



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

TÍTULO: “Evaluación del Nivel de Consumo de Tabaco y Autoestima en estudiantes universitarios de la Carrera de Psicología”

TESISTA: Carla Inés Schiaffino

LEGAJO: 1341

E-MAIL: carla.schiaffino82@gmail.com

TUTORA: Dra. Elisa Cortese

TÍTULO A OBTENER: Licenciatura en Psicología

FACULTAD: Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

FECHA: Diciembre, 2014

Agradecimientos

Quisiera dedicar este trabajo, en primer lugar a mi familia: a mis padres, a mis hermanos y a mis abuelos, sin los cuales hoy no sería quien soy. A los grandes amigos que brindaron su apoyo a lo largo de todo el camino durante la carrera, a Fernando, mi compañero de vida, quien fue testigo de los innumerables días pasados estudiando y trabajando con distintos proyectos para la facultad y ahora ve conmigo los frutos de ese esfuerzo.

En segundo lugar, debo agradecer a mis compañeros de toda la carrera, en los que supe encontrar pares que compartieron mi pasión por esta profesión que elegimos y en quienes encontré verdaderos amigos que me brindaron su calidez y humanidad, tanto en los momentos de logro como en los momentos de fracaso, ambos necesarios para poder aprender y crecer. Quiero nombrar a Eliana Marelich, quien fue una gran compañera de equipo que se convirtió en un invaluable apoyo a lo largo de toda la carrera. También agradezco a Laura y a Gabriela que supieron orientarme a lo largo del proceso de la tesis.

Por último, no puedo dejar de agradecer a los docentes que me inspiraron al transmitir su pasión, haciendo que las clases fueran un deleite y un recordatorio permanente del motivo de elección de esta carrera: Julieta D'Avirro, Gastón Saux, Constanza Moncada Galvis, Ricardo Cortese, Cecilia Zugazaga, Ricardo Kuzmicki, Liliana Hazrun, John James Gómez Gallego y Roxana Castro Wojda. Un agradecimiento especial va dirigido a mi tutora, la Dra. Elisa Cortese, quien con muy buena predisposición aceptó el desafío de colaborar con mi proyecto.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	2
Título, Tema, Resumen y Palabras Clave.....	6
1. Planteamiento del Problema.....	7
1.2. Marco Contextual.....	9
2. Relevancia y Justificación.....	11
3. Antecedentes sobre el tema.....	12
4. Marco Teórico.....	18
4.1. Tabaquismo.....	18
4.1.1. Breve historia sobre los orígenes del tabaco.....	18
4.1.2. La nicotina.....	19
4.1.3. Dependencia al Tabaco.....	20
4.1.3.1. Abstinencia.....	22
4.1.4. Susceptibilidad al consumo de tabaco y factores asociados.....	22
4.1.5. Efectos a corto y largo plazo y diferencias en la prevalencia de trastornos relacionados con el tabaco según el sexo.....	24
4.1.6. Tabaquismo pasivo y sus consecuencias.....	26
4.1.7. Tratamiento.....	27
4.1.7.1. Consideraciones preliminares acerca de las intervenciones.....	27
4.1.7.2. Tratamiento Psicológico.....	30
4.1.7.2.1. Entrevista Motivacional.....	31
4.1.7.2.2. Técnicas específicas de tratamiento psicológico.....	32
4.1.7.3. Tratamiento Farmacológico.....	35
4.1.7.4. Diferencias en las intervenciones para hombres y mujeres.....	37
4.1.8. Fumar y comorbilidad asociada con más frecuencia.....	38
4.1.9. Tabaquismo en estudiantes universitarios.....	38
4.2. Autoestima.....	40
4.2.1. Aproximaciones al constructo Autoestima.....	40
4.2.2. Autoestima y Salud.....	44
4.2.2.1. Implicancias de contar con una Autoestima adecuada.....	45
4.2.2.2. Implicancias de carecer de un buen nivel de Autoestima.....	47
4.2.3. La Autoestima como una necesidad.....	48
4.2.4. Autoestima en hombres y mujeres.....	49

4.2.5. Autoestima en estudiantes universitarios.....	50
5. Objetivos.....	52
5.1. Objetivo General.....	52
5.2. Objetivos Específicos.....	52
6. Hipótesis.....	53
7. Propuesta Metodológica.....	54
7.1. Tipo de diseño.....	54
7.2. Universo.....	54
7.3. Muestra.....	54
7.4. Fuente.....	54
7.5. Unidad de Análisis.....	54
7.6. Criterios de Inclusión.....	55
7.7. Criterios de Exclusión.....	55
7.8. Definiciones Operacionales.....	55
7.9. Instrumentos.....	55
7.9.1. Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo (C4)....	55
7.9.2. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).....	57
8. Análisis.....	60
8.1. Procedimiento.....	60
8.2. Gráficos descriptivos de la muestra evaluada.....	62
Tabla 1. Diferencias en nivel de consumo de cigarrillos.....	63
Tabla 2. Diferencias en el nivel de autoestima.....	64
8.3. Resultados.....	65
Tabla 3. Prueba de normalidad y Distribución de consumidores de cigarrillos....	65
Tabla 4. Prueba de normalidad y Distribución de autoestima.....	66
Tabla 5. Casos con puntajes de nivel leve de consumo de cigarrillos en estudiantes de ambos sexos. Tabla de contingencia.....	66
Tabla 5.1. Casos con puntajes de nivel moderado de consumo de cigarrillos en estudiantes de ambos sexos. Tabla de contingencia.....	67
Tabla 5.2. Casos con puntajes de nivel alto de consumo de cigarrillos en estudiantes de ambos sexos. Tabla de contingencia.....	67
Tabla 5.3. Casos con puntajes de nivel de dependiente de consumo de cigarrillos en estudiantes de ambos sexos. Tabla de contingencia.....	68
Tabla 6. Casos con puntajes de nivel bajo de autoestima en estudiantes de	

ambos sexos. Tabla de contingencia.....	68
Tabla 6.1. Casos con puntajes de nivel medio de autoestima en estudiantes de ambos sexos. Tabla de contingencia.....	69
Tabla 6.2. Casos con puntajes de nivel alto de autoestima en estudiantes de ambos sexos. Tabla de contingencia.....	69
Tabla 7. Casos con puntajes de nivel bajo de autoestima en estudiantes fumadores y no fumadores. Tabla de contingencia.....	70
Tabla 7.1. Casos con puntajes de nivel medio de autoestima en estudiantes fumadores y no fumadores. Tabla de contingencia.....	70
Tabla 7.2. Casos con puntajes de nivel alto de autoestima en estudiantes fumadores y no fumadores. Tabla de contingencia.....	71
Tabla 8. Casos con puntajes de nivel bajo de autoestima en estudiantes del sexo femenino. Tabla de contingencia.....	71
Tabla 8.1. Casos con puntajes de nivel medio de autoestima en estudiantes de sexo femenino. Tabla de contingencia.....	72
Tabla 8.2. Casos con puntajes de nivel alto de autoestima en estudiantes de sexo femenino. Tabla de contingencia.....	72
Tabla 9. Casos con puntajes de nivel bajo de autoestima en estudiantes de sexo masculino. Tabla de contingencia.....	73
Tabla 9.1. Casos con puntajes de nivel medio de autoestima en estudiantes de sexo masculino. Tabla de contingencia.....	73
Tabla 9.2. Casos con puntajes de nivel alto de autoestima en estudiantes de sexo masculino. Tabla de contingencia.....	74
Tabla 10. Correlaciones entre Consumo de Cigarrillos y Autoestima en estudiantes de Psicología fumadores.....	75
Tabla 10.1. Correlaciones entre Consumo de Cigarrillos y Autoestima en Estudiantes fumadores de acuerdo al sexo.....	76
9. Discusión y Conclusiones.....	77
Referencias Bibliográficas.....	86
Anexos.....	91
Consentimiento Informado.....	92
EAR.....	93
C4.....	96

TÍTULO: “Evaluación del nivel de Consumo de Tabaco y Autoestima en estudiantes universitarios de la carrera de Psicología”

TEMA: Tabaquismo y Autoestima

RESUMEN

Con el presente trabajo se pretendió evaluar la relación entre consumo de tabaco y autoestima en estudiantes universitarios de la carrera de Psicología. Además, se buscó comparar y analizar para detectar diferencias en las puntuaciones de consumo de cigarrillos y autoestima de estudiantes de Psicología fumadores y no fumadores de ambos sexos. La muestra estuvo compuesta por 100 participantes, 50 de los cuales fueron fumadores. Al momento de la recolección de los datos, estos estudiantes se encontraban cursando en la Universidad Abierta Interamericana, en las sedes del Conurbano Sur Bonaerense. Se administraron para ello, dos instrumentos: el Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo para jóvenes C4 (Londoño Pérez, Rodríguez Rodríguez y Gantiva Díaz, 2011) y la escala de Autoestima de Rosenberg (1973).

Los resultados de este estudio señalan que no existen a grandes rasgos relaciones significativas entre el consumo de cigarrillos y la autoestima en estudiantes de Psicología fumadores pero sí específicamente entre el nivel de consumo moderado y la autoestima media en estudiantes de sexo masculino. Asimismo, se encontraron puntuaciones similares de consumo de cigarrillos en estudiantes hombres y mujeres. En referencia a la autoestima, no se hallaron diferencias significativas con respecto al sexo y tampoco en cuanto a los niveles bajo y medio de autoestima cuando se comparó la misma en fumadores y no fumadores pero sí se hallaron diferencias significativas con respecto al nivel de autoestima alto, favoreciendo a los primeros.

PALABRAS CLAVE: Tabaquismo y Autoestima.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lucha contra el tabaquismo figura en la actualidad en la agenda de las políticas de salud pública (Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, 2011). Esto no es un dato menor y se comprende la importancia de este problema al contar con datos de la Organización Mundial de la Salud, que indican que el tabaco es la principal causa de muerte prevenible y que es el culpable de 5 millones de muertes al año en todo el mundo. Se tiene en cuenta que la mayor cantidad de estas muertes tienen lugar en los países que poseen bajos y medianos ingresos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010).

Debido a las consecuencias graves que ocasiona el consumo de tabaco, tanto a nivel orgánico como psicológico, se pone de manifiesto la importancia de esta problemática si tenemos en cuenta aquellos documentos como la Guía anteriormente mencionada, que arroja datos de relevancia en relación a la morbimortalidad prevenible manifestada sobre todo a través de enfermedades como el cáncer, patologías cardiovasculares y respiratorias crónicas, sin olvidar la dependencia física y psicológica que ocasiona este hábito, como así también la exclusión social.

Actualmente, existe un Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), diseñado por la OMS, el cual entró en vigencia en febrero de 2005 con el objetivo de implementar medidas efectivas para reducir el consumo de cigarrillo, alertando a la población sobre los peligros del mismo, brindando información y fijando criterios estrictos para el cumplimiento de la normativa que apunta a preservar el derecho de las personas a gozar de un buen nivel de salud (OMS, 2013). Según la Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco (2011), mueren en nuestro país más de 40.000 personas al año debido al consumo y se estima una pérdida de 824.804 años de vida saludables. Por otro lado, el costo sanitario que conlleva este flagelo se eleva al 15% del gasto sanitario en salud, porcentaje que supera con creces lo recaudado con el impuesto al tabaco.

En relación al tabaquismo adquirido en etapas tempranas de la vida como el período adolescente, Contreras Camacho, Luna Domínguez y Arrieta Pérez (2008), establecen que:

“El consumo de sustancias adictivas y la mayoría de los hábitos nocivos para la salud, suelen adquirirse en esta etapa, pero no se traducen en morbilidad o mortalidad durante el período de la adolescencia misma, sino más tarde en la vida, y sus repercusiones comprometen una transición saludable en la vida adulta.” (p.239)

Por otra parte y en referencia a la autoestima, Autores como Marchant, Haeussler y Torrenti (2002 citados en Olivari Medina y Barra Almagiá, 2005) vinculan este concepto con la percepción que una persona tiene sobre sus características y destrezas, por lo que, la relevancia aquí estriba fundamentalmente en evaluar la manera de sentir de los estudiantes de Psicología acerca de sí mismos, dada la profunda incidencia que ello tiene en todos los aspectos de sus vidas, incluyendo el comportamiento.

Es de destacar que, el interés que reviste el concepto de autoestima en este trabajo radica en que se trata de un constructo que ha sido estudiado ampliamente y se lo ha relacionado indefectiblemente con el bienestar general de los individuos, lo que sugiere que podría ser considerado como un satisfactorio indicador de salud mental (Rojas-Barahona, Zegers y Forster, 2009).

Al contemplar el valor del concepto de autoestima y su influencia en las cogniciones y conductas de las personas, podemos considerar tal como lo describen Torres, Fernández y Maceira (1995 citados en Olivari Medina y Barra Almagiá, 2005), que las personas con alta autoestima, a diferencia de las que presentan un nivel bajo, se caracterizan por presentar una conducta bien integrada y su procesamiento cognitivo implica el poder discriminar información relevante de la irrelevante. Además, indican que la elevada autoestima podría reducir la susceptibilidad a las influencias sociales.

Es por ello que, dado el rol de agente de salud en el cual se desempeñará el profesional psicólogo/a, resulta de gran relevancia evaluar el nivel de consumo de cigarrillos en estudiantes de la carrera de Psicología, al tiempo que se considera significativo tomar en cuenta su relación con el nivel de autoestima de esta población.

Por tal motivo, surge entonces la pregunta guía de la presente investigación: ¿Cómo se relaciona el consumo de cigarrillos y la autoestima en estudiantes universitarios de la carrera de Psicología? Con el fin de poder realizar una evaluación de este hábito en los estudiantes de Psicología y analizar su vinculación con la autoestima para descubrir si existen diferencias en el nivel que presentan los estudiantes de Psicología fumadores y no fumadores de la U.A.I. Esperando contribuir para identificar las características asociadas a un nivel dependiente de consumo de cigarrillos, el cual supone un perjuicio para la salud, así como ayudar a caracterizar un determinado nivel de autoestima puesto que, se estima que contar con una autoestima adecuada se traducirá en un comportamiento mejor integrado tal como lo mencionaban Torres et al. (1995 citados en Olivari Medina y Barra Almagiá, 2005) y por ende en un adecuado bienestar general (Rojas-Barahona et al., 2009). De la misma manera, se pretende alertar sobre los casos en que el nivel de autoestima pudiera ser bajo, identificando las características relacionadas a una autoestima deficiente.

1.2. Marco Contextual

Se eligió una muestra comprendida por estudiantes universitarios pertenecientes a la Universidad Abierta Interamericana (U.A.I.) debido a que, los programas curriculares destinados a la educación de los mismos están diseñados tomando en consideración una formación de tipo humanística, sustentada en valores tendientes a fomentar tanto el desarrollo de habilidades personales como la autoestima, la auto-afirmación y la asertividad entre otras, así como el desarrollo de habilidades sociales, entre las que se destacan la solidaridad y la cooperación (De Vincenzi, 2010). Esto responde a la función primaria de la Universidad, la cual consiste en la formación de profesionales competentes que se encuentren preparados para brindar soluciones adecuadas a las necesidades del contexto socio-profesional, a la par que se otorga un importante lugar para el desarrollo personal en pos de una mejora en la calidad de vida (De Vincenzi, 2010).

Debido a que se espera que el perfil profesional docente de la U.A.I. pueda concebirse más allá de su especificidad científica y que se promueva la formación sistemática así como una actualización y perfeccionamiento permanente, ello contribuye a contar con profesionales idóneos en las distintas áreas de formación, lo que se traduce

en la promoción de estudiantes con un amplio bagaje teórico-práctico, susceptible de poder ser aprovechado por los destinatarios de este aprendizaje (De Vincenzi, 2010).

Se puede decir entonces que, el perfil buscado en la U.A.I. se basa en el desarrollo de actitudes y conocimientos, así como de destrezas por lo que, a diferencia del paradigma tradicional, en el cual el eje de la enseñanza se centraba en el docente, la U.A.I. promueve un lugar activo por parte del estudiante, superador de este paradigma (De Angelis, 2011), fomentando entonces debido a las características mencionadas, que el perfil profesional de la Carrera de Licenciado en de Psicología cuente con las herramientas adecuadas para realizar su labor, pudiendo intervenir en diversos contextos pero siempre asumiendo la responsabilidad de su desarrollo y crecimiento, lo que redundará en el incremento de su autonomía como profesional Psicólogo/a el día de mañana.

2. RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN

Este trabajo tiene la intención de apuntar a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades que ocasiona el hábito adictivo al tabaco, por lo tanto, está dirigido a contribuir con la labor de los profesionales de la salud, sean estos psicólogos, médicos, graduados o en formación y de otras carreras afines, que llevan a cabo la atención de pacientes en el área clínica privada u organizacional, destinada a la prevención primaria y secundaria en referencia al consumo de cigarrillos y las patologías asociadas a este. Asimismo, y con el mismo fin a propósito de la promoción de la salud, se pretende evaluar la relación entre el consumo de cigarrillos y la autoestima en estudiantes universitarios de la carrera de Psicología.

En cuanto al valor teórico, se pretende aportar información científica complementaria a la información actual acerca del tabaquismo y su vinculación con la autoestima en estudiantes universitarios de la carrera de Psicología. Conjuntamente, se pretende colaborar brindando una investigación que proporcione datos acerca de los problemas asociados a esta conducta, así como su relación con un determinado nivel de autoestima, con el fin de que ello pueda ser considerado por profesionales vinculados a la salud.

De lo anterior se desprende que este trabajo pueda ejercer una influencia práctica debido a que aspira a contribuir para mejorar la calidad de vida de los estudiantes de Psicología fumadores así como de los que no siendo fumadores, posean un nivel bajo o medio de autoestima, ya sea que se trate de profesionales de la salud o no. Es decir, se apunta a favorecer el incremento de la calidad de vida de toda la comunidad educativa de la U.A.I.

3. ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA

Se ha hecho un relevamiento de trabajos realizados por otros autores hasta el momento con el objeto de indagar acerca del consumo de tabaco y sus implicancias así como la vinculación del mismo con la autoestima.

Una investigación destacada en relación al tabaquismo, es la llevada a cabo por la Universidad ISALUD en 2012, la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS), coordinada y supervisada por el Ministerio de Salud de la Nación. De la encuesta participaron 2789 estudiantes de 1° a 3° año de la escuela secundaria y constituye una medida para colaborar con las obligaciones de los países con respecto al Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS. Los resultados arrojados fueron que el 20,2% de los varones, el 23,7% de las mujeres y un 22,0% del total, fuma tabaco actualmente. Con respecto a la cesación del consumo, se obtuvo que 6 de cada 10 fumadores actuales hicieron el intento de dejar el hábito en los últimos 12 meses y 6 de cada 10 expresaron el deseo de querer dejar de fumar. Además, en comparación con el año 2007, en 2012 se observó una merma en la cantidad de fumadores de cigarrillos en nuestro país, lo que puede estar relacionado con las políticas más firmemente implementadas destinadas al control y vigilancia del consumo de tabaco.

En el estudio llevado a cabo por Londoño Pérez et al. (2011), que tuvo como objetivo el diseño y validación del Instrumento C4, el Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo para adolescentes y jóvenes, la muestra estuvo conformada por 448 estudiantes universitarios de los cuales 240 eran no fumadores y 208 eran fumadores. Los resultados arrojaron que la mayor parte de los estudiantes, a saber 128, presentaron un nivel dependiente de consumo mientras que, 56 de ellos clasificaron para el nivel de consumo alto. Con respecto a los niveles moderado y bajo de consumo, encontraron 16 y 8 estudiantes respectivamente. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas de consumo en relación al sexo.

En esta misma línea, se encontró evidencia de que el consumo de cigarrillos diarios en adolescentes es el mismo tanto en hombres como en mujeres, observándose desde el año 2004 al 2009 un incremento en el consumo de estas últimas (Rueda-Jaimes et al, 2009). Lo que pone de relieve el hecho de que el consumo de

cigarrillo en la adolescencia es un proceso cuyas fluctuaciones dependen de la cultura y las costumbres (Rueda-Jaimes et al, 2009), y debido a ello estaría determinado por el momento histórico en cuestión.

En contraposición a lo mencionado, una investigación realizada en México, llevada a cabo por López Brambila (2010), que buscaba dar cuenta acerca de la prevalencia de tabaquismo y síntomas reforzadores asociados en los estudiantes de la carrera de odontología, encontró que de una muestra de 1321 estudiantes, el 68,9% fueron consumidores de tabaco alguna vez en su vida y el nivel de consumo dependiente en los hombres fue mayor que en las mujeres. Para este estudio se utilizó la escala de Fagerström para dar cuenta de la dependencia de la nicotina.

Un estudio realizado en adolescentes colombianos reveló que uno de cada 22 estudiantes de Bucaramanga consume cigarrillos diariamente y que dentro de los factores asociados a este consumo se contó el hecho de que estos estudiantes estuvieran vinculados con consumidores de sustancias, el percibirse con una salud deteriorada, el contar con un patrón de dependencia alcohólica y poseer elevada autoestima (Rueda-Jaimes et al, 2009). Sin embargo, investigaciones como la de los autores Becoña y Míguez (2004), mencionan que factores como una pobre habilidad asertiva, causas genéticas así como una baja autoestima, predispondrían al hábito de fumar. Asimismo, González Henríquez y Berger Vila (2002) llevaron a cabo una investigación en la que quedó establecido que contar con una elevada autoestima funcionaría como un factor protector de la susceptibilidad al consumo de cigarrillo.

Por otro lado, en un trabajo realizado en España por Gázquez, Pérez, Ruiz, Miras y Vicente (2006), con el objeto de investigar acerca de las estrategias de estudio en estudiantes de enseñanza secundaria y su relación con la autoestima, se llegó a concluir que los estudiantes masculinos poseen en general una autoestima más elevada que sus pares femeninas, debido a que poseen mayor aceptación de sí mismos. De todas maneras, aclaran los autores, que en su estudio no se hallaron diferencias significativas de autoestima entre ambos sexos. De todos modos, en un estudio que intentaba detectar variables que pudieran incidir en el rendimiento de estudiantes mexicanos, se halló que los hombres tendían a verse a sí mismos bajo una luz más favorable que las mujeres, así como a verse más competentes que estas últimas. Lo que concuerda con estudios en los

que se han detectado diferencias significativas en el nivel de autoestima de hombres y mujeres, favoreciendo a los primeros (Caso-Niebla y Hernández-Guzmán, 2007).

Por otro lado, una investigación llevada a cabo por Fernández, Barradas Alarcón, González Santes y Sánchez Barradas (2010) y presentada en un Congreso Internacional de Chiapas, tuvo como objetivo evaluar el consumo de tabaco y su relación con la autoestima en estudiantes que ingresaban a la carrera de Ingeniería Química del Instituto Tecnológico de Veracruz, México. No se hallaron diferencias significativas en cuanto al nivel de consumo de cigarrillo de acuerdo al sexo. Para evaluar dicho consumo se utilizó el Test de Fagerström, hallándose en ambos grupos una baja dependencia del tabaco. Para Medir la Autoestima se utilizó el MMPI-A y tampoco se hallaron diferencias significativas en cuanto al sexo, obteniendo para casi la totalidad de la muestra, puntuaciones sin baja autoestima.

En concordancia con lo anterior y en referencia al nivel de autoestima, un estudio realizado para validar la Escala de Autoestima de Rosenberg en población chilena, halló que no hubo diferencias en las medias del puntaje total de autoestima de hombres y mujeres (Rojas-Barahona et al., 2009). En el mismo sentido, una investigación llevada a cabo en España por Sánchez López, Aparicio García y Dresch (2006), comprendida por una muestra de 500 sujetos de 25 a 65 años recogida al azar y representativa de esta población, encontró que no existían diferencias según sexo en la variable autoestima, siendo la media para mujeres de 20,95 y para los hombres de 21,42.

De todas maneras, es de destacar una investigación llevada a cabo por Olivari Medina y Barra Almagiá (2005), en la que se buscaba indagar acerca de la influencia de la autoestima en la conducta de fumar en los adolescentes. Se utilizó el Inventario de Autoestima de Coopersmith para medir la primera variable y un cuestionario sobre la conducta de fumar elaborado específicamente para este estudio para evaluar la segunda. No se hallaron diferencias significativas en autoestima total ni general entre fumadores y no fumadores y tampoco se encontró relación entre estas dimensiones y la conducta de fumar. Sin embargo, se halló una diferencia significativa en autoestima hogar favoreciendo a los no fumadores y una relación inversa significativa entre autoestima hogar y conducta de fumar en las mujeres fumadoras. Por lo que, los autores concluyeron que el sentirse poco valorado en el hogar puede incidir

en la conducta de fumar en los adolescentes y en especial, en las mujeres, estableciendo que el sentirse valorado en el grupo familiar, actuaría como un factor protector para no adquirir el hábito tabáquico.

Una investigación realizada en España por Antona Rodríguez (2008), estableció que si bien el tabaco afecta por igual a hombres y mujeres y que la conducta tabáquica en ambos es similar, la prevalencia en hombres ha disminuido en contraposición a la prevalencia en las mujeres, la cual se ha incrementado. La autora añade que la Encuesta Nacional del Plan sobre Drogas del año 2004 en ese país, al referirse a fumadores de los últimos 30 días, arrojó para los hombres un dato de 32,9%, mientras que para las mujeres un 41,9%. Además, agrega que debido a que existen riesgos que afectan a cada género en particular y específicamente a la mujer, lo que se ha observado es un aumento en la tendencia de patología vinculada con el consumo en el sexo femenino.

Sin embargo, en un estudio llevado a cabo en la Universidad de Santiago de Cali (USC), realizada por el Grupo de Investigación en Salud Respiratoria (GISAR), con el objetivo de estudiar la prevalencia del tabaquismo en los estudiantes de las carreras vinculadas a la salud y de otras áreas, se obtuvo que los hombres fumaban más que las mujeres con un 34.8% y 18.1% respectivamente, con diferencias significativas ($p < 0.0000$). En cuanto a la edad con la cifra más alta de fumadores, la misma fue de 22 años. Asimismo, se encontró que la prevalencia de consumo de tabaco fue mayor en los estudiantes universitarios de las carreras distintas a las del área de salud. Dentro de las carreras vinculadas a la salud, las de mayor prevalencia fueron las de Instrumentación Quirúrgica, Medicina, Enfermería, Fisioterapia y Psicología, observándose una prevalencia entre 20% y 32% de consumidores de tabaco (Tafur, Ordoñez, Millán, Varela y Rebellón, 2006).

En estudios como el llevado a cabo por Abernathy y Massad (1995), se encontró que había una diferencia significativa entre la conducta de fumar y la autoestima en hombres y mujeres. La cohorte de este estudio comprendió a 3567 adolescentes, dando como resultado que no existía asociación entre el nivel de autoestima reportado por los varones en 6° grado y el fumar posteriormente de 6° a 9° grado. En cambio, en las mujeres, sí se encontró una fuerte vinculación entre el nivel de

autoestima examinado en 6° y la posterior conducta de fumar. De hecho, la probabilidad de fumar para estas adolescentes se incrementaba de 2,5 a 3,5 veces más cuando su autoestima era baja.

En esta misma línea, Otsuki (2003), llevó a cabo un estudio con una muestra comprendida por 4300 adolescentes pertenecientes a cinco países asiáticos, encontrando una relación significativa negativa entre el consumo de cigarrillos y la autoestima en todos los grupos de mujeres y en uno de los grupos de varones. Asimismo, se halló una vinculación entre la conducta de fumar y depresión solamente en las mujeres.

Se encontró también que adolescentes fumadores presentaban un nivel de autoestima más bajo en dimensiones como cognitiva y familiar aunque no en el aspecto físico, en comparación con los adolescentes que no poseían este hábito. Por lo que, se llega a concluir que las distintas áreas de la autoestima se relacionan de modo diferente con la conducta de fumar (Kabawata, Cross, Nishioka y Shimai, 1999). Asimismo, se encontraron diferencias significativas en el nivel de autoestima entre hombres y mujeres, favoreciendo a los primeros.

Investigaciones muestran una relación entre el consumo de tabaco y diversas patologías, tales como depresión, ansiedad, esquizofrenia y alcoholismo (Becoña y Míguez, 2004). De hecho, estas exploraciones, dejaron en los noventa, evidencia acerca de la vinculación entre consumo de tabaco y depresión, a tal punto que en 1997 se empezó a comercializar el primer antidepresivo para fumadores, a saber, Bupropión.

Del mismo modo, estudios llevados a cabo por Glassman et al (1990) y Breslau, Kilbery y Andreski (1991, citados en Becoña y Míguez, 2004), mostraron que es mayor el porcentaje de depresión en las personas fumadoras en comparación con las no fumadoras y que existe una mayor probabilidad de comenzar a fumar en los sujetos que presentan episodios de depresión mayor en su historia previa. De ello se desprende que es más fácil dejar de fumar para las personas que no cuenten con historia previa de depresión mayor. Según Becoña y Míguez (2004), la prevalencia de trastornos del estado del ánimo tiene como grupo riesgo a las mujeres dado que esta prevalencia es del

doble con respecto a los hombres, por lo que estas se convierten en un grupo de mayor peligro para adquirir el hábito tabáquico y por ende su posterior abandono.

En un estudio llevado a cabo por Johnson, Cohen, Pine, Klein, Kasen y Brook (2000), se encontró que existe relación entre fumar en la adolescencia y padecer trastornos de ansiedad en la adultez pero que en cambio, padecer de trastornos de ansiedad en la adolescencia no se vinculaba con fumar en la adultez. De igual manera, Colombo y Ghignone (2005), hacen referencia a estudios que establecen que existe vinculación entre el tabaquismo y el riesgo de padecer trastornos de ansiedad en la adolescencia tardía. Se estimó que adquirir este hábito en la adolescencia provoca cambios fisiológicos que causan un daño temprano en el pulmón, lo que puede desembocar en un mayor riesgo de padecer cáncer en esa zona.

Otro estudio realizado por Breslau y Klein (1999), analizó la vinculación entre la conducta de fumar y los ataques de pánico. Los autores encontraron que existe una relación entre estos dos aspectos, no existiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Un estudio prospectivo acerca de las consecuencias a largo plazo del hábito de fumar, citado por Colombo y Ghignone (2005), cuyo comienzo se dio en el año 1951, consistió en evaluar el consumo de tabaco en 40000 médicos británicos. Dicho estudio arrojó que casi la mitad de los fumadores moriría como consecuencia del consumo de tabaco. Se estimó que la supervivencia promedio de los fumadores sería de 7,5 años menor que la de las personas no fumadoras. Asimismo, la expectativa de vida disminuía en función de la cantidad de cigarrillos consumida.

También, Colombo y Ghignone (2005), mencionan un estudio llevado a cabo en 1954 en el cual se demostró que los hombres fumadores tenían 24 veces más chances de morir de cáncer de pulmón, aduciendo que ese riesgo era proporcional a la cantidad de cigarrillos consumidos. Mencionan también que en varios países, más mujeres mueren a causa de cáncer de pulmón que de cáncer de mama.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Tabaquismo

4.1.1. Breve historia sobre los orígenes del Tabaco

Para comenzar, se puede decir que la planta del tabaco es originaria del continente americano. Los indígenas la utilizaban desde la época pre colonial. Los Mayas, entre otros, utilizaban esta planta con fines religiosos, políticos y medicinales. Con respecto a los fines religiosos y políticos, estos consistían en celebraciones, alianzas bélicas y suscripción de acuerdos de paz cuando finalizaba una guerra. En cuanto a los fines medicinales, se le atribuían a esta planta diversas propiedades sanadoras contra el asma, fiebre, heridas producto de mordeduras de animales, enfermedades de la piel y problemas del aparato digestivo. Asimismo, se menciona que los Aztecas lo utilizaban para fines medicinales, como sustancia narcótica y a la vez embriagante (Rubio Monteverde y Rubio Magaña, 2006).

Luego de la llegada de Cristóbal Colón a América en 1492, fueron llevadas a España las primeras semillas de tabaco. En Europa se dio a conocer este nuevo elemento a través de los escritos de Fray Bartolomé de las Casas y también por medio del informe que el fraile Romano Pane rindió ante el rey Carlos V. En dicho informe relataba las bondades medicinales de la hoja de tabaco (Rubio Monteverde y Rubio Magaña, 2006).

El consumo de tabaco tuvo que sortear diversas políticas de penalización y prohibición a lo largo de toda su historia. Fue el Papa Alejandro VII quien se percató de la ganancia financiera que significaría este consumo y estableció el primer impuesto sobre el uso del tabaco en 1660. Más adelante, en 1779, Benedicto XII fundó la primera fábrica pontificia de tabaco, dejando a cargo de monjas la elaboración de los cigarrillos (Rubio Monteverde y Rubio Magaña, 2006).

El principal componente de la hoja de tabaco se denomina nicotina y debe su nombre a Jean Nicot, embajador francés. Este fue quien recomendó su uso medicinal para la reina de Francia, Catalina de Medicis, y desde entonces el tabaco fue

finalmente aceptado socialmente. Para fines del siglo XVI, el uso del tabaco se había extendido por todo el mundo (Rubio Monteverde y Rubio Magaña, 2006).

Es importante destacar, que las mujeres no fueron fumadoras asiduas como los hombres sino hasta después de la Segunda Guerra Mundial. Lo que contribuyó a su iniciación en el hábito tabáquico fue entre otras cosas el acceso al mundo laboral, hasta entonces detentado solamente por los hombres. Otra de las situaciones que favoreció la conducta de fumar en las mujeres, fueron los diversos movimientos que lucharon por lograr su emancipación y su igualdad ante los hombres (Becoña Iglesias y Vázquez González, 2000). Autores como Becoña Iglesias y Vázquez González (2000), alertan sobre el paulatino y constante incremento de la prevalencia de tabaquismo en las mujeres a lo largo de los años, afirmando que de continuar esta tendencia, podría suceder que en el futuro haya más mujeres fumadoras que hombres fumadores.

4.1.2. La Nicotina

La nicotina fue clasificada como sustancia adictiva en 1988 por el Ministerio de Salud de Estados Unidos, siendo los cigarrillos la vía más eficiente para suministrar esta sustancia en cuestión. Se estima que el fumador promedio consume entre 1 y 2 miligramos de nicotina cada vez que inhala y su poder de adicción radica en la rapidez con que la nicotina llega al cerebro, siendo esta demora de tan solo diez segundos (Ministerio de Salud [MSAL], s.f.). Autores como Rubio Monteverde y Rubio Magaña (2006), expresan que la nicotina provoca la adicción ya que, es la responsable de producir la sensación de placer al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos pertenecientes al sistema nervioso central y al respecto enuncian lo siguiente:

“La nicotina es absorbida fácilmente a través de la piel, las mucosas y los pulmones; la forma más frecuente de administración es inhalada, absorbiéndose a través de las mucosas de la boca y las vías aéreas para llegar al plasma en donde alcanza niveles suficientes para atravesar la barrera hematoencefálica y llegar a

los núcleos dopaminérgicos pocos segundos después de su contacto con el organismo, lo que proporciona al adicto efectos placenteros muy rápidamente.” (p. 297)

Pero el efecto de la nicotina también desciende rápidamente, no solamente a causa de la difusión en los distintos tejidos, sino a que su vida media también es muy reducida y es de apenas dos horas. La nicotina es una sustancia que se metaboliza principalmente en el hígado y en el pulmón y se elimina a través de la orina (Colombo y Ghignone, 2005).

4.1.3. Dependencia del Tabaco

Resulta de utilidad tomar la definición que la Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco (2011), formulada por el MSAL, ofrece acerca de lo que se considera *dependencia del tabaco* o *adicción al tabaco*: se trata de un conjunto de expresiones en tres niveles diferentes: conducta, cognición y síntomas fisiológicos. Estas manifestaciones se presentan luego de un consumo repetido de tabaco y consisten en un fuerte deseo de consumirlo así como en complicaciones para poder controlar este consumo. Se persiste en el mismo a pesar de las consecuencias graves que ocasiona y se dedica cada vez más tiempo a esta actividad. Se produce un incremento de la tolerancia y un estado de abstinencia física cuando disminuye o cesa el consumo.

Se establece una triple dependencia ocasionada por el consumo de tabaco, a saber: física: derivada directamente de la nicotina, provocando el síndrome de abstinencia mencionado; dependencia psicológica: referida a la “compañía” que supone el hábito de fumar y de la que parece imposible escapar o evitar y, por último, la dependencia social, puesto que el fumar se relaciona con el hecho de ser un acto social porque tiene lugar en situaciones que son compartidas con otras personas como reuniones y, en la adolescencia sobre todo, se vincula como signo de rebeldía y madurez (MSAL, s.f.).

El manual DSM IV (1994), clasifica la dependencia de la nicotina dentro del apartado que comprende a los trastornos relacionados con sustancias, estableciendo

que los síntomas más frecuentemente asociados con las sustancias tóxicas son: el deterioro cognoscitivo y el deterioro del estado del ánimo, pudiendo presentar también síntomas de ansiedad entre otros.

Se propone la existencia de una conducta repetitiva de ingesta que muy usualmente conlleva a la tolerancia, a la abstinencia y a un consumo compulsivo de la sustancia. Tal es así que, una de las características más frecuentemente asociadas con la dependencia de sustancias es la llamada *craving*, terminología adoptada para significar la necesidad irresistible de consumo. Al respecto, la Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco (2011), establece que se trata de una manifestación exacerbada del síndrome de abstinencia, en la cual el deseo de fumar se percibe como irrefrenable. Se indica que lo sufren más del 80% de los fumadores que han pasado entre 8 y 12 horas sin fumar y se vincula este fenómeno con la tasa de recaída.

Se debe enfatizar que, si bien los fumadores diarios son los que constituyen el centro de atención en cuanