° 5. Niveles del consumo de tabaco	53
Tabla N° 6. Niveles de ansiedad estado-rasgo y niveles de consumo de tabaco	54
Tabla N° 7. Media de las escalas de ansiedad estado-rasgo, según la variable fumadores–no fumadores y sexo.	56
Tabla N° 8. Manova de las escalas de ansiedad según fumadores – no fumadores y sexo.....	59
Tabla N° 9. Univariadas de las escalas de ansiedad según fumadores–no fumadores y sexo.....	60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Frecuencia de edades de los adolescentes	44
Gráfico N° 2. Sexo de los adolescentes	45
Gráfico N° 3. Frecuencia y porcentaje del sexo de la muestra dependiendo de la condición de fumadores y no fumadores	47
Gráfico N° 4. Cursos de los establecimientos educativos de los adolescentes	48

RESUMEN TRABAJO FINAL PARA ACCEDER A LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Título: Consumo de tabaco y nivel de ansiedad estado-rasgo en adolescentes de 15 a 18 años de la ciudad de Crespo, Entre Ríos.

Nombre de la investigadora: Noelia Daiana, Gartner.

Nombre y título de la Consejera: Lic. En Psicología Marina, Bosco.

Fecha de terminación: Marzo, 2016.

Problema

El interés principal del presente estudio fue establecer si existe relación entre los niveles de ansiedad estado-rasgo y la condición de fumadores en adolescentes de 15 a 18 años de la ciudad de Crespo, Entre Ríos.

Método

La investigación fue cuantitativa de campo, el tipo de estudio fue descriptivo-correlacional y en el tiempo, de corte transversal. Para la misma, se tomó una muestra, la cual estuvo compuesta por 200 alumnos de ambos sexos, de cuatro establecimientos educativos secundarios de la ciudad de Crespo, cuyas edades oscilaban de los 15 a 18 años y cursaban tercero, cuarto, quinto o sexto; los mismos fueron divididos en dos grupos, fumadores – no fumadores. Para la recolección de datos se solicitó a los alumnos de su colaboración de un modo voluntario para dicho estudio, informándoles sobre los objetivos del mismo, y completando su participación con el consentimiento informado en el cual se les aseguró que la identidad, datos e información de los estudiantes que participaban mantenían el anonimato y confidencialidad. Posteriormente, para los no fumadores se utilizó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC), creado por Spielberg y Cols (1982) en California; y para aquellos que manifestaban ser fumadores además de la escala de ansiedad se le añadió el Test de Fagerström para la evaluación de la dependencia a la nicotina. En cuanto a los procedimientos estadísticos, se tabularon y se procesaron los datos en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20 para Windows.

Resultados

Del total de los 100 adolescentes fumadores, un mayor porcentaje de varones (86.6%) presentaron menor dependencia que las mujeres (76.6%); mientras que las mismas, prevalecieron en niveles de dependencia mayores (17% sobre 13.2%). La ansiedad-estado de aquellos adolescentes fumadores, presentó una diferencia significativa en los que mantienen una dependencia alta al consumo de tabaco ($M=14,33$), mientras que en los adolescentes con una dependencia baja ($M=12,28$) y moderada ($M=12,13$), la ansiedad-estado fue relativamente simétrica, sin presentar diferencias significativas. Lo mismo sucedió en cuanto a la ansiedad-rasgo; se pudo observar que este nivel presentó una diferencia significativa en aquellos adolescentes con una dependencia nicotínica alta ($M=24,33$), en relación a los que mantienen una dependencia moderada ($M=21,40$) y baja ($M=20,18$). En cuanto a la ansiedad según fumadores y no fumadores, los adolescentes consumidores de tabaco presentaron un valor significativo en ansiedad-estado siendo mayor en ellos que en los no fumadores ($M=6,57$ sobre $M=5,86$); a pesar de no encontrarse diferencias significativas en ansiedad-rasgo, los adolescentes consumidores obtuvieron mayor puntuación que el grupo opuesto. Según el género, las mujeres presentaron diferencias significativas en la escala ansiedad-rasgo, principalmente en los factores de preocupación ($M=7,32$), evitación ($M=5,65$) y somatización ($M=5,18$), a diferencia de los hombres ($M=6,29$; $M=5,18$ y $M=4,72$ respectivamente); aunque no se encontraron discrepancias significativas en el nivel ansiedad-estado, las mujeres obtuvieron mayores valores que los de sexo masculino ($M=6,40$ sobre $M=6,01$). Es de resaltar que no se encontró interacción entre las variables fumadores – no fumadores y la variable sexo.

Conclusiones

A pesar de que esta investigación trabajó con una muestra intencional y acotado por lo que no se pudieron realizar generalizaciones, se comprobó que mayor cantidad de adolescentes varones consumen más tabaco en comparación con las mujeres. Los adolescentes que presentaban una alta dependencia al tabaco, mostraron considerables niveles mayores de ansiedad estado-rasgo que los que poseían una dependencia baja o moderada. A su vez los adolescentes con dependencia alta obtuvieron puntuaciones de mayor ansiedad estado-rasgo que los no fumadores. Por último, se observó que las

mujeres demostraron mantener una dependencia nicotínica superior a los hombres, mientras que mayor cantidad de ellos presentaron una dependencia menor. A su vez el sexo femenino presentó mayores índices de ansiedad estado-rasgo que los del sexo masculino.

Diversos autores afirman que la existencia de la relación entre ambas variables puede deberse a la presencia de distintos factores a los cuales son vulnerables los adolescentes. Hoy en día, al conocerse las consecuencias del consumo de tabaco, se podrían implementar talleres informativos y/o terapias que permitan a los adolescentes controlar la ansiedad de un modo más saludable.

Palabras claves

Adolescencia, consumo de tabaco, ansiedad-estado, ansiedad-rasgo.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Debido a que la adolescencia es una etapa de grandes cambios físicos, cognitivos, psicosociales, lo que ocurra en este período tendrá gran importancia en etapas posteriores de la vida, como en la adultez. Latorre y Montañés (2004), exponen que es la edad en la que se desarrollan y consolidan muchos hábitos, al mismo tiempo que se despliegan diversas conductas perjudiciales que pueden tener consecuencias inmediatas o a largo plazo para la salud. La aparición y el mantenimiento de dichas conductas pueden deberse a diferentes factores tales como personales, socioculturales y/o del entorno.

Otras de las características de toda persona, y por ende, del adolescente es que posee un sistema biológico el cual le permite experimentar ansiedad (Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005); pero Spielberger (en Ries, Vázquez, Mesa y Del Castillo Andrés, 2012) considera que para definir la ansiedad de manera adecuada hay que tener en cuenta la diferenciación, por un lado, entre ansiedad como un estado emocional inmediato que se modifica en el tiempo, caracterizado por un conjunto de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos; y por otro lado, la ansiedad como rasgo de la personalidad relativamente estable, la cual no se manifiesta directamente en la conducta.

Teniendo en cuenta la existencia de posibles factores que fomenten la aparición de hábitos tales como el consumo de cigarrillos y el mantenimiento de los mismos en la adolescencia, como así también la ansiedad que se presenta en cada persona, Becoña y Miguez (2004), afirman que diversos estudios muestran una clara relación entre su prevalencia y el consumo de tabaco.

A propósito de lo mencionado, a través de la lectura de las páginas del presente estudio, se encuentra desarrollado el período adolescente con las características más relevantes a tener en cuenta para las variables estudiadas de ansiedad estado-rasgo y fumadores – no fumadores, como así también la explicación y exposición de dichas

variables; todo esto, a partir de autores expertos e investigadores dedicados al estudio de las causas, consecuencias, impacto, etc, de los temas expuestos.

Planteamiento del problema

Formulación del problema:

La adolescencia se suele caracterizar como el período de transición entre la niñez y la edad adulta. El intervalo de edad que cubre suele fijarse entre los 11-12 años y los 18-20 (Alberca, 1996).

Más allá de las diferentes concepciones clásicas y/o contemporáneas que pueden referirse en torno a la adolescencia, se pueden encontrar algunos rasgos más o menos comunes a ellas, sea desde el punto de vista biológico y fisiológico. En cuanto al desarrollo físico, se alcanza la etapa final del crecimiento, con el comienzo de la capacidad de reproducción, pudiendo decirse que la adolescencia se extiende desde la pubertad hasta el desarrollo de la madurez reproductiva completa; desde el punto de vista cognitivo, la mocedad se caracteriza por la aparición de profundos cambios cualitativos en la estructura del pensamiento. A la par de las intensas transformaciones que caracterizan esta fase de la vida, el concepto de adolescencia sufre modificaciones sociales, incluyendo el carácter cultural, donde este término evoluciona de acuerdo a los cambios que experimentan las sociedades, dentro de una misma sociedad y de un grupo a otro. Es a partir de las representaciones que cada sociedad construye al respecto de la adolescencia, por tanto, que se definen las responsabilidades y los derechos que deben ser atribuidos a las personas en esa franja etaria (Dávila León, 2004).

Según Graber (en Facio, Resett, Mistrorigo y Micocci, 2006):

El estudio de la ansiedad en la adolescencia ha sido relativamente olvidado por los investigadores, aunque se sabe que se incrementa durante este período de la vida, en comparación con la niñez y que las chicas la padecen en mayor grado que los muchachos (p. 129).

En estos últimos tiempos se ha encontrado que la ansiedad se presenta con mayor frecuencia a comparación de siglos anteriores. Además, la misma, “constituye un elemento central en psicopatología. Es un componente presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos y psicosomáticos” (Belloch, Sandín y Ramos, 2009, p. 44).

Es importante determinar cuando la ansiedad es un estado emocional o cuando es un rasgo de la personalidad (Cía, 2007). Spielberger (en Cía, 2007) sostiene que un **estado ansioso**, se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión, y por una actividad elevada del sistema nervioso autónomo; mientras que la **tendencia ansiosa o rasgo ansioso**, ha sido definida como una diferencia individual, relativamente estable en la predisposición ansiosa. En estudios se ha encontrado que “los fumadores tienen una ansiedad rasgo mayor que los no fumadores o los que fuman pocos cigarrillos” (Becoña, 2003, p. 70).

Así como las personas varían en su tendencia a experimentar síntomas ansiosos, también varían en sus temores respecto a dicho síntomas. Para la mayor parte de las personas la ansiedad es displacentera, mientras que para otras es aterradorante (Goldman, en Herrera y Gómez, 2001).

La sensibilidad ansiosa se refiere a los temores, a los síntomas ansiosos basados en creencias de que dichos síntomas pueden tener consecuencias dañinas. Las personas varían en su tendencia a experimentar ansiedad; algunos la viven ante una mínima provocación, mientras que otros lo hacen solo bajo circunstancias estresantes muy extremas. Es preciso distinguir sensibilidad ansiosa de ansiedad anticipatoria, éste último implica un estado de ansiedad provocado por una expectativa amenazante (Cía, 2007).

Si nos remitimos al consumo, “fumar tabaco es una conducta que realizan a diario millones de personas en distintas partes del mundo” (Becoña, 2010, p. 11), “es una de las principales problemáticas que presenta el mundo actual” (Cabrera Gutiérrez, Brito Londoño, Calderón Dimaté, Devia Correa y González Páez, 2012, p. 361).

El tabaco se incluye dentro del grupo de sustancias que pueden producir una estimulación en el sistema nervioso. Se conoce comúnmente como una droga institucionalizada. Es capaz de causar dependencia psíquica o física (Martí Tusquets y Murcia Grau, 1988), y esto es debido a que el organismo asimila los efectos de la nicotina (Cabrera Gutiérrez y otros, 2012).

Hughes (en Becoña, 2003) fue una de las primeras personas en encontrar relación entre ansiedad y fumar. En su estudio realizado con pacientes psiquiátricos,

encontraron que en la mayoría de los trastornos las personas que los padecían fumaban significativamente más que en la población normal.

En consecuencia de lo mencionado anteriormente, el interrogante que guía esta investigación y el cual se intentará responder es el siguiente: ¿existe diferencia en los niveles de ansiedad estado-rasgo entre adolescentes consumidores de tabaco y los no consumidores cuyas edades estén comprendidas entre 15 y 18 años de la ciudad de Crespo, Entre Ríos y se encuentra desigualdad en los niveles de ansiedad estado-rasgo y consumo de tabaco según el sexo de los adolescentes de dicha ciudad?

Objetivos de la investigación:

Objetivo general:

- Establecer si existe relación entre los niveles de ansiedad estado-rasgo y la condición de fumadores en adolescentes de la ciudad de Crespo.

Objetivos específicos:

- Describir los niveles de ansiedad estado-rasgo y de consumo de tabaco que presentan los adolescentes de entre 15 y 18 años de la ciudad de Crespo.
- Determinar si existen diferencias en los niveles de ansiedad estado-rasgo entre adolescentes fumadores y no fumadores de entre 15 y 18 años de la ciudad de Crespo.
- Establecer si existen diferencias en los niveles de ansiedad estado-rasgo y consumo de tabaco, según el sexo de los adolescentes.

Hipótesis:

- ✓ Cuanto mayor es el nivel de ansiedad en los adolescentes, mayor es el consumo de tabaco.
- ✓ Los adolescentes consumidores de tabaco presentan un nivel mayor de ansiedad estado – rasgo de aquellos que no consumen.
- ✓ Las mujeres presentan un índice más alto que los hombres en consumo de tabaco y nivel de ansiedad estado – rasgo.

Justificación del estudio:

Este estudio fue llevado a cabo para incrementar el aporte teórico en cuanto a la existencia de una relación en niveles de ansiedad estado-rasgo y consumo de tabaco, así como también, proporcionar mayor información de ambas variables en población de adolescentes de la ciudad de Crespo.

Dicha investigación puede ser un aporte para los profesionales que se desempeñan con esta población o área temática, ya que sirve como sustento para diseñar programas de intervención y prevención, favoreciendo el conocimiento de una problemática actual de gran preponderancia en el ámbito de salud y educativo.

Es pertinente resaltar que este tema no ha sido abordado en la ciudad de Crespo, y dada esta condición, este estudio constituye un aporte importante.

Factibilidad de la investigación:

El presente estudio resultó factible de ser realizado, ya que se contó con acceso a la bibliografía e información necesaria, así como también a la muestra e instrumentos pertinentes para llevar a cabo el estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Se presenta una conceptualización de los conceptos claves del presente trabajo, como: Adolescencia, Ansiedad, Tabaco, Consumo de Tabaco y Ansiedad en adolescentes.

Adolescencia

La palabra “adolescencia” proviene del latín **adolescens** que significa “hombre joven” y también, de **adolescere** que significa “crecer, padecer, sufrir” (Griffa y Moreno, 2008). “La adolescencia ha sido definida por varios autores como aquella etapa de la vida que se extiende desde los inicios de la pubertad hasta que se obtiene, por vía legal, la independencia respecto a la autoridad del adulto” (Facio y otros, 2006, p. 16).

Haciendo referencia a la pubertad, la misma es definida por Castillo (2001), como una fase que “hace posible el paso de la niñez a la adolescencia propiamente dicha. El púber no rompe totalmente con el pasado. Podríamos decir, en este sentido, que es un niño que está empezando a dejar de serlo” (p.70).

Obiols y Obiols (2006) plantearon que para las culturas originarias, la adolescencia casi no existía, era sólo un momento de pasaje representado con un ritual que marcaba el paso de una etapa a otra, en la cual se tenía pleno acceso a una sexualidad activa, responsabilidades y poder dentro de la tribu; aunque en determinadas poblaciones de nivel medio y alto, la adolescencia, no quedaba reducido a un mero ritual, sino que era una proceso que duraba un tiempo más prolongado. En la actualidad, éste proceso tiende a prolongarse en el tiempo y no es vivida como una etapa de paso. Es así, que estos autores consideran a la adolescencia como una etapa de la vida que se da entre “la pubertad y la asunción de plenas responsabilidades y madurez psíquica” (p. 82), donde el adolescente se encuentra en una continua formación de su orientación vocacional, de su personalidad y la identidad sexual.

Etapas de la adolescencia:

La adolescencia es un momento del ciclo vital que comienza siendo un hecho biológico, pero que a su vez, está inmerso en un proceso psicosocial que varía dependiendo de las culturas e historias personales. En general, se suele dividir en tres etapas: **adolescencia temprana**, entre los 13 y 15 años, en la que se suelen intensificar las conductas rebeldes, buscan experimentar nuevas emociones, aparecen cambios en el estado de ánimo, prevalece la pertenencia al grupo de pares y generalmente del mismo sexo, comienza a progresar el área cognitiva a medida que se va construyendo el pensamiento abstracto y desarrollando la capacidad de introspección y reflexión; la segunda etapa se titula como **adolescencia media**, se da entre los 15 y 18 años, aquí cobra gran importancia la función del amigo, se profundizan los vínculos fraternos y con el grupo de pares, aparecen nociones propias sobre proyecto de futuro, emergen los primeros noviazgos, se agudiza la confrontación con los adultos, exhiben comportamientos arriesgados que no siempre implican un deseo autodestructivo sino que a veces son utilizados como medio para encontrar una marca que los diferencie del resto de las personas, como los piercing, modas, etc; y por último se encuentra la **adolescencia tardía**, comprende de los 18 a 28 años aproximadamente, en ésta fase final los adolescentes-jóvenes se van insertando en el mundo laboral, se consolidan en su independencia, las relaciones con sus progenitores o tutores adquieren un carácter más adulto, las relaciones de pareja son más estables con un mayor compromiso afectivo. La adolescencia se caracteriza por ser un proceso que finaliza con el logro de la sexualidad genital y con la capacidad de trabajar para sostener su proyecto vital autónomo (Quiroga, en Garbarino, González y Faragó, 2010).

Cambios en la adolescencia:

Cambios físicos:

En esta etapa se experimentan cambios físicos, debido a los sucesos hormonales de la pubertad donde los cuerpos adquieren una apariencia adulta (Papalia, Wendkos Olds y Duskin Feldman, 2009). Los adolescentes padecen un doble crecimiento repentino, el corporal y del peso que va acompañado de un cambio en la distribución de las proporciones del cuerpo; otras de las modificaciones fisiológicas son el crecimiento

de las características sexuales primarias, éstas son aquellos órganos que están directamente relacionados con la reproducción –en la mujer: ovarios, vagina, útero; y en los hombres: pene, testículos, vesícula seminal y los conductos deferentes- los cuales experimentan un gradual aumento que lleva a la madurez sexual; y por otro lado, se da la aparición de características sexuales secundarias, aquellas que son signos de maduración pero que no intervienen directamente en la reproducción –vello púbico, axilar, de la cara y del cuerpo en general; cambios en la voz y en la piel-. Por último, dentro de estas modificaciones corporales, se encuentra la aparición de la menarquía en las chicas y emisiones nocturnas en chicos, también como signos de madurez sexual (Alberca, 1996).

Cambios cognitivos:

Además de los cambios fisiológicos, en los adolescentes se da un cambio a nivel cognitivo, cambia su pensamiento, son más capaces de pensar en términos abstractos e hipotéticos (Papalia, Wendkos Olds y Duskin Feldman, 2009). Moreno y Del Barrio (en Dávila León, 2004), afirman que “Piaget denomina a éste proceso, período de las operaciones formales, donde la actuación intelectual del adolescente se acerca cada vez más al modelo del tipo científico y lógico” (p. 88). En el 2000, Predreira Massa y Álvarez postularon que este tipo de pensamiento formal permite al individuo planificar y decidir sobre su futuro y a partir de los datos experimentales, formular hipótesis y alcanzar el razonamiento hipotético-deductivo. “Después de este estadio ya no se va a producir ningún cambio en la forma de abordar los problemas. Se continúa incrementando nuestra capacidad cognitiva y nuestros conocimientos por lo menos en el caso de algunas personas, pero en la forma de analizar los problemas se ha alcanzado el techo (Alberca, 1996, p. 126).

“Un aspecto más específico del desarrollo cognitivo es el desarrollo moral” (Pedreira Massa y Álvarez, 2000, p. 82). Cuando los adolescentes alcanzan niveles cognitivos superiores, adquieren la capacidad de razonar de manera más compleja sobre temas morales. Sus tendencias hacia el altruismo y la empatía también aumentan. Son más capaces de asumir la perspectiva de otra persona, resolver problemas sociales, establecer relaciones interpersonales (Papalia, Wendkos Olds y Duskin Feldman, 2009).

Kohlberg (en Barra Almagiá, 1987), distingue tres grandes niveles de desarrollo moral. La mayoría de los individuos atraviesan cada uno de estos niveles a lo largo de su vida, y algunos alcanzan el último nivel en la adolescencia. El primero de estos niveles recibe el nombre de **moral preconvencional**, aquí las personas actúan según controles externos, obedeciendo reglas para evitar castigos, obtener recompensas, o por interés propio. El segundo se denomina **moral convencional**, las personas internalizan las normas de las figuras de autoridad, se preocupan de complacer a otros; éste nivel puede alcanzarse cerca de los 10 años de edad, aunque muchas personas nunca pasan más allá de él, incluso encontrándose en la adultez. El tercero y último de estos niveles, es el **moral postconvencional**, las personas siguen principios morales sostenidos internamente y se alejan de las normas y expectativas ajenas. Este nivel, puede surgir durante la adolescencia o en el comienzo de la adultez.

A lo mencionado, Papalia, Wendkos Olds y Duskin Feldman (2009) agregan que:

Posteriormente Kohlberg añadió un nivel transicional entre los niveles II y III, donde las personas ya no se sienten limitadas por las normas morales de la sociedad, pero aún no han razonado sus propios principios de justicia. En lugar de ello, basan sus decisiones morales en sentimientos personales (p. 497).

Cambios psicosociales:

Sumado a los dos cambios anteriormente desarrollados, y no menor que éstos, los adolescentes atraviesan por cambios sociales. Un aspecto fundamental del mismo es la **construcción de la identidad** (Santrock, 2004), “en función de su intimidad y de su autonomía, así como sus propios valores y proyectos” (Díaz Sánchez, 2006, p. 432).

Para Erik Erikson (en Griffla y Moreno, 2008) cada persona nace con una identidad propia, identidad que llegado el período de la adolescencia sufre un importante proceso de cambio lento y gradual. Se espera que el adolescente logre un conocimiento de sí mismo, profundizando en su mundo íntimo y luche por el logro de ser reconocido como tal.

El desarrollo de la identidad, permite a los adolescentes organizar sus conductas, habilidades, creencias e historias personales en una imagen consistente de sí mismo. Esto implica elecciones y decisiones deliberadas, en particular con respecto de la vocación, orientación sexual y una postura ideológica (Santrock, 2004).

Lidz (en Griffa y Moreno, 2008):

Considera que la formación de la identidad en la adolescencia se realiza a partir de las identificaciones primarias y su integración con otras nuevas. Las identificaciones con los padres mantienen su significación, pero a éstas se configuran también con otras efectuadas con figuras ideales, con amigos y compañeros e incluso con enemigos. (...) La formación de la identidad implica no solamente identificaciones con personas, sino también con grupos, y es propiamente en la adolescencia donde estas últimas cobran significación. A la identificación con la familia como unidad con sus normas y costumbres, se le une ahora las identificaciones con grupos religiosos o políticos, determinada clase social o subcultura, entre otras (p. 49).

El adolescente se encuentra en un período de búsqueda de un lugar en el mundo (Santrock, 2004), en ésta búsqueda de la identidad el individuo recurre a la uniformidad, la cual le brinda seguridad y estima personal. Aquí surge el proceso de doble identificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno. A veces el proceso es tan intenso que la separación del grupo parece casi imposible y el adolescente pertenece más al grupo de amigos que al grupo familiar. De esta manera, los amigos adquieren una relevancia fundamental, ya que el adolescente transfiere gran parte de la dependencia que anteriormente mantenía con su familia y con los padres especialmente, a su grupo de pares. Después de pasar por la experiencia grupal, el individuo podrá empezar a separarse de los amigos y a asumir su identidad adulta (Knobel y Aberastury, 1986).

El descubrimiento del propio yo permite al adolescente conocer por primera vez toda una serie de posibilidades personales que ignoraba; lo que a su vez posibilita el desarrollo de la autoafirmación de la personalidad, lo que equivale a que el adolescente quiera valerse por sí mismo. Ésta tendencia de autoafirmación en el adolescente va

evolucionando con la edad. En un primer momento, de los 11 a 14 años aproximadamente, el individuo no tiene consciencia de lo que ocurre en sí mismo, desconociendo muchas de sus posibilidades. En un segundo momento, alrededor de los 14 a 17 años, ya es consciente de tales posibilidades y el adolescente aprovecha todo tipo de situaciones para ponerse a prueba. En un tercer y último momento, cerca de los 17 a 22 años, normalmente se llega a una afirmación positiva de sí mismo, con un mayor afianzamiento en la reflexión, siendo su conducta más serena y objetiva (Castillo, 2001).

Teniendo en cuenta que la adolescencia es un período de grandes cambios cognitivos, psicosociales, físicos y emocionales, lo que aquí ocurra en el ámbito de la comprensión de la salud y de la adquisición de hábitos puede tener gran importancia en etapas posteriores de la vida. Es la edad en la que se desarrollan y afianzan muchos de los hábitos saludables como la práctica habitual de ejercicio físico, dormir las horas necesarias y llevar una dieta saludable, entre otros. Al mismo tiempo, también se desarrollan diversas conductas perjudiciales, que pueden tener consecuencias inmediatas o a largo plazo para la salud, como el consumo de tabaco, etc (Latorre y Montañés, 2004).

Para Castillo (2001), en la adolescencia por lo tanto se logra una madurez a nivel mental que consiste en la independencia y objetividad, el sentido crítico, la capacidad de adaptarse a nuevas situaciones; una madurez a nivel emocional donde se logra el autocontrol de las emociones, el saber afrontar los problemas con tranquilidad, aceptar los fracasos y desarrollar la capacidad de dar y recibir; por último un nivel de madurez social, aquí se espera que el adolescente logre una tolerancia con las personas, la capacidad de responder ante los demás de los propios actos y una disposición a colaborar en tareas colectivas.

Ansiedad

En el año 2000, la American Psychiatric Association (en Galván Almazán, Aradillas García y Sánchez-Armáss Cappello, 2012), definió a la ansiedad como la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso acompañado de palpitaciones, sudoración y temblor.

Spielberger (en Facio y otros, 2006) define a la ansiedad como un “estado emocional específico caracterizado por sentimientos desagradables como nerviosismo, tensión y aprensión, acompañado por la activación del sistema nervioso autónomo” (p.131).

Diferenciación de ansiedad y miedo:

“Todos los seres vivos estamos dotados de un sistema biológico que nos permite experimentar ansiedad o temor” (Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005, p. 266). Es importante diferenciar miedo de ansiedad, ya que la ansiedad implica predisposición a sentir miedo o a estar pendiente del miedo para no sentirlo, es una reacción generalizada de temor respecto a estímulos desconocidos, mientras que el miedo es específico. El miedo se activa ante una amenaza presente y concreta y moviliza fuertemente las conductas de ataque-huida. La ansiedad, por el contrario, es la expectativa de que algo peligroso puede acontecer en el futuro (Facio y otros, 2006).

Barlow (en Belloch, Sandín y Ramos, 2009) señala que el miedo consiste en una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por elevada activación y alto efecto negativo; se caracteriza por presentar componentes más primigenios, biológicos y en cierto modo automáticos (reacciones de alarma defensa). Antony y McCabe, agregan que el miedo además de ser una emoción básica para toda persona, cuando ésta lo experimenta:

Sus recursos físicos y mentales se centran en la protección de sí misma frente a la amenaza, ya sea huyendo de la situación o defendiéndose con una respuesta agresiva hacia la persona o cosa que supone una amenaza. Cuando sentimos miedo nuestros cuerpos se activan. Nuestros corazones se aceleran para asegurar que la sangre

rica en oxígeno circule hacia las zonas del cuerpo que la necesitan. Respiramos más intensamente para proporcionar la dosis extra de oxígeno requerida para facilitar la huida. También sudamos, lo cual hace que baje la temperatura del cuerpo para que éste pueda actuar con una mayor efectividad. Además de los cambios físicos que tienen lugar durante el miedo, también hay algunos cambios cognitivos (...). Tendemos a centrarnos casi exclusivamente en la fuente de la amenaza, lo cual dificulta que pensemos en otras cosas, incluido lo que uno está haciendo en ese momento. El miedo también va acompañado de un fuerte impulso de hacer prácticamente cualquier cosa para deshacernos de ese sentimiento, como, por ejemplo, escapar de la situación (2009, p.18).

En cambio, la ansiedad es una combinación difusa de emociones -estructura cognitiva-afectiva-, fundamentalmente de naturaleza cognitiva y de marcada orientación más hacia el futuro (Barlow, en Belloch, Sandín y Ramos, 2009); se caracteriza por ser de mayor duración y se descubre más lentamente (Antony y McCabe, 2009). “Incluye otros factores cognitivos además del miedo como la aversividad percibida, la incontrolabilidad, la incertidumbre, la vulnerabilidad” (Barlow, en Clark y Beck, 2012, p. 23).

Para Belloch, Sandín y Ramos (2009), la ansiedad puede presentar diversas manifestaciones, síndromes o cuadros clínicos, más o menos específicos, y la misma tiene una propiedad importante, su naturaleza anticipatoria; esto quiere decir que la respuesta de ansiedad permite anticipar o demarcar un peligro o amenaza para la propia persona. Esto le proporciona a la ansiedad un valor funcional importante.

Ansiedad adaptativa – Ansiedad desadaptativa:

Debemos destacar que la ansiedad es una emoción que en muchas circunstancias es adaptativa para el individuo. Permite estar alerta, sensible al ambiente y aporta cierta motivación que posibilita afrontar las situaciones con su consecuente adaptación. El problema aparece cuando se generan niveles excesivos de ansiedad en períodos prolongados de tiempo, sin que exista un peligro objetivo. En estos casos se trata de una

ansiedad desadaptativa, convirtiéndose en una fuente de malestar, sufrimiento, muchas veces llegando a incapacitar a la persona que la sufre, siendo común que demande ayuda (Belloch, Sandín y Ramos, 2009).

Clark y Beck (2012), sugieren cinco criterios para distinguir los estados anormales de ansiedad, o para dilucidar cuando la ansiedad es excesiva o maladaptativa. Esto no quiere decir que todos los criterios deben estar presentes, pero sí, muchas de las características podrían manifestarse. Como primer criterio se encuentra la cognición disfuncional, esto hace referencia a que el miedo y la ansiedad anormal se derivan de una asunción falsa que implica la valoración errónea de peligro en una situación que no se confirma mediante la observación directa; la activación de las creencias disfuncionales sobre la amenaza y de los errores en el procesamiento cognitivo asociados provoca un miedo notable y excesivo que es incoherente con la realidad objetiva de la situación. Deterioro del funcionamiento es el segundo de los criterios, donde la ansiedad interfiere directamente con el manejo efectivo y adaptativo ante la amenaza percibida, y de forma más general en la vida social cotidiana y en el funcionamiento laboral de la persona. En tercer lugar tenemos la persistencia, aquí la ansiedad persiste mucho después de lo que podría esperarse en condiciones normales, a raíz de esto, la persona con ansiedad clínica puede sentir una sensación aumentada de miedo subjetivo con sólo pensar en una amenaza inminente, independientemente de que llegue o no a concretarse. El cuarto de los criterios se denomina falsas alarmas, Barlow (en Clark y Beck, 2012) las define como “miedo o pánico visible que ocurre en ausencia de un estímulo amenazante, aprendido o no aprendido” (p. 26), es así que éste criterio engloba aquellas crisis de angustia intensa, aún en ausencia de señales de amenaza. Hipersensibilidad a los estímulos, éste es el quinto y último de los criterios mencionados y desarrollados los autores Clark y Beck, donde aquellas personas con trastorno de ansiedad interpretarían una serie mucho más amplia de situaciones como amenazantes que los individuos sin trastorno de ansiedad.

Ansiedad normal – Ansiedad patológica:

Cía (2007) diferencia ansiedad normal de ansiedad patológica y sostiene que:

Podemos definir a la **ansiedad normal** como una emoción psicobiológica básica, adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro. Su función es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación y su duración está en relación a la magnitud y a la resolución del problema que la desencadenó. A diferencia de esta, la **ansiedad patológica** es una respuesta exagerada, no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto externo, que puede llegar a resultar incapacitante, al punto de condicionar la conducta de un individuo y cuya aparición o desaparición son aleatorias (p. 31).

En 2005, Ruiz Sancho y Lago Pita también coinciden en definir a la ansiedad patológica como la aparición de una sensación de malestar, sin una causa objetiva que lo justifique y generalmente va acompañado de sentimientos de aprensión.

Ansiedad estado – Ansiedad rasgo:

Es importante determinar cuando la ansiedad es un estado emocional o cuando es un rasgo de la personalidad (Cía, 2007). Spielberger (en Cía, 2007) sostiene que un **estado ansioso**, es un estado emocional inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación de sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, acompañado por una actividad elevada del sistema nervioso autónomo; mientras que la **tendencia ansiosa o rasgo ansioso**, ha sido definida como una diferencia individual, relativamente estable en la predisposición ansiosa. Para Spielberger (en Ries y otros, 2012), la ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que el individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad.

Según Facio y otros (2006) la ansiedad como rasgo, es la disposición a comportarse ansiosamente con cierta consistencia a través del tiempo y de las distintas situaciones. En la tendencia ansiosa existen diferencias individuales relativamente estables que se reflejan en la frecuencia e intensidad con que los estados de ansiedad se experimentaron en el pasado y en la probabilidad de que se manifiesten en el futuro. La

ansiedad como estado, en cambio, se refiere a si el sujeto se siente ansioso en un momento determinado, no en la mayor parte del tiempo.

Las personas con un alto nivel de ansiedad-rasgo perciben una mayor cantidad de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir ansiedad-estado de una manera más frecuente o con mayor intensidad. Los niveles altos de ansiedad-rasgo son percibidos como intensamente molestos, es decir que si una persona no puede evitar el estrés que se los causa, pondrá en marcha las habilidades de afrontamiento necesarias para encarar la situación amenazante. Si la persona se siente invadida por la ansiedad-estado puede iniciar un proceso defensivo para reducir el estado emocional irritante. Asimismo, los individuos con altos valores de ansiedad-rasgo perciben las situaciones y contextos evaluativos como más amenazantes que aquellos otros que presentan menos niveles de ansiedad-rasgo (Pons, Wadey y Hanton, en Ries y otros, 2012). Hackfort y Spielberger, (en Ries y otros, 2012), afirman que, “en caso de ansiedad-rasgo elevada, se produce un más rápido aumento de la ansiedad-estado” (p. 10).

En relación a esto y adentrándonos en la relación que se establece con el consumo de tabaco (nicotina) y la ansiedad, los investigadores Becoña y Míguez (2004), afirman “que los que nunca fumaron tienen una puntuación significativamente más baja en ansiedad rasgo que los que fuman. Por sexo, los hombres tienen una menor puntuación en ansiedad rasgo que las mujeres en todas las comparaciones realizadas” (p.1).

Tabaco

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), el consumo de tabaco es un problema de ámbito mundial, casi todas las personas que consumen tabaco comenzaron a hacerlo cuando eran adolescentes. A nivel mundial, al menos uno de cada diez adolescentes (de 13 a 15 años) consumen tabaco, y en algunas regiones esa cifra es mucho mayor.

Al ser una droga adictiva legal, las personas pueden obtenerlas con facilidad, por eso su consumo se ha convertido en algo habitual o común en la sociedad (Valdez Piña y Mandujano, 2013), y se debe tener en cuenta que para el DSM-IV “se empieza a fumar habitualmente durante la juventud” (American Psychiatric Association, 1995, p. 258).

La conducta de fumar, la podríamos llamar: comportamiento consumidor, “se define como las actividades que las personas efectúan al obtener, consumir y disponer de productos y servicios” (Blackwell, Engel y Miniard, 2002, p. 6).

Según Dongil-Collado, García-Leyva, Domínguez y García (en Wood, Iruarrizaga, Cano-Vindel y Dongil, 2009):

El tabaco es una de las drogas adictivas legales que más fácilmente se obtiene y, lamentable y consecuentemente, su consumo se ha convertido en algo cotidiano o habitual en nuestra sociedad. Aunque es cierto que muchos fumadores conocen determinados efectos negativos que el tabaco puede tener sobre su salud física, pocos relacionarían su adicción con la ansiedad (p. 214).

“El tabaco se incluye dentro del grupo de sustancias que son capaces de producir estimulación en el sistema nervioso (por acción de la nicotina). Es lo que conocemos como una droga institucionalizada” (Martí Tusquets y Murcia Grau, 1988, p. 145). Redoral Ripoll (2008) afirma que cuando hablamos de adicción es necesario hacer referencia a un estado de uso compulsivo de una droga (autoadministración), caracterizado por una falta de control de dicho uso y por una sobrevaloración de la droga por encima de otros refuerzos y metas (p. 25). Es una enfermedad compleja,

progresiva, maligna, que reconoce causas biopsicosociales y es potencialmente fatal (Cía, 2007, p. 429).

Riesgos y consecuencias del consumo de tabaco:

“La adolescencia es una etapa crítica para la salud presente. En estos años formativos, las conductas de riesgo, en particular el tabaquismo, puede minar su salud, así como determinar su calidad de vida en años venideros” (Calleja y Aguilar, 2008, p.288). Una vez que los jóvenes desarrollan adicción por la nicotina es difícil que la dejen, y existe la posibilidad de que desarrollen un patrón regular de tabaquismo. Los hábitos regulares de consumo de tabaco se desarrollan siguiendo una secuencia de decisiones menores, como por ejemplo, probar un cigarrillo. Es importante señalar que fumar unos cuantos cigarrillos durante la adolescencia incrementa la probabilidad de desarrollar dependencia a la nicotina; en relación a esto, resultados obtenidos de investigaciones arrojaron que la gran mayoría de los fumadores experimentaron síntomas de abstinencia cuando trata de dejar o reducir su consumo (Colby y otros, en Coleman, Hendry y Kloep, 2008). Sin embargo, para Coleman, Hendry y Kloep (2008):

Un número considerable de fumadores adolescentes desea dejar de fumar y muchos tratan de hacerlo. Desafortunadamente, las tasas de reincidencia son altas y sólo pocos adolescentes que intentan dejar el hábito por su cuenta tienen éxito. La experimentación del tabaquismo induce un riesgo 16 veces mayor de fumar durante la edad adulta, y cerca de 75% de los adolescentes que fuma de manera cotidiana continúa fumando durante la edad adulta (p.144).

Los efectos perjudiciales del tabaquismo sobre la salud son muchos, principalmente cuando se comienza a fumar desde temprana edad, éstas consecuencias puede ser tanto a corto como a largo plazo. Los efectos a corto plazo incluyen daños en el aparato respiratorio como tos, disnea, mayor probabilidad a contraer enfermedades respiratorias. Los efectos a largo plazo, el consumo de tabaco es una de las causas principales que se encuentra asociada a la muerte ya sea por distintos tipos de cáncer –el principal de ellos y que mayormente se presente es el cáncer pulmonar-, enfermedades

cardiovasculares y respiratorias; estas consecuencias de largo plazo generalmente aparecen 30 o 40 años luego de haber empezado a fumar (OPS, 1999).

Diferencia del uso, abuso y dependencia:

Según Becoña, (en Belloch, Sandín y Ramos, 2008) los conceptos de uso, abuso y dependencia se utilizan habitualmente cuando nos referimos a las sustancias psicoactivas.

Cuando hablamos de uso, nos referimos al consumo de una sustancia esporádico, o cuando se utilizan dosis moderadas, leves; éste tipo de consumo no conlleva consecuencias negativas en la persona (Belloch, Sandín y Ramos, 2008), es decir que no se producen efectos médicos, sociales y/o familiares (Del Moral y Fernández, 2009).

El Real Colegio de Psiquiatras Británico (en Del Moral y Fernández, 2009), define al abuso como “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general” (p.4). El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea para el individuo (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

En 1982, la OMS (en Del Moral y Fernández, 2009), definió a la dependencia como “síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancia(s) psicoactiva(s) determinada(s), frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes” (p.5). La dependencia se presenta, cuando hay un uso excesivo de la sustancia que produce consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

Según el DSM IV (APA, 1995):

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo

lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia (p. 182)

Dependencia al tabaco (nicotina):

Para el DSM-IV, la dependencia de nicotina se puede presentar con el consumo de cualquier modalidad de tabaco (APA, 1995). A medida que la persona va fumando, se va estableciendo y desarrollando el proceso de dependencia de la nicotina y una modulación de la ansiedad, dependiendo de la disponibilidad o no de nicotina en su organismo; de esta manera, la nicotina se convierte en un reforzador para el funcionamiento cotidiano del individuo (Becoña y Míguez, 2004).

Para Becoña y Fernández del Río (2011), la principal responsable de la adicción al tabaco es la nicotina. Ellos afirman que la nicotina es una droga de alto poder adictivo que actúa sobre el sistema nervioso central, que puede ocasionar dependencia y síndrome de abstinencia cuando se deja de consumir. Es decir, que muchos sujetos que consumen lo hacen para disminuir o evitar los síntomas de abstinencia cuando se despiertan por la mañana o cuando salen de situaciones donde su consumo está prohibido (APA, 1995).

La American Psychiatric Association (en Teixeira do Carmo, Andrés-Pueyo y Álvarez López, 2005), define a la dependencia como un “patrón desadaptativo de consumo de una sustancia que conlleva un deterioro o distrés clínicamente significativo” (p. 1000), manifestado por tres (o más) de síntomas como la necesidad de ingerir cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto que desea, el segundo de los síntomas propone que el efecto que provocan esas cantidades de sustancias ingeridas por el sujeto disminuyen al continuar consumiéndolo, el tercero de ellos argumenta que se presentan las características del síndrome de abstinencia generadas por la falta de sustancia, otro de los síntomas es que las personas ingieren la sustancia para aliviar o evitar experimentar la abstinencia, y en último lugar, el quinto de los síntomas requiere que el individuo ingiera la sustancia con frecuencia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo que inicialmente se pretendía; además la presencia de tres o más de estos síntomas deben concentrarse en un período continuado de 12 meses.

Los autores Kramer y Cameron (en Belloch, Sandín y Ramos, 2008), sostienen que es necesario y crucial distinguir dependencia física de la dependencia psíquica.

Dependencia nicotínica física:

Después de inhalar la nicotina, la misma tarda aproximadamente 7 segundos para atravesar la superficie alveolar de los pulmones -los divertículos terminales del árbol bronquial en los que tiene lugar el intercambio gaseoso entre el aire inspirado y la sangre-, entrar en la corriente sanguínea y alcanzar el cerebro. Este es el tiempo necesario y suficiente para que se manifiesten los efectos del tabaco a nivel cerebral, como por ejemplo la sensación de placer que experimenta el fumador, el incremento de la concentración, la estabilidad del estado de ánimo y la reducción de la ansiedad. El proceso de la dependencia nicotínica sucede a través del contacto mantenido entre las neuronas y la nicotina. Desde el primer momento en que la nicotina toma contacto con las neuronas, les brinda un estado de excitación, estado que las neuronas mismas memorizarán. Esa adaptación, está comandada por la necesidad de volver a experimentar la excitación y a esta necesidad se le denomina dependencia (Teixeira do Carmo, Andrés-Pueyo y Álvarez López, 2005).

De esta manera:

Por dependencia física nos referimos al estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Esos trastornos, esto es, los síndromes de abstinencia, están constituidos por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga (Kramer y Cameron, en Belloch, Sandín y Ramos, 2008, p.384).

Santrock (2004), afirma que se habla de dependencia física cuando hay una necesidad física de consumir una determinada sustancia, y que al mismo tiempo, va acompañada de síntomas desagradables cuando se interrumpe el consumo.

Para Cía (2007) la dependencia física, “es una adaptación celular a la presencia continua de una sustancia biológicamente activa, por lo cual se pueden producir síntomas de abstinencia a la discontinuación o con un descenso abrupto de la dosis. No está asociada con recaídas” (p. 430).

Dependencia nicotínica psicológica:

Una vez que se instaló el hábito de fumar, la persona comienza a establecer asociaciones de una determinada serie de estímulos ambientales con el acto mismo de fumar. Las circunstancias que provocan éstos estímulos pueden estar vinculados con determinados locales como salas de espera, bares; con factores emocionales como el estrés, la ansiedad, aburrimiento; o eventos sociales como fiestas, encuentros con amigos. La propia conducta de fumar, el reforzamiento de la nicotina, los factores ambientales, cuando todas ellas ocurren simultáneamente durante mucho tiempo, se convierten en un hábito en los fumadores. Así, una persona que fume durante diez años un paquete de cigarrillo diario, habrá repetido el movimiento de colocarse el cigarrillo en la boca tantas veces como para que, ésta conducta induzca al fumador a actuar por automatismo y a que forme parte de su ritual diario; así es que de esta manera, todo esto recién descrito nos conduce a la dependencia psicológica (Teixeira do Carmo, Andrés-Pueyo y Álvarez López, 2005).

“Por dependencia psíquica o psicológica se entiende la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar” (Kramer y Cameron, en Belloch, Sandín y Ramos, 2008, p. 384).

En síntesis, a partir de lo mencionado, se puede afirmar que la dependencia psicológica depende tanto de la capacidad reforzadora de la sustancia, como también a la forma en que estos fenómenos se han integrado en la persona, configurando su particular estilo de vida (Del Moral y Fernández, 2009).

Para Santrock (2004), la dependencia psicológica es la presencia de un intenso deseo de consumir una sustancia por motivos emocionales. Para éste autor, tanto la dependencia física como la psicológica significan que la sustancia está desempeñando un papel muy importante en la vida del adolescente.

Propiedades reforzadoras de la nicotina:

Teixeira do Carmo, Andrés-Pueyo y Álvarez López, en relación a este tema aseguran que:

La mayoría de las sustancias químicas autoadministradas presentan una acción de recompensa en el circuito cerebral humano o animal a través de la vía dopaminérgica. Prácticamente todas estas sustancias producen dependencia al liberar dopamina en el cerebro lo que da lugar a conductas repetitivas de autoadministración. Además de esta acción de recompensa, las sustancias químicas pueden actuar como reforzadores positivos o negativos del sistema cerebral, como la nicotina que incrementa la concentración de dopamina liberando diversos neurotransmisores responsables de gran parte de sus efectos. La estimulación (aumento de la energía), la manipulación sensoriomotora, la relajación, el hábito en sí (fumar por automatismo), la reducción del afecto negativo (alivio de la tensión, ansiedad o frustración) y la adicción son las principales razones que normalmente reportan los fumadores para seguir en el hábito. (...) En síntesis, la acción de la nicotina, como sustancia reforzadora, está explicada por la sensación de alivio de los síntomas de abstinencia, de reducción de la ansiedad o del control de sentimientos desagradables, como por ejemplo, la ira (2005, p. 1003-1004).

Factores que inducen a los adolescentes a fumar:

Según Ariza y Nebot (2004), hay tres clases de factores que contribuyen a que el adolescente inicie su consumo.

Factores personales: a nivel sociodemográfico, el hecho de experimentar antes de los 15 años el consumo de tabaco, se vuelve un predictor de su continuado consumo durante la adultez, también otros determinantes reconocidos son que el adolescente presente una estructura familiar alterada, baja adherencia a la escuela y pobre rendimiento escolar. A nivel psicológico y de la personalidad se encuentran el estrés,

ansiedad, problemas de conductas, deserción escolar, dificultades en el aprendizaje, búsqueda de sensaciones nuevas.

Factores socioculturales: por un lado, se observa que predomina el tabaquismo en aquellas familias que los padres son fumadores, de ésta manera, el adolescente se vería facilitado a tener pleno acceso a cigarrillos y obtenerlos de una manera sencilla. Muy vinculado a esto, cabe resaltar la importancia de los hermanos como un factor predictor del inicio del consumo de tabaco en los adolescentes. Por otro lado, muchos adolescentes comienzan a fumar como un acto de mimetismo de lo que hacen los demás, sus amigos.

Factores del entorno: esto se refiere al acceso que los adolescentes tienen al tabaco, en cuanto al cumplimiento de las normativas de la venta a menores. Otro aspecto, es el efecto reforzador que tiene la publicidad sobre el tabaco en su consumo, influenciando al adolescente a experimentar y mantenerse en el mantenimiento, mientras que en algunos casos actúa como reforzador de la adicción.

Consumo de tabaco y ansiedad en adolescentes

Según la Organización Mundial de la Salud (en OPS, 1999), “en América Latina, 3 de cada 4 fumadores iniciaron el hábito entre los 14 y 17 años de edad y la mayoría de ellos vivía en zonas urbanas” (p. 7). Santrock (2004), concuerda parcialmente en la edad de inicio del consumo, y asegura que los adolescentes comienzan a fumar entre los 12 y 15 años, sin embargo, gran cantidad de jóvenes continúan estableciendo hábitos de consumo de tabaco de manera regular durante los años de secundaria y universidad.

McRee y Gebelt (en Santrock, 2004) son otros de los autores que también coinciden en que la adolescencia temprana, es una de las etapas en la que las personas comienzan a fumar; y agregan que es en éste período en donde el grupo de iguales juega un papel importante en el inicio de este hábito, tal como se lo ha mencionado anteriormente como factor influyente en el comienzo del consumo.

Además la adolescencia es un período clave, ya que las personas que se encuentran atravesándolo están permeables a la adopción de las pautas del uso de sustancias adictivas; al tratarse de una etapa en la que tiene lugar la experimentación con el tabaco (Blasco Oliete y otros, 2002).

En estudios llevados a cabo en el año 1999 por Weincke y otros, se comprobó que “el hecho de fumar durante la adolescencia provoca cambios genéticos permanentes en los pulmones e incrementa el riesgo de padecer cáncer de pulmón, a pesar de que el fumador abandone el hábito de fumar” (en Santrock, 2004, p. 387).

También para Marcelli y Braconnier (2005), las conductas de dependencia, como el tabaquismo, “tienden a aparecer en la adolescencia, por lo que ésta constituye un aspecto evolutivo específico en el seno de la problemática de la dependencia” (p.402). Serfaty (1992), considera a la dependencia al tabaco como un factor de riesgo para el adolescente, ya que para ella es un hábito que puede crear una conducta adictiva dentro de la estructuración de la personalidad, incorporándose esta modalidad de reacción para el futuro. Además, lo considera como una puerta de entrada que facilitaría el consumo de otras sustancias.

Marcelli y Braconnier, afirman que las actuales investigaciones denotan que:

En la categoría de 11 a 19 años, una tercera parte fuma y, en esta subcategoría, un tercio fuma de manera irregular, un tercio de forma regular menos de 10 cigarrillos al día y un tercio fuma por lo menos dos paquetes al día. En la categoría de 13 a 18 años el tabaquismo aumenta sensiblemente y se multiplica por siete (2005, p.413).

Para abordar, de una manera más próxima la relación entre ansiedad y tabaco, una investigación con más de 600 adolescentes, encontró que el consumo de más de 20 cigarrillos diarios durante la adolescencia estaba estrechamente vinculado con un riesgo significativamente mayor a padecer algún tipo de trastorno de ansiedad (Wood, Iruarrizaga, Cano-Vindel y Dongil, 2009). Becoña y Míguez (2004), también coinciden con esta afirmación, aunque agregan que se desconoce si el consumo de tabaco previo puede incrementar la ansiedad o si, la ansiedad misma lleva a que se incremente el consumo de tabaco antes de comenzar a fumar.

ESTADO DEL ARTE

En relación al tema de ansiedad, en un estudio realizado en San Luis-Potosí, se encontró que “en la población masculina, la prevalencia encontrada para riesgo de depresión y ansiedad es de 28.3 y 35 por ciento, respectivamente; en la población femenina de 30.3 y 50.6 por ciento, respectivamente” (Galván Almazán, Aradillas García y Sánchez-Armáss Cappello, 2012, p. 39). Por otro lado, Arenas y Puigcerver (2009) coinciden en los resultados obtenidos por la anterior investigación, sosteniendo la elevada ansiedad en la mujer en comparación con el hombre, suponiendo que esto implicaría la presencia de factores de vulnerabilidad (bioquímicos, hormonales, sociales) que expliquen ésta preponderancia.

Marqueta, Jiménez-Muro, Beamonte, Gargallo y Nerín (2010), obtuvieron como resultado que la puntuación media de ansiedad rasgo en la población española fue significativamente mayor en las mujeres que en los hombres.

Haciendo referencia al tabaco, en Colombia los investigadores Navarro Lechuga, Vargas Morante, Martínez Olivo, Padilla Reales, Ruiz López y Thorne Gleen (2005), realizaron un estudio analítico y comprobaron que la edad promedio en que las personas iniciaban a fumar era de 17.1 años, siendo que la mayoría, el 69.6% comenzaban en la adolescencia.

En un estudio, cualitativo, realizado en la provincia de Jujuy, arribaron a la conclusión de que “fuman tanto varones como mujeres” (Bergesio y Alderete, 2009, p.91). Gomez, Montenegro y Giusti (2004), estudiaron la población universitaria en Corrientes y coinciden en que “no se encontró una diferencia significativa para inferir que un sexo es más fumador que el otro” (p.7). A diferencia de ambas investigaciones, la Organización Mundial de la Salud (2005), a fines del 2004 realizó una encuesta en 5 grandes centros urbanos de nuestro país y teniendo en cuenta solo el grupo mayor de 18 años, arribaron a que la prevalencia de fumadores era mayor en hombres que en mujeres (38% vs 26.8%).

Datos obtenidos de una muestra de adolescentes de México, arriban que las diferencias en el consumo de cigarrillos depende del sexo; siendo que las mujeres presentan una diferencia significativa en el consumo regular de tabaco, mayor que los

hombres (Lavielle-Sotomayor, Sánchez-Pérez, Pineda-Aquino, Amancio-Chassin, 2012).

En una investigación de corte transversal, realizada en Tunja, Colombia, por Manrique-Abril, Ospina y Garcia-Ubarque (2011), se concluyó que los principales factores explorados y asociados con la experimentación y consumo de tabaco en adolescentes de 12 a 18 años, estaban relacionados con el ámbito académico, los conflictos personales y la influencia de los pares y compañeros; mientras que se encontró que en las familias en las que padres e hijos proponen compartir actividades recreativas o del quehacer doméstico, la probabilidad de experimentación o consumo de alcohol y cigarrillos entre los adolescentes era en gran parte menor, convirtiendo de esta manera a éste aspecto como el único factor protector de todos los explorados en el estudio llevado a cabo.

En España, en un estudio descriptivo transversal sobre la prevalencia del hábito tabáquico y los factores relacionados con el inicio del consumo de tabaco, se encontró como resultado entre los motivos de inicio del consumo que se imponía la curiosidad como principal causa. Respecto a los motivos por los que los adolescentes continúan fumando, más de la cuarta parte de ellos persisten con éste hábito por placer, seguido por el sentimiento de tranquilidad que les produce fumar (Muñoz Cruz y Rodríguez Mármol, 2014).

En otra investigación realizada también en España, además de determinar a la curiosidad como un factor relevante al inicio del consumo de tabaco, se encontró que otros factores influyentes son el grupo de amigos e imitación, mientras que otro porcentaje de adolescentes expresaron haber experimentado y accedido a éste hábito por decisión propia. Otro de los factores es la familia, ya que del 100% de los encuestados fumadores, un 94.33% declaró tener al menos un familiar fumador (Muñoz Rosino y Sastre García, 2011).

Lavielle-Sotomayor, y otros (2012), afirman que en su estudio:

De todos los aspectos que los adolescentes refirieron como motivadores para consumir tabaco, el principal factor fue el fumar como un medio para el manejo de las emociones (...), mientras que experimentar placer fue la segunda causa. Como tercer aspecto los

adolescentes consideraron que el fumar incrementaba su creatividad, y una baja proporción de los jóvenes reportaron fumar como una forma de ser aceptado por su grupo de amigos (p. 88).

En una investigación longitudinal, luego de estudiar a un grupo de más de 2000 jóvenes australianos de 14 y 15 años de edad, se encontró que “tener más síntomas de ansiedad y depresión, junto con el tener compañeros que fuman, fueron fuertes predictores del inicio del consumo de tabaco en adolescentes” (Patton y otros, en Wood, Cano-Vindel, Iruarrizaga, Dongil y Salguero, 2010, p. 314).

En 1986, Hughes (en Becoña, 2003):

Fue una de las primeras personas en encontrar relación entre ansiedad y fumar. En su estudio realizado con pacientes psiquiátricos, encontraron que en la mayoría de los trastornos las personas que los padecían fumaban significativamente más que en la población normal. Así el porcentaje de fumadores por trastornos era: esquizofrenia: 88%; manía: 70%; depresión mayor: 49%; trastornos de ansiedad: 47%; trastornos de la personalidad: 46%; y, trastornos de ajuste: 45%. Esto implica para muchos trastornos que la prevalencia de fumadores en ellos es el doble o el triple que en la población general (p. 72).

Teniendo en cuenta la relación entre las dos variables (ansiedad y consumo de tabaco) se concluyó que en la ciudad de Buenos Aires los fumadores presentan un nivel superior de ansiedad en relación con los no fumadores (Samaniego y otros, 2004). Así mismo, en España, también se presenta dicho resultado, agregando que los hombres fumadores registran mayor ansiedad que los no fumadores, no encontrándose ésta diferencia en las mujeres (Comi Díaz, Díaz Palarea y Calvo Francés, 2009, p. 11).

En México, se realizó un estudio que fue llevado a cabo con dos instrumentos: el Test de Fagertröm de dependencia a la nicotina y el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ISA), cuyo resultado mostró que existe una correlación directa entre la dependencia a la nicotina y la sensibilidad a la ansiedad. El porcentaje de hombres fue mayor que el de las mujeres en cuanto a la dependencia a la nicotina. Se examinó la puntuación total del ISA y de las tres subescalas (somática, cognitiva y social), y obtuvieron una mayor correlación entre las subescalas somática y cognitiva, y menor

entre las modalidades somática y social. Concluyeron que a mayor dependencia a la nicotina, mayor puntuación total de la SA (sensibilidad a la ansiedad) (Valdez Piña y Mandujano, 2013).

Otro estudio realizado en América del Norte, a partir de investigaciones realizadas con un grupo de estudiantes norteamericanos de 12 y 13 años, “encontraron que aquellos que ya consumían tabaco presentaban un rasgo de ansiedad mayor que los jóvenes que no fumaban” (DiFranza y otros, en Wood y otros, 2010, p. 314).

En una investigación llevada a cabo con una población de adultos españoles, al estudiar la relación entre la ansiedad rasgo y el grado de dependencia física, se encontró que los sujetos con niveles elevados de ansiedad rasgo puntuaban más alto en el Test de Fagerström, y aquellos que puntuaban niveles menores de ansiedad rasgo estaban relacionados con una baja dependencia física al tabaco (Marqueta y otros, 2010).

Siguiendo la misma línea, y semejante a los resultados obtenidos en ésta última investigación descripta anteriormente, en una población de adultos mexicanos se pudo observar que de 205 fumadores con niveles medios y altos de ansiedad-estado, 118 mostraron un grado alto de adicción, 87 tuvieron un grado medio de adicción. En el mismo sentido, de 255 fumadores con niveles medios y altos de ansiedad-rasgo, 148 reportaron un grado alto de adicción y 107 un grado medio. Como conclusión de ésta investigación, la mayoría de las personas que consumen tabaco con un alto grado de adicción, simultáneamente presentan altos niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo (Urdapilleta-Herrera y otros, 2010).

A partir de investigaciones anteriores, en éste estudio se abordará la relación de las variables: nivel de ansiedad estado-rasgo y nivel de dependencia del consumo de tabaco, siendo que éstas no han sido estudiadas en el contexto de Crespo, Entre Ríos.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Diseño y tipo de investigación

Teniendo en cuenta lo expuesto por Yuni y Urbano (2006) y lo sostenido por Sampieri, Collado y Lucio (1991), se puede afirmar que se trata de un estudio cuantitativo ya que se utiliza la recolección de datos a partir de un proceso de medición numérico y del análisis estadístico; en cuanto a su fuente, se trata de una investigación de campo donde los datos se extraen en el medio natural, terreno real, de los sujetos. En cuanto a su diseño, el mismo es de tipo transversal ya que las variables son estudiadas y recolectadas en un mismo período de tiempo.

Según su objetivo es ex post facto, descriptivo ya que se detalla y explica las características más importantes de las variables; y además correlacional-comparativa, ya que se establecen relaciones o asociaciones entre variables mediante un patrón predecible para la evaluación.

Muestra

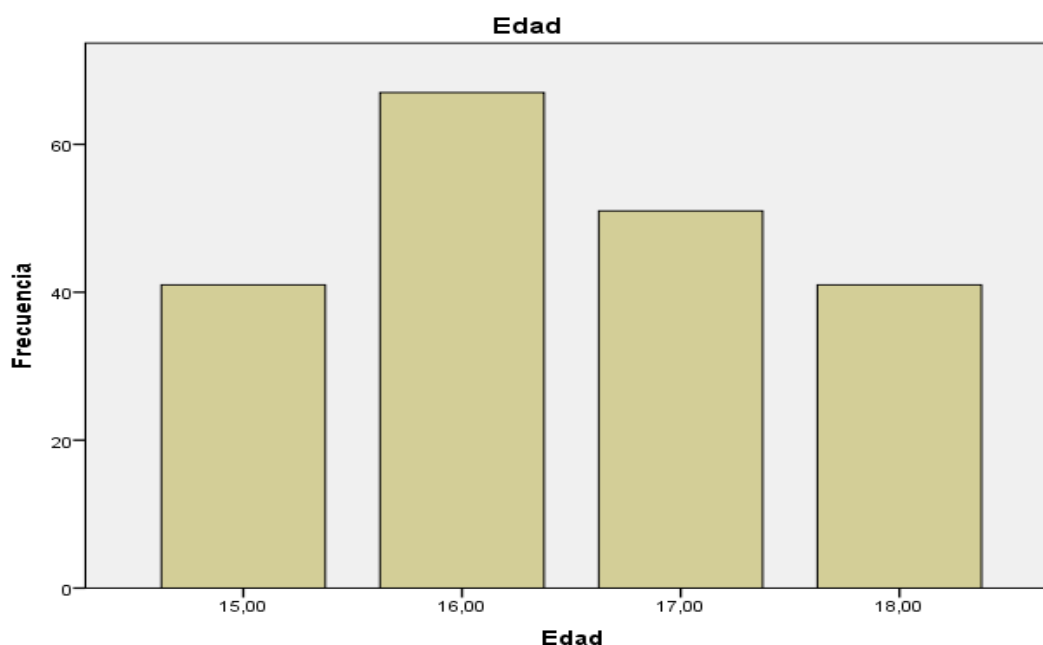
El tipo de muestreo que se realizó fue no probabilístico de tipo accidental o por disponibilidad y la muestra estuvo constituida por 200 alumnos de ambos sexos, de dos institutos privados y dos escuelas públicas secundarias de la ciudad de Crespo, entre 15 y 18 años que cursaban tercero, cuarto, quinto o sexto. Los criterios de inclusión de la muestra fueron: ser masculino o femenino, asistir al nivel secundario de educación privada o pública, sin discriminar ambas opciones, cursando los años de tercero, cuarto, quinto o sexto en Crespo, tener entre 15-18 años, y diferenciar la condición de fumadores y no fumadores. Se excluyeron aquellos alumnos que asistiendo a los años de educación requeridos tenían menos de 15 o más de 18 años.

Por medio de las siguientes tablas y gráficos, se da cuenta de los criterios de inclusión para dicha muestra.

Tabla N°1: Mínimos, máximos, media y desvíos de edades de los adolescentes de 15 a 18 años.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	200	15,00	18,00	16,4600	1,03623
N válido (según lista)	200				

Gráfico N°1: Frecuencia de edades de los adolescentes de 15 a 18 años.

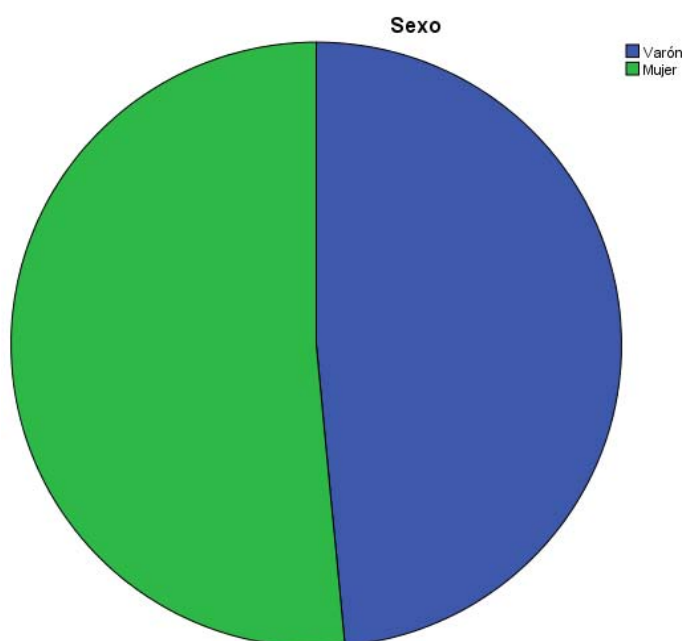


En relación al sexo del total de la muestra, sin establecer distinción entre fumadores y no fumadores, tal y como se expone en la tabla 2 y gráfico 2, el 48,5% eran varones y el 51,5% mujeres.

Tabla N°2: Sexo de los adolescentes de 15 a 18 años de edad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sexo	Varón	97	48,5	48,5	48,5
	Mujer	103	51,5	51,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Gráfico N°2: Sexo de los adolescentes de 15 a 18 años de edad.

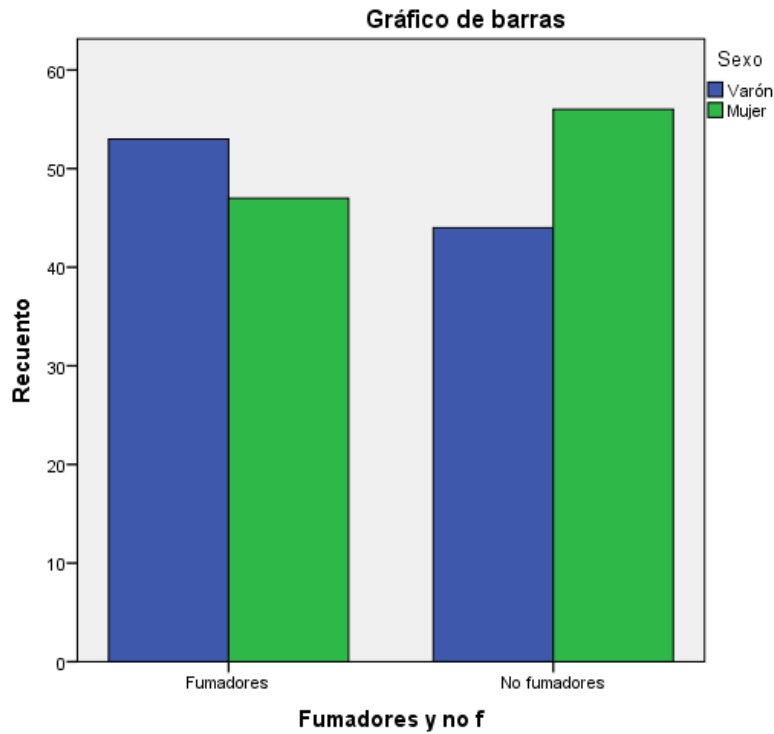


Siguiendo la misma línea en cuanto al sexo de la muestra y teniendo en cuenta la diferenciación de consumidores y no consumidores no establecida anteriormente. La muestra de adolescentes fumadores está compuesta por un 56,6% de varones y un 45,6% de mujeres; mientras que la muestra de aquellos que expresaron no consumir tabaco se conforma por un 45,4% de hombres y un 54,4% del sexo femenino. Ambos resultados pueden observarse en la tabla y gráfico 3.

Tabla N° 3: Frecuencia y porcentaje del sexo de la muestra dependiendo de la condición de fumadores y no fumadores en adolescentes de 15 a 18 años.

			Sexo		Total
			Varón	Mujer	
Fumadores y no fumadores	Fumadores	Frecuencia	53	47	100
		% dentro de Sexo	54,6%	45,6%	50,0%
	No fumadores	Frecuencia	44	56	100
		% dentro de Sexo	45,4%	54,4%	50,0%
Total		Frecuencia	97	103	200
		% dentro de Sexo	100%	100%	100%

Gráfico N° 3: Frecuencia y porcentaje del sexo de la muestra dependiendo de la condición de fumadores y no fumadores en adolescentes de 15 a 18 años.

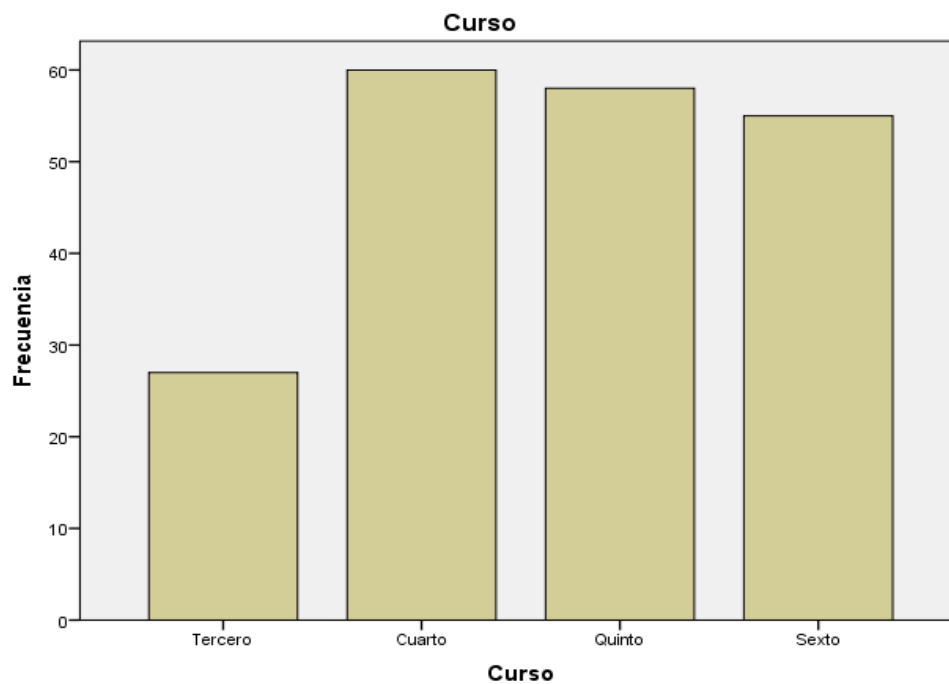


En lo que refiere al año escolar perteneciente a cada adolescente, como se puede apreciar en la tabla y gráfico 4, los alumnos pertenecían a los cursos de 3°, 4°, 5° y 6° año de la secundaria.

Tabla N° 4: Cursos de los establecimientos educativos de los adolescentes de 15 a 18 años.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tercero	27	13,5	13,5	13,5
Cuarto	60	30,0	30,0	43,5
Quinto	58	29,0	29,0	72,5
Sexto	55	27,5	27,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Gráfico N° 4: Cursos de los adolescentes de 15 a 18 años.



Instrumentos

Primeramente, en la parte superior de cada encuesta y test se comenzó con el empleo de un cuestionario sociodemográfico ad hoc en el que se preguntó la fecha, curso, edad y sexo de los adolescentes encuestados (ver anexo).

Posteriormente para aquellos encuestados que manifestaron no ser fumadores se utilizó únicamente el Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAIC), para evaluar dichos niveles. Este instrumento fue creado por Spielberg y Cols en el año 1982, en California; el cual es antecedido por el test STAI, del mismo autor. El STAIC fue adaptado a población española. Spielberg en 1971 inició la construcción del STAIC retomando otros cuestionarios diseñados para medir ansiedad en niños y contando con la experiencia de la construcción y desarrollo del STAI (para adolescentes y adultos), inicialmente se elaboró un conjunto de 33 elementos de Ansiedad Estado (A-E) y otro de 40 preguntas para evaluar Ansiedad Rasgo (A-R), con un modelo parecido al ya existente del STAI, pero exclusivamente para niños escolares. Posteriormente fue adaptado para población española por Seisdedos, N. (1989), y quedó compuesto por dos escalas independientes, una para evaluar la Ansiedad Estado (A-E) y la otra para evaluar la Ansiedad Rasgo (A-R). La primera contiene 20 elementos con los cuales se pretende evaluar el nivel de ansiedad en un momento determinado, y la segunda pretende identificar a través de otros 20 elementos como el sujeto se siente en general. Del total de estas 40 preguntas, sólo algunas de ellas se pueden ordenar de acuerdo a seis factores: **Factor temor**; las preguntas agrupadas corresponden a la primera parte, ellas son: 17 “me siento angustiado” – 15 “me encuentro confuso” – 12 “me siento molesto” – 5 “tengo miedo”; **Factor tranquilidad**, las preguntas corresponden a la primera parte, ellas son: 1 “me siento calmado” – 4 “me encuentro descansado” – 6 “estoy relajado”; los cuatro factores restantes agrupan preguntas de la segunda parte de dicho inventario, en el **Factor preocupación** se encuentran: 6 “me preocupo demasiado” – 9 “me preocupan las cosas del colegio” – 13 “me preocupo por cosas que puede ocurrir”; **Factor evitación**: 10 “me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer” – 14 “me cuesta quedarme dormido por la noche” – 15 “tengo sensaciones extrañas en el estómago”; **Factor somatización**: 11 “noto que mi corazón late más rápido” – 14 “me cuesta quedarme dormido por las noches” – 15 “tengo sensaciones extrañas en el estómago”; el

último es el **Factor ira y tristeza**, las preguntas pertenecientes al mismo son: 2 “siento ganas de llorar” y 7 “me encuentro molesto”. Los dos primeros factores, temor y tranquilidad, evalúan ansiedad-estado; y los cuatro restantes (preocupación evitación, somatización e ira – tristeza) dan cuenta del nivel ansiedad-rasgo.

En cuanto a la descripción de estos factores; la categoría Temor da cuenta de un estado emocional de inestabilidad donde el grado de confusión y percepción de amenaza es significativo, generando altos niveles de ansiedad del tipo Ansiedad Estado; el segundo factor llamado Tranquilidad está orientado al estado emocional de jovialidad en un medio con pocas señales de alerta que satisface las necesidades de confort y seguridad. El factor Preocupación corresponde a estados emocionales de alteración sin la percepción de una señal de amenaza identificable, la anticipación hace parte de uno de sus principales elementos. Evitación da cuenta de una estrategia de afrontamiento orientada a no enfrentar la situación porque el sujeto se concibe a sí mismo en una condición de minusvalía e inseguridad. El factor de Somatización corresponde a manifestaciones orgánicas que generan preocupación, por su inexplicabilidad sintomatológica. El último de los factores denominado Ira y Tristeza está orientado a sentimientos encontrados que van desde el deseo de cambio de una situación hasta orientarse a estados emocionales depresivos. Este inventario tiene tres categorías de respuestas: “Nada” (1), “Poco” (2) y “Mucho” (3).

La confiabilidad a través del método Alpha de Cronbach fue de 0.70 para todo el inventario. Por otro lado, la validez muestra que la varianza tiene un nivel de dispersión adecuado para un test diagnóstico, ya que el índice es de 52 %.

Aquellos adolescentes que expresaron ser fumadores, obtuvieron además del Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAIC), el Test de Fagerström para calcular el consumo de tabaco. Se trata de una escala heteroadministrada de 6 ítems que valora la dependencia de las personas a la nicotina; cuyos resultados pueden variar de dependencia baja, moderada y alta. La confiabilidad a través del método Alpha de Cronbach osciló de 0.56 a 0.64. Por su parte, la validez muestra que los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez convergente fueron moderados, oscilando de 0.25 a 0.40 y con el número de años de fumador se obtuvo una $r = 0.52$.

De ambos instrumentos no existe una adaptación a la población Argentina.

Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de datos se estableció, en primera instancia, contacto con los directivos de las instituciones; se explicitaron los objetivos de la presente investigación y la modalidad de abordaje. Se presentó un formulario avalado por la Directora del departamento de Humanidades de la UCA, con la finalidad de poder llevar a cabo el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) y el Test de Fagerström, en el cual además se les informó sobre los fines de dicho procedimiento.

A continuación se procedió a solicitar a los alumnos de su colaboración de un modo voluntario para dicho estudio, informándoles sobre los objetivos del mismo, y completando su participación con el consentimiento informado en el cual se expuso que la identidad, datos e información de los estudiantes que participaban mantenían el anonimato y confidencialidad.

Al obtener las autorizaciones necesarias, se prosiguió con la toma del instrumento y del test anteriormente nombrados en las horas que cada escuela destinó a dicho fin.

Análisis de datos

En cuanto a los procedimientos estadísticos, se tabularon y se procesaron los datos en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20 para Windows.

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo, a fin de obtener frecuencias, medias y desvíos típicos.

También se realizó un análisis de estadístico descriptivo básico sobre las diversas medidas de consumo de tabaco y nivel de ansiedad, con el objetivo de conocer los niveles con que se presentan en jóvenes de 15 a 18 años de la ciudad de Crespo.

Para estudiar e investigar si existía diferencia en los niveles de ansiedad entre adolescentes fumadores y no fumadores, como así también si se presenta desigualdad entre dichas variables en ambos sexos; se llevó a cabo un Análisis Multivariados de Varianza (MANOVA).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En éste apartado se expondrán los resultados obtenidos luego de realizar los análisis estadísticos pertinentes con el propósito de dar respuesta a los objetivos planteados en el capítulo I.

De acuerdo a los objetivos específicos propuestos en la presente investigación, el primero de ellos consistía en describir los niveles de ansiedad estado-rasgo y de consumo de tabaco que presentan los adolescentes de entre 15 y 18 años de la ciudad de Crespo. Para el mismo, se realizó un análisis estadísticos descriptivos de tabla de contingencia o tabla cruzada; de esta manera se puede observar en la Tabla 5 que los niveles de consumo de tabaco se distribuyen desde una dependencia baja, pasando por una dependencia moderada y culminando en una dependencia alta, tal y como se lo mencionó anteriormente. Del total de los 100 adolescentes fumadores, se observó que hay un mayor porcentaje de varones (86.6%) que presentaron una dependencia nicotínica baja, es decir, menor dependencia que las mujeres (76.6%); mientras que las mismas, prevalecieron en niveles de dependencia mayores, imponiéndose con un 17% por sobre un 13.2% de los hombres en dependencia moderada; y en lo que se refiere a dependencia alta el sexo masculino se encuentra totalmente ausente en éste nivel a diferencia de las chicas que presentan un 6.4%. Estos porcentajes conducen a señalar que la dependencia al consumo de tabaco en ésta población se encuentra con mayor prevalencia en las mujeres.

Tabla N° 5: Niveles del consumo de tabaco de adolescentes de 15 a 18 años.

Niveles de dependencia según Test de Fagerström			Sexo		Total
			Varón	Mujer	
Dependencia	Baja	Frecuencia	46	36	82
		% dentro de Sexo	86.8%	76.6%	82.0%
	Moderada	Frecuencia	7	8	15
		% dentro de Sexo	13.2%	17.0%	15.0%
	Alta	Frecuencia	0	3	3
		% dentro de Sexo	0.0%	6.4%	3.0%
Total	Frecuencia	53	47	100	
	% dentro de Sexo	100.0%	100.0%	100.0%	

De acuerdo a los resultados y niveles de dependencia a la nicotina descriptos recientemente, se considera relevante y pertinente al primer objetivo mencionado, detallar los niveles de ansiedad estado-rasgo acordes al nivel de consumo de tabaco, realizados mediante un análisis multivariado de estadísticos descriptivos, expuestos en la tabla 6.

En aquellos adolescentes que manifestaron ser fumadores, en cuanto a la ansiedad que experimentan en un momento determinado (ansiedad-estado), queda manifiesto en la tabla 6 que presentan un mayor nivel significativo aquellos que mantienen una dependencia alta al consumo de tabaco ($M=14,33$), mientras que en los adolescentes con una dependencia baja ($M=12,28$) y moderada ($M=12,13$), los niveles de ansiedad estado son relativamente simétricos, sin presentar diferencias significativas.

Lo mismo ocurre en cuanto a la ansiedad que los adolescentes experimentan como un estado habitual (ansiedad-rasgo). Se puede observar que el nivel de ansiedad rasgo se presenta de una manera ascendente acorde a los niveles de dependencia al

tabaco, presentándose una diferencia significativa en aquellos adolescentes con una dependencia nicotínica alta ($M= 24,33$), en relación a los que mantienen una dependencia moderada ($M=21,40$) y baja ($M=20,18$).

Tabla N° 6: Niveles de ansiedad estado-rasgo y niveles de consumo de tabaco en adolescentes de 15 a 18 años.

	Nivel de Dependencia	Media	Desviación Típica	N
Ansiedad Estado	Baja	12,28	2,15	82
	Moderada	12,13	2,32	15
	Alta	14,33	1,52	3
	Total	12,32	2,17	100
Ansiedad Rasgo	Baja	20,18	4,52	82
	Moderada	21,40	3,81	15
	Alta	25,33	8,62	3
	Total	20,52	4,60	100

El segundo de los objetivos específicos pretendía determinar si existen diferencias entre los niveles de ansiedad estado-rasgo entre adolescentes fumadores y no fumadores de 15 y 18 años de la ciudad de Crespo.

En el Manova (tabla 8) de las escalas de ansiedad, según fumadores y no fumadores, se obtuvo diferencias significativas en $F(6,191) = 3,27$; $p = 0,004$.

Observando los F univariados (tabla 9), para determinar en qué escalas se dan las diferencias se obtuvo un valor significativo en $p = 0,004$, siendo Temor $F = 27,69$ y mayor en los fumadores ($M=6,57$) que en los no fumadores ($M=5,86$).

Si bien no existen otras diferencias significativas, los fumadores obtienen mayores puntajes en: evitación ($M=5,43$), somatización ($M=5,13$) e ira y tristeza ($M=3,35$); y los no fumadores en: tranquilidad ($M=6,12$) y preocupación ($M=7,04$), como puede observarse en la tabla 7.

Con respecto al tercer objetivo específico, el cual consistía en establecer si existen diferencias en los niveles de ansiedad estado-rasgo y consumo de tabaco según el sexo de los adolescentes, se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA). Se obtuvo que según sexo existen diferencias significativas en las escalas $F(6,191) = 3,59$ $p = 0,002$.

En los F univariados observamos diferencias significativas en la escala Preocupación $F = 19,52$ $p = .00$, en la cual las mujeres ($M = 7,32$) se encontraron por encima de los varones ($M=6,29$); en la escala Evitación $F = 6,29$ $p = .01$, las mujeres ($M=5,65$) puntuaron en mayor medida que los hombres ($M=5,14$); y por último en la escala Somatizar $F = 4,97$ $p = .02$, las mujeres ($M=5,18$) presentaron mayor diferencia en relación del sexo masculino ($M=4,72$).

Como se ha mencionado anteriormente la dependencia al consumo de tabaco en ésta población adolescente, se encuentra con mayor prevalencia en las mujeres (dependencia alta de 6,45) en comparación con los hombres (0% en el mismo nivel de dependencia).

No se observa interacción entre las variables fumadores – no fumadores y la variable sexo, $F = 0,76$ $p = .60$

Tabla N° 7: Media de las escalas de ansiedad estado-rasgo, según la variable fumadores – no fumadores y sexo de los adolescentes de 15 a 18 años.

	Sexo	Fumadores y no fumadores	Media	Desviación típica	N
Temor	Varón	Fumadores	6,28	1,67	53
		No fumadores	5,68	1,53	44
		Total	6,01	1,63	97
	Mujer	Fumadores	6,89	2,11	47
		No fumadores	6,00	1,90	56
		Total	6,40	2,04	103
	Total	Fumadores	6,57	1,91	100
		No fumadores	5,86	1,75	100
		Total	6,21	1,86	200
Tranquilidad	Varón	Fumadores	5,73	1,61	53
		No fumadores	6,18	1,64	44
		Total	5,93	1,63	97
	Mujer	Fumadores	5,76	1,60	47
		No fumadores	6,07	1,43	56
		Total	5,93	1,51	103
	Total	Fumadores	5,75	1,60	100
		No fumadores	6,12	1,52	100
		Total	5,93	1,57	200
Preocupación	Varón	Fumadores	6,09	1,71	53

		No fumadores	6,54	1,57	44
		Total	6,29	1,65	97
	Mujer	Fumadores	7,19	1,62	47
		No fumadores	7,42	1,38	56
		Total	7,32	1,49	103
	Total	Fumadores	6,61	1,75	100
		No fumadores	7,04	1,53	100
		Total	6,82	1,65	200
Evitación	Varón	Fumadores	5,11	1,44	53
		No fumadores	5,18	1,40	44
		Total	5,14	1,42	97
	Mujer	Fumadores	5,78	1,62	47
		No fumadores	5,53	1,29	56
		Total	5,65	1,45	103
	Total	Fumadores	5,43	1,56	100
		No fumadores	5,38	1,34	100
		Total	5,40	1,45	200
Somatizar	Varón	Fumadores	4,73	1,55	53
		No fumadores	4,70	1,50	44
		Total	4,72	1,52	97
	Mujer	Fumadores	5,57	1,83	47
		No fumadores	4,85	1,35	56
		Total	5,18	1,62	103
	Total	Fumadores	5,13	1,73	100

Ira y Tristeza		No fumadores	4,79	1,41	100
		Total	4,96	1,59	200
	Varón	Fumadores	3,26	1,11	53
		No fumadores	2,95	,93	44
		Total	3,12	1,04	97
	Mujer	Fumadores	3,44	1,23	47
		No fumadores	3,23	,91	56
		Total	3,33	1,06	103
	Total	Fumadores	3,35	1,16	100
		No fumadores	3,11	,93	100
		Total	3,23	1,05	200

Tabla N° 8: Manova de las escalas de ansiedad según fumadores - no fumadores y sexo, en adolescentes de 15 a 18 años.

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial	Parámetro de no centralidad Parámetro	Potencia observada ^c	
Intersección	Traza de Pillai	,984	1931,830 ^b	6,000	191,000	,000	,984	11590,981	1,000
	Lambda de Wilks	,016	1931,830 ^b	6,000	191,000	,000	,984	11590,981	1,000
	Traza de Hotelling	60,686	1931,830 ^b	6,000	191,000	,000	,984	11590,981	1,000
	Raíz mayor de Roy	60,686	1931,830 ^b	6,000	191,000	,000	,984	11590,981	1,000
Fumar	Traza de Pillai	,093	3,277 ^b	6,000	191,000	,004	,093	19,664	,927
	Lambda de Wilks	,907	3,277 ^b	6,000	191,000	,004	,093	19,664	,927
	Traza de Hotelling	,103	3,277 ^b	6,000	191,000	,004	,093	19,664	,927
	Raíz mayor de Roy	,103	3,277 ^b	6,000	191,000	,004	,093	19,664	,927
Sexo	Traza de Pillai	,101	3,595 ^b	6,000	191,000	,002	,101	21,573	,950
	Lambda de Wilks	,899	3,595 ^b	6,000	191,000	,002	,101	21,573	,950
	Traza de Hotelling	,113	3,595 ^b	6,000	191,000	,002	,101	21,573	,950
	Raíz mayor de Roy	,113	3,595 ^b	6,000	191,000	,002	,101	21,573	,950
Fumar * Sexo	Traza de Pillai	,023	,761 ^b	6,000	191,000	,602	,023	4,564	,297
	Lambda de Wilks	,977	,761 ^b	6,000	191,000	,602	,023	4,564	,297
	Traza de Hotelling	,024	,761 ^b	6,000	191,000	,602	,023	4,564	,297
	Raíz mayor de Roy	,024	,761 ^b	6,000	191,000	,602	,023	4,564	,297

Tabla N° 9: Univariadas de las escalas de ansiedad según fumadores – no fumadores y sexo, en los adolescentes de 15 a 18 años.

Origen	Escalas	Suma de cuadrados tipo III	Gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial	Parámetro de no centralidad Parámetro	Potencia observada ^g
Modelo corregido	Temor	36,987 ^a	3	12,329	3,691	,013	,053	11,072	,798
	Tranquilidad	7,168 ^b	3	2,389	,966	,410	,015	2,897	,261
	Preocupación	58,447 ^c	3	19,482	7,850	,000	,107	23,550	,989
	Evitación	14,528 ^d	3	4,843	2,328	,076	,034	6,985	,579
	Somatizar	23,873 ^e	3	7,958	3,251	,023	,047	9,752	,740
	Tristeza	5,610 ^f	3	1,870	1,683	,172	,025	5,048	,436
Intersección	Temor	7654,538	1	7654,538	2291,329	,000	,921	2291,329	1,000
	Tranquilidad	6990,090	1	6990,090	2824,936	,000	,935	2824,936	1,000
	Preocupación	9204,874	1	9204,874	3708,985	,000	,950	3708,985	1,000
	Evitación	5788,963	1	5788,963	2783,243	,000	,934	2783,243	1,000
	Somatizar	4891,636	1	4891,636	1998,220	,000	,911	1998,220	1,000
	Tristeza	2060,591	1	2060,591	1854,256	,000	,904	1854,256	1,000
Fumar	Temor	27,679	1	27,679	8,285	,004	,041	8,285	,817
	Tranquilidad	6,995	1	6,995	2,827	,094	,014	2,827	,387
	Preocupación	5,867	1	5,867	2,364	,126	,012	2,364	,334
	Evitación	,414	1	,414	,199	,656	,001	,199	,073
	Somatizar	6,942	1	6,942	2,836	,094	,014	2,836	,388
	Tristeza	3,405	1	3,405	3,064	,082	,015	3,064	,414

Sexo	Temor	10,686	1	10,686	3,199	,075	,016	3,199	,429
	Tranquilidad	,080	1	,080	,032	,858	,000	,032	,054
	Preocupación	48,576	1	48,576	19,573	,000	,091	19,573	,993
	Evitación	13,089	1	13,089	6,293	,013	,031	6,293	,704
	Somatizar	12,170	1	12,170	4,972	,027	,025	4,972	,602
	Tristeza	2,624	1	2,624	2,361	,126	,012	2,361	,334
Fumar * Sexo	Temor	1,059	1	1,059	,317	,574	,002	,317	,087
	Tranquilidad	,245	1	,245	,099	,754	,001	,099	,061
	Preocupación	,567	1	,567	,229	,633	,001	,229	,076
	Evitación	1,269	1	1,269	,610	,436	,003	,610	,122
	Somatizar	5,830	1	5,830	2,381	,124	,012	2,381	,336
	Tristeza	,112	1	,112	,100	,752	,001	,100	,061
Error	Temor	654,768	196	3,341					
	Tranquilidad	484,987	196	2,474					
	Preocupación	486,428	196	2,482					
	Evitación	407,667	196	2,080					
	Somatizar	479,807	196	2,448					
	Tristeza	217,810	196	1,111					
Total	Temor	8417,000	200						
	Tranquilidad	7537,000	200						
	Preocupación	9861,000	200						
	Evitación	6265,000	200						
	Somatizar	5424,000	200						
	Tristeza	2310,000	200						

Total corregida	Temor	691,755	199						
	Tranquilidad	492,155	199						
	Preocupación	544,875	199						
	Evitación	422,195	199						
	Somatizar	503,680	199						
	Tristeza	223,420	199						

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN, RECOMENDACIONES Y CONCLUSIÓN

Discusión

El objetivo general propuesto al inicio del presente estudio era establecer si existe relación entre los niveles de ansiedad estado-rasgo y la condición de fumadores en adolescentes entre 15 y 18 años de la ciudad de Crespo. Para ello se tomó una muestra de 200 alumnos fumadores y no fumadores, de cuatro establecimientos secundarios de dicha ciudad (Instituto Privado Sagrado Corazón D-5, Instituto Privado D-198 San José, Escuela Secundaria N°60 Bicentenario, Escuela Secundaria N°74 Prof. Walter Heinze).

En relación al primer objetivo específico, el cual consistía en describir los niveles de ansiedad estado-rasgo y de consumo de tabaco que presentan los adolescentes de entre 15 y 18 años de la ciudad de Crespo, se encontró que en la muestra de fumadores había más cantidad de varones (54,6%) que de mujeres (45,6%); estos resultados concuerdan con los recabados por la Organización Mundial de la Salud en Argentina (2005), que a pesar de que tuvieron en cuenta solamente a aquellas personas mayores a 18 años, arribaron que había mayor prevalencia de fumadores hombres que mujeres.

A pesar de esta prevalencia de fumadores del sexo masculino en esta investigación, en el nivel de dependencia bajo se ubicaron mayor cantidad de hombres, lo cual coincide con el resultado obtenido de una ausencia de los mismos en el nivel de dependencia alto, resaltando la presencia de una mayor dependencia de parte del sexo femenino. Estos resultados difieren de los obtenidos por Valdez Piña y Mandujano (2013), quienes encontraron en una población mexicana que los hombres presentaban un mayor porcentaje en cuanto a la dependencia a la nicotina que las mujeres. Se puede hipotetizar que el disentimiento en ambos resultados puede deberse a que las personas encuestadas e integrantes de la muestras pertenecían a diferentes países, por ende,

diferente cultura y educación, variables que no han sido estudiadas y profundizadas en ambas investigaciones.

En lo que refiere al nivel de ansiedad estado-rasgo en los niveles de dependencia de consumo de tabaco, se pudo corroborar una de las hipótesis planteadas al comienzo de la investigación, la cual planteaba que “cuanto mayor es el nivel de ansiedad en los adolescentes, mayor es el consumo de tabaco”; ya que en el nivel de ansiedad-rasgo, los que presentaban niveles de dependencia nicotínicos bajo exhibían menores niveles de ansiedad ($M=20,18$) que los que se encontraban con dependencia de consumo moderada ($M=21,40$), y la ansiedad de estos últimos, asimismo, era menor que la ansiedad de los adolescentes con dependencia al consumo de tabaco alto ($M=25,33$); de ésta manera los niveles de ansiedad se encontraron en un ascenso continuo acorde al incremento de los niveles de dependencia al tabaco. En relación al nivel de ansiedad-estado, a pesar de que los adolescentes con dependencia al consumo de tabaco alta, obtuvieron una ansiedad superior que aquellos sujetos con niveles de dependencia inferiores, los dos primeros niveles de dependencia (baja y moderada), no resultaron en igual ascenso en ansiedad-estado al igual que lo sucedido en el nivel de ansiedad-rasgo; ya que los adolescentes que se encontraban con una dependencia baja obtuvieron una puntuación de ansiedad-estado mayor ($M=12,28$) que los de dependencia moderada ($M=12,13$), derivando ambiguo éste resultado aunque no se trate de diferencias significativas. De todos modos, ya sea en el nivel ansiedad-estado como en el nivel ansiedad-rasgo la dependencia al consumo de tabaco alta coincide con las mayores puntuaciones de los niveles de ansiedad, por lo que queda corroborada una de las hipótesis nombrada anteriormente.

Estos resultados se equiparan a los obtenidos por Marqueta y otros en 2010, quienes realizaron una investigación con una población de adultos españoles y encontraron que aquellos sujetos que presentaban niveles de ansiedad-rasgo elevados puntuaban más alto en el Test Fagerström. Estos autores afirman que esta dependencia se refiere más que nada a la dependencia física, por lo que se puede pensar que los adolescentes de dicho estudio manifiestan una dependencia física más que psíquica.

Anteriormente se ha mencionado y detallado que ambos niveles, de ansiedad-estado, como el de ansiedad-rasgo, en el Inventario de Ansiedad están compuestos por factores o sub-niveles. Ansiedad-estado comprende el factor temor y el factor

tranquilidad; en cambio, ansiedad-rasgo abarca los factores preocupación, evitación, somatizar e ira y tristeza. Esto en relación al segundo objetivo, el cual pretendía determinar si existen diferencias entre los niveles de ansiedad estado-rasgo entre adolescentes fumadores y no fumadores de 15 y 18 años de la ciudad de Crespo, se obtuvo que si bien no se presentaron diferencias significativas en lo que respecta a los factores de ansiedad-rasgo, los fumadores igualmente obtuvieron mayores puntuaciones, y por ende, mayor nivel de ansiedad, que los no fumadores en los factores o escalas de evitación, somatización e ira y tristeza, mientras que los no fumadores obtuvieron mayor valoración en la escala de preocupación. Según Parrott, (en Becoña y Míguez, 2004) ésta diferencia de los fumadores en manifestar mayor ansiedad que los no fumadores puede deberse al hecho de que la persona al comenzar a consumir tabaco, la privación de la misma lleva a incrementar el nivel de estrés, convirtiéndose la nicotina en un modulador del humor y de la ansiedad, dependiendo de la disponibilidad o no del cigarrillo en su organismo, de éste modo, la nicotina se transforma en un reforzador para el funcionamiento cotidiano de la persona.

La diferencia significativa se encuentra en uno de los factores de ansiedad-estado, el cual es el factor temor. De modo que se encontró que hay una mayor presencia de temor en aquellos adolescentes fumadores ($M=6,67$), que en los que no consumen tabaco ($M=5,86$), mientras que en lo referido al factor tranquilidad, obtuvieron mayores puntuaciones los adolescentes no fumadores; esto puede deberse, como lo expusieron Muñoz Cruz y Rodríguez Mármol en 2014, que uno de los factores y motivos por los que los adolescentes continúan fumando es por el sentimiento de tranquilidad que les produce fumar.

Teniendo en cuenta que los adolescentes fumadores obtuvieron mayores puntuaciones en temor la cual da cuenta de un estado emocional de inseguridad; en evitación que hace referencia a una estrategia de afrontamiento orientada a no enfrentar una situación determinada por inseguridad o un sentimiento de minusvalía de parte del sujeto (Castrillón Moreno y Borrero Copete, 2005); en somatización la cual implica un conjunto de manifestaciones orgánicas como taquicardia o palpitaciones del corazón, náuseas o malestar abdominal, generando preocupación o emociones diversas como ser miedo angustia o ansiedad (Castrillón Moreno y Borrero Copete, 2005); y por último,

en ira y tristeza que refiere a sentimientos encontrados que van desde el deseo de cambiar una situación en la que se encuentre la persona hasta orientarse a estados emocionales depresivos (Castrillón Moreno y Borrero Copete, 2005). Se puede hipotetizar, como los principales factores por los cuales los adolescentes comenzaron a fumar o continúan realizándolo, el uso del cigarrillo como un medio para el manejo de sus emociones, lograr tranquilizarse y/o disminuir la angustia, así como también la búsqueda de aceptación por su grupo de amigos, tal como lo afirman Lavielle-Sotomayor y otros, en sus investigaciones en 2012.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos a partir del objetivo detallado con anterioridad, se encontró una relación y similitud con lo inferido por Samaniego y otros en 2014, quienes también encontraron que en la ciudad de Buenos Aires, los fumadores presentan un nivel de ansiedad superior de los no fumadores.

Más allá de que en esta investigación se abordó la dependencia al tabaco y no la adicción; incluso, en una población de adultos mexicanos se concluyó que la mayoría de las personas que consumen tabaco con un alto grado de adicción presentaban altos niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo (Urdapilleta-Herrera y otros, 2010).

En este punto, es relevante mencionar la segunda de las hipótesis del presente estudio, la cual proponía que los adolescentes consumidores de tabaco presentan un nivel mayor de ansiedad estado – rasgo de aquellos que no consumen. Como se mencionó anteriormente, la única diferencia significativa encontrada se presentó en ansiedad-estado, con mayor puntuación en fumadores que en no fumadores, y a pesar de que no existieron otras diferencias significativas o representativas, los adolescentes fumadores presentaron mayor ansiedad-rasgo que los no fumadores; por lo que ésta hipótesis queda corroborada.

Con respecto al tercer objetivo específico, el cual consistía en investigar si existen diferencias en los niveles de ansiedad estado-rasgo y consumo de tabaco según el sexo de los adolescentes; las mujeres puntuaron una diferencia significativa en su favor con respecto a los varones, en los factores de preocupación, evitación y somatización, pertenecientes al nivel de ansiedad-rasgo; al igual que Marqueta y otros (2010), quienes en su investigación obtuvieron que la puntuación media de ansiedad-rasgo en mujeres españolas era significativamente mayor que en los hombres. Estos

resultados se asemejan a los encontrados por los investigadores Galván Almazán, Aradillas García y Sánchez-Armáss Cappello en 2012, quienes afirmaron que la prevalencia hallada para riesgo de ansiedad es mayor en la población femenina que en la masculina.

Del mismo modo, estos resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con lo investigado por Arenas y Puigcerver en 2009, quienes sostienen la elevada ansiedad en la mujer en comparación con el hombre, y suponen que esto se debe a la presencia de factores de vulnerabilidad, ya sean bioquímicos, hormonales y/o sociales, que puedan explicar dicha preponderancia.

A pesar de no hallarse diferencias significativas en los niveles de ansiedad-estado, las mujeres también obtuvieron puntuaciones mayores que los hombres, aunque se trate de una diferencia limitada.

En ésta investigación no se encontró interacción entre las variables fumadores – no fumadores y la variable sexo; a diferencia de estudios realizados en España por Comi Díaz, Díaz Palarea y Calvo Francés en 2009, quienes hallaron que los hombres fumadores presentan mayor ansiedad que los no fumadores, aunque no encontraron esa diferencia en las mujeres.

En relación al tercer objetivo explicitado, la última de las hipótesis de dicha investigación planteaba que las mujeres presentan un índice más alto que los hombres en consumo de tabaco y nivel de ansiedad estado – rasgo. Por un lado, como se ha mencionado en relación al primer objetivo, las mujeres presentaron mayor nivel de dependencia al tabaco que los varones. Por otro lado, el nivel de ansiedad-estado no presenta una diferencia significativa, pero aun así las mujeres obtuvieron puntuaciones mayores que los varones, y en lo que se refiere al nivel de ansiedad-rasgo las mujeres presentaron una diferencia significativa con una media considerablemente mayor en comparación con la de los varones. Por lo tanto, la tercera hipótesis queda corroborada.

Recomendaciones para futuras investigaciones

Después de haber realizado la presente investigación, se establecen algunas recomendaciones a tener en cuenta para futuros estudios referidos a esta problemática u otras:

Debido a la escasa investigación sobre la temática en esta región, sería conveniente y enriquecedor realizar muestreos aleatorios con el objetivo de obtener una muestra representativa de la ciudad y aumentar el tamaño de la misma. Igualmente sería relevante extender el estudio ampliando la muestra a otras ciudades de Entre Ríos, y realizando un estudio de tipo longitudinal, y así de esta manera, poder estudiar las variables a través del tiempo, con el fin de poder generalizar resultados y ver si las distintas ciudades introducen diferencias.

Sería provechoso e importante introducir otras variables como ser trastornos del estado del ánimo, estrés, trastornos alimenticios, trastornos de personalidad o trastornos de ansiedad, que permitan adquirir mayor conocimiento sobre los factores de inicio al consumo y/o mantenimiento de la conducta de fumar.

Se podría complementar el presente estudio con otros instrumentos que midan no sólo la dependencia física al tabaco, sino también la psíquica; como así también instrumentos que midan sensibilidad a la ansiedad, etc.

Otra sugerencia valiosa sería estudiar dichas variables y aplicar los instrumentos en personas de otras edades, como jóvenes y/o adultos.

Limitaciones de la investigación

Como limitaciones presentes en dicha investigación, en primer lugar, se trabajó con una muestra intencional que no fue extensa, sino que se acotó a 200 adolescentes de la ciudad de Crespo, lo que no permitió generalizar resultados.

La recolección de datos para el consumo de tabaco se realizó únicamente con el Test Fagerström el cual mide la dependencia física y no la psicológica. Además, para los dos instrumentos utilizados (Test Fagerström e Inventario de Ansiedad) no existe una adaptación para la población Argentina.

Un aspecto para remarcar de la recolección de datos, es que en la misma a la hora de completar los instrumentos se pueden haber presentado distorsiones subjetivas y/o dificultades para lograr repuestas honestas, que no lleguen a ser fieles a la realidad.

Otro punto importante a destacar, es que no se midió si hubo interferencias de otras variables como influencia del medio para el consumo de tabaco, depresión, estrés, ni algún tipo de trastorno de ansiedad que haya influenciado de manera significativa en los niveles de ansiedad estado-rasgo.

Por último, se trató de una investigación transversal y correlacional, por lo que no se puede evaluar la evolución de la variable a través del tiempo.

Conclusión

El propósito general que guió y orientó la presente investigación era establecer si existe relación entre los niveles de ansiedad estado-rasgo y la condición de fumadores en adolescentes de 15 a 18 años de la ciudad de Crespo, Entre Ríos. Por lo que se llevó a cabo un estudio con una muestra de 200 alumnos distribuidos en cuatro establecimientos secundarios diferentes de la ciudad.

El establecimiento de los objetivos específicos permitió y facilitó llegar al objetivo por el cual ésta investigación se realizó.

El primero de los objetivos específicos consistía en describir los niveles de ansiedad estado-rasgo y de consumo de tabaco que presentan los adolescentes de 15 a 18 años de la ciudad de Crespo. Se arribó que el total de la muestra de sujetos fumadores estaba compuesta por más cantidad de varones comparado con las mujeres. No obstante, a la hora de evaluar el nivel de dependencia física que los adolescentes mantenían al fumar, se obtuvo que mayor cantidad de mujeres presentaban una dependencia alta a la nicotina ya que ningún hombre se encontraba en ésta categoría. A su vez, una considerable suma de hombres se situaron con una dependencia baja a comparación de las mujeres. De esta manera, ambos resultados referidos al nivel de dependencia demuestran que las mujeres presentan una mayor dependencia al cigarrillo que los hombres.

Teniendo en cuenta los resultados de los niveles de dependencia física al tabaco, aquellos sujetos que obtuvieron una dependencia alta a su vez puntuaron ansiedad-estado en mayor medida que aquellos que exhibieron una dependencia menor. A su vez, los adolescentes con dependencia alta, a la hora de valorar el nivel de ansiedad-rasgo, también lo hicieron en mayor proporción que los sujetos con una dependencia inferior. Por lo que se concluye que los adolescentes con niveles altos de dependencia al consumo de tabaco, también presentan niveles altos de ansiedad estado-rasgo.

El segundo de los objetivos pretendía determinar si existen diferencias en los niveles de ansiedad estado-rasgo entre adolescentes fumadores y no fumadores de entre 15 y 18 años de la ciudad de Crespo. Mediante el mismo, se concluye que los fumadores presentan un nivel de ansiedad-estado considerablemente superior que aquellos

adolescentes no fumadores. En cuanto al nivel ansiedad-rasgo, a pesar de que no se observó una diferencia significativa entre la población consumidores de tabaco – no consumidores, los sujetos fumadores manifestaron presentar una ansiedad mayor que los no fumadores.

El tercer y último objetivo específico procuró establecer si se hallan diferencias en los niveles de ansiedad estado-rasgo y consumo de tabaco, según el sexo de los adolescentes. Al respecto, como se mencionó con anterioridad en cuanto al primer objetivo específico, los hombres son más frecuentes en el consumo aunque las mujeres presentan mayor dependencia. Y en lo que respecta al tema ansiedad, se observó mayor prevalencia de ansiedad estado-rasgo en las mujeres que en los hombres.

Es pertinente en éste punto aclarar, que no se observó interacción entre variables fumadores – no fumadores y la variable sexo.

Teniendo en cuenta los resultados y las conclusiones establecidas hasta el momento, se puede afirmar que las hipótesis: “cuanto mayor es el nivel de ansiedad en los adolescentes, mayor es el consumo de tabaco”, “los adolescentes consumidores de tabaco presentan un nivel mayor de ansiedad estado-rasgo de aquellos que no consumen”, y “las mujeres presentan un índice más alto que los hombres en consumo tabaco y nivel de ansiedad estado-rasgo”, han sido corroboradas y comprobadas a los largo de toda la investigación realizada.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ALUMNOS:

Habiendo sido informado sobre los objetivos y la finalidad del estudio que se llevará a cabo para el trabajo final de tesis de la Carrera de Licenciatura en Psicología, titulado: **“Consumo de tabaco y nivel de ansiedad estado-rasgo en adolescentes de 15 a 18 años de la ciudad de Crespo, Entre Ríos”**; con el conocimiento de que nunca seré identificado y siempre se mantendrá el anonimato y confidencialidad de mi identidad personal; acepto completar los cuestionarios y test de un modo voluntario.

Acepto: Si ☐ No ☐

ANEXOS

INSTRUMENTOS

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase con atención y señale. PRIMERA PARTE: conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente, como se siente ahora mismo. SEGUNDA PARTE: conteste señalando la respuesta que mejor describa como se siente generalmente. No hay respuestas buenas ni malas.

Luego de completar sus datos, **circule** la opción con la cual se sienta más identificado/a, considerando que 1 es NADA y 3 es MUCHO. Es necesario que complete todos los ítems.

Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAIC) (adaptación española)
(Seisdedos, 1990).

Fecha: _____ Curso: _____ Edad: _____ Sexo: _____

PRIMERA PARTE

1	Me siento calmado	1	2	3
2	Me encuentro inquieto	1	2	3
3	Me siento nervioso	1	2	3
4	Me encuentro descansado	1	2	3
5	Tengo miedo	1	2	3
6	Estoy relajado	1	2	3
7	Estoy preocupado	1	2	3
8	Me encuentro satisfecho	1	2	3
9	Me siento feliz	1	2	3
10	Me siento seguro	1	2	3
11	Me encuentro bien	1	2	3
12	Me siento molesto	1	2	3
13	Me siento agradable	1	2	3
14	Me encuentro atemorizado	1	2	3
15	Me encuentro confuso	1	2	3
16	Me siento animoso	1	2	3
17	Me siento angustiado	1	2	3
18	Me encuentro alegre	1	2	3
19	Me encuentro contrariado	1	2	3
20	Me siento triste	1	2	3

SEGUNDA PARTE

1	Me preocupa cometer errores	1	2	3
2	Siento ganas de llorar	1	2	3
3	Me siento desgraciado	1	2	3
4	Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5	Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6	Me preocupo demasiado	1	2	3
7	Me encuentro molesto	1	2	3
8	Pensamiento sin importancia vienen a mi cabeza y me molestan	1	2	3
9	Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
11	Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12	Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13	Me preocupa por las cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14	Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16	Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
17	Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18	Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19	Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20	Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

Fecha: _____

Curso: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Test de Fagerström de Dependencia de la nicotina

1. ¿Cuánto tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?

Menos de cinco minutos

Entre 31 y 60 minutos

Entre 6 y 30 minutos

Más de 60 minutos

2. ¿Encuentra difícil de abstenerse de fumar en sitios en donde está prohibido, tales como iglesias, bibliotecas, cines, etc?

Sí

No

3. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?

Al primero de la mañana

A cualquier otro

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

10 o menos

21-30

11-20

31 o más

5. ¿Fuma más a menudo durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?

Sí

No

6. ¿Fuma cuando está tan enfermo que pasa en la cama la mayor parte del día?

Sí

Referencias Bibliográficas

- Alberca, J. M. L. (1996). Adolescencia: cambios físicos y cognitivos. *Ensayos: Revista de la facultad de educación de Albacete*, 11, 121-128. Recuperado de <file:///D:/Usuario/Downloads/Dialnet-Adolescencia-2282696.pdf>
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona (España): Masson. S. A.
- Antony, M. M., y McCabe, R. E. (2009). *10 soluciones sencillas contra el pánico: cómo superar los ataques de pánico, aliviar los síntomas físicos y recuperar tu vida*. Barcelona (España): Ediciones Obelisco.
- Arenas, M. C., y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3 (1), 20-29. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v3n1/art03.pdf>
- Ariza, C., y Nebot, M. (2004). La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Adicciones*, 16 (2), 359-378. Recuperado de http://movil.asturias.es/Astursalud/Imagen/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Tabaco/Prevencion_tabaquismo_jovenes.pdf
- Barra Almagiá, E. (1987). El desarrollo moral: una introducción a la teoría de Kohlberg. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 19 (1), 7-18. Recuperado de <http://coebioetica.salud-oaxaca.gob.mx/biblioteca/libros/ceboax-0199.pdf>
- Becoña, E. (2003). Tabaco, ansiedad y estrés. *Revista salud y drogas*, 3 (1), 70-92. Recuperado de <http://www.haaj.org/index.php/haaj/article/view/153/149>
- Becoña, E. (2010). *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos*. Madrid: Tórculo Artes Gráficas. S. A.
- Becoña, E., y Fernández del Río, E. (2011). Trastornos adictivos con sustancias: tabaco, clínica y tratamiento cognitivo-conductual. En J. Bobes, M. Casas, y M. Gutiérrez. (Eds.), *Manual de trastornos adictivos*, 2ª edición. (p. 389-396). Madrid: Enfoque editorial, S. C.
- Becoña, E., y Míguez, M. C. (2004). Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. *Adicciones*, 16 (2), 1-6. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/407/406>

- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología, volumen 1*. Aravaca (Madrid): Mc Graw Hill.
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología, volumen 2*. Aravaca (Madrid): Mc Graw Hill.
- Bergesio, L., y Alderete, E. (2009). Consumo de tabaco desde una perspectiva de género: el caso de adolescentes y jóvenes en la provincia de Jujuy. *Cuaderno de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, 37, 63-95. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042009000200004
- Blackwell, R. D., Engel, J. F., y Miniard, P. W. (2002). *Comportamiento del consumidor, 9ª edición*. México: International Thomson Editores. S. A.
- Blasco Oliete, M., Pérez Trullén, A., Sanz Cuesta, T., Clemente Jiménez, M. L., Cañas de Paz, R., y Herrero Labarga, I. (2002). Consumo de tabaco entre los adolescentes: valor de la intervención del personal sanitario. *Atención Primaria*, 30 (4), 220-228. doi: [10.1016/S0212-6567\(02\)79013-6](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79013-6)
- Cabrera Gutiérrez, G., Brito Londoño, E., Calderón Dimaté, L. D., Devia Correa, L. V., y González Páez, J. P. (2012). Consumo de tabaco en estudiantes de una Universidad pública del Quindío. *Psicogente*, 15, 360-370. Recuperado de <http://portal.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/psicogente/index.php/psicogente/article/viewFile/336/328>
- Calleja, N., y Aguilar, J. (2008). Por qué fuman los adolescentes: un modelo estructural de la intención de fumar. *Adicciones*, 20 (4), 387-394. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/262/250>
- Castillo, G. (2001). *Los adolescentes y sus problemas, 7ª edición*. España: EUNSA.
- Castrillón Moreno, D. A., y Borrero Copete, P. E. (2005). Validación del inventario ansiedad estado-rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta colombiana de psicología*, 8 (1), 79-90. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100005
- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Polemos.

- Clark, D. A., y Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: ciencia y práctica*. España: Desclee de Brouwer, S. A.
- Coleman, J., Hendry, L. B., y Kloep, M. (2008). *Adolescencia y salud*. México: Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.
- Comi Diaz, C., Diaz Palarea, M. D., y Calvo Francés, F. (2009). Tabaquismo y género: diferencias en estrés, ansiedad y depresión. *Interpsiquis*, 2, 1-20. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/39530/>
- Dávila León, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última década*, 12 (21), 83-104. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/udecada/v12n21/art04.pdf>
- Del Moral, M. M., y Fernández, P. L. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En P. Lorenzo., J. M. Ladero., I. Lizasoain., y J. C. Leza. (Coord.), *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología y legislación*. 3ª edición. (p. 1-25). Madrid: Médica Panamericana.
- Díaz Sánchez, J. (2006). Identidad, adolescencia y cultura: jóvenes secundarios en un contexto regional. *Investigación*, 11 (29), 431-457. Recuperado de <http://evaluaciondocente.sep.gob.mx/materiales/SANCHEZJOSEFINAIDENTIDADADOLESCENCIAYCULTURA.pdf>
- Facio, A., Rasset, S., Mistrorigo, C., y Micocci, F. (2006). *Adolescentes argentinos: Cómo piensan y sienten*. Buenos Aires: Lugar Editorial, S. A.
- Galván Almazán, G. J., Aradillas García, C., y Sánchez-Armass Cappello, O. (2012). Dislipidemias, ansiedad y depresión en jóvenes. *Revista Alter, enfoques críticos*, 6, 33-43. Recuperado de <http://static1.squarespace.com/static/552c00efe4b0cdec4ea42d9f/t/55785c83e4b002f460d67910/1433951363117/ALTER6+-+04.pdf>
- Griffa, M. C., y Moreno, J. E. (2008). *Claves para una psicología del desarrollo, volumen 2*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Garbarino, J., González, A., y Faragó, P. (2010). Adolescencia y desarrollo emocional, social y cognitivo. En D. Pasqualini y A. Llorens (Eds.), *Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: una mirada integral*. (p. 55-59). Buenos Aires:

- Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/nacion/SaludBienestarAdolescente.pdf#page=55>
- Gomez, E. E., Montenegro, D.S., y Giusti, M. L. (2005). Prevalencia del consumo de cigarrillos en estudiantes de medicina y bioquímica de la UNNE. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 144, 7-10. Recuperado de http://med.unne.edu.ar/revista/revista144/3_144.htm
- Herrera, G. A. C., y Gómez, O. R. (2001). Niveles de ansiedad en estudiantes de Ciencias Básicas de la Facultad de Medicina UTP. *Revista médica de Risaralda*, 7 (1), 30-35. Recuperado de <http://200.21.217.140/index.php/revistamedica/article/viewFile/8263/5047>
- Knobel, M., y Aberastury, A. (1986). *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Latorre, J. M., y Montañés, J. (2004). Ansiedad, inteligencia emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y estrés. Una revista multidisciplinaria de: psicología, medicina, neurociencias y ciencias sociales*, 10 (1), 111-125. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Jose_Latorre3/publication/260655424_Ansiedad_inteligencia_emocional_y_conductas_de_salud_en_la_adolescencia/links/54afc1ee0cf2b48e8ed6921a.pdf
- Lavielle-Sotomayor, P., Sánchez-Pérez, P., Pineda-Aquino, V., y Amancio-Chassin, O. (2012). Impacto de las características familiares sobre el consumo de tabaco en los adolescentes. *Revista médica del hospital general de México*, 75 (2), 84-89. Recuperado de <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/FAMYADOLS.pdf>
- Manrique-Abril, F. G., Ospina, J. M., y García-Ubaque, J. C. (2011). Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja, Colombia, 2009. *Revista de salud pública*, 13 (1), 89-101. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v13n1/v13n1a08.pdf>
- Marcelli, D., y Braconnier, A. (2005). *Psicopatología del adolescente*, 2ª edición. Barcelona (España): Masson.
- Marqueta, A., Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Gargallo, P., y Nerín, I. (2010). Evolución de la ansiedad en el proceso de dejar de fumar en fumadores que

- acuden a una Unidad de Tabaquismo. *Adicciones*, 22 (4), 317-324. Recuperado de <http://www.adrianamarqueta.com/wp-content/uploads/2014/10/Evoluci%C3%83%C2%B3n-de-la-ansiedad.pdf>
- Martí Tusquets, J. L., y Murcia Grau, M. (1988). *Conceptos fundamentales de drogodependencias*. Barcelona: Herder.
- Muñoz Cruz, R., y Rodríguez Mármol, M. (2014). Factores relacionados con el inicio en el consumo de tabaco en alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria. *Enfermería global*, 13 (35), 113-124. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000300007&script=sci_arttext
- Muñoz Rosino, E., y Sastre García, J. (2011). Consumo de tabaco en la población adolescente del barrio la Victoria de Valladolid. *Revista científica de Enfermería*, 3, 1-17. doi: 10.14198/recien.2011.03.05
- Navarro Lechuga, E., Vargas Morante, R., Martínez Olivo, R., Padilla Reales, B., Ruiz López, D., y Thorne Gleen, B. (2005). Factores asociados al consumo de cigarrillo en adultos del suroccidente de Barranquilla, Colombia. *Salud Uninorte*, 21, 3-14. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4107/2520>
- Obiols, S. D. S., y Obiols, G. (2006). *Adolescencia, posmodernidad y escuela*. Buenos Aires: Noveduc.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Tabaco*. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000018cnt-encuesta-nacional-factores-riesgo_2005.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (1999). *El tabaco y las adolescentes: tendencias actuales*. Recuperado de http://www.uata.org.ar/images/didactica/polimodal/el_tabaco_y_su_impacto_en_la_mujer_adolescente.pdf
- Papalia, D. E., Wendkos Olds, S., y Duskin Feldman, R. (2009). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia, 11ª edición*. México: Mc Graw Hill.

- Pedreira Massa, J. L., y Álvarez, L. M. (2000). Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada. *Documentación social*, 120, 69-90. Recuperado de <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/570/04%20BASES%20PARA%20UNA%20COMPRENSI%C3%93N%20ACTUALIZADA%20DS0120.pdf>
- Redoral Ripoll, D. (2008). *Cerebro y adicción*. Barcelona: UOC.
- Ries, F., Vázquez, C. C., Mesa, M. C. C., y Del Castillo Andrés, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competencias deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12 (2), 9-16. Recuperado de <http://bases.biblioteca.uca.edu.ar:2088/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4ba1a047-7abc-47da-9f30-9bc66cc8f21b%40sessionmgr115&vid=2&hid=102>
- Ruiz Sancho, A. M., y Lago Pita, B. (2005). Curso de actualización de pediatría 2005. En AEPap (Ed.), *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia*. (p. 265-280). Madrid: Exlibris Ediciones. Recuperado de https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf
- Samaniego, V., Bártolo, M., Berra, A., Bonzo, C., Btresh, E., Corzón, I., ... Villegas, A. (2004). Factores asociados al consumo de tabaco en una población de adultos. *Anuario de investigaciones*, 12, 145-152. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862005000100014&script=sci_arttext
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., y Lucio, P. B. (1991). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Santrock, J. W. (2004). *Adolescencia: Psicología del desarrollo*, 9ª edición. Aravaca (Madrid): Mc Graw Hill.
- Serfaty, E. M. (1992). Factores de riesgo en la adolescencia. *Alcmeon: Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 2 (1), 21-26. Recuperado de http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones_cie/1992/Factores_riesgo_adolescencia_1992.pdf

- Teixeira do Carmo, J., Andrés-Pueyo, A., y Álvarez López, E. (2005). La evolución del concepto de tabaquismo. *Cad. Saúde Pública*, 21 (4), 999-1005. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n4/02.pdf>
- Urdapilleta-Herrera, E. C., Sansores, R. H., Ramírez-Venegas, A., Méndez-Guerra, M., Lara-Rivas, A. G., Guzmán-Barragán, S. A., ...Moreno-Coutiño, A. (2010). Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción. *Salud Pública de México*, 52 (2), 120-128. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342010000800007&script=sci_arttext
- Valdez Piña, E., y Mandujano, J. L. (2013). Asociación entre la sensibilidad a la ansiedad y el consumo de tabaco. *Enseñanza e investigación en psicología*, 18 (2), 343-358. Recuperado de http://cneip.org.mx/documentos/revista/CNEIP_18_2/343.pdf
- Wood, M. C., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., Dongil, E., y Salguero, J. M. (2010). Relaciones entre estrés, tabaco y trastorno de pánico. *Ansiedad y estrés*, 16 (2-3), 309-325. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Cano-Vindel/publication/230577138_Relaciones_entre_estrs_tabaco_y_trastorno_de_pnico/links/0912f5018f23e47797000000.pdf
- Wood, C. M., Iruarrizaga, I., Cano-Vindel, A., y Dongil, E. (2009). Ansiedad y tabaco. *Intervención psicosocial*, 18 (3), 213-231. Recuperado de <http://bases.biblioteca.uca.edu.ar:2088/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5c2ec6dd-d09e-424a-8280-55e394139788%40sessionmgr111&vid=1&hid=102>
- Yuni, J. E., y Urbano, C. A. (2006). *Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Córdoba: Brujas.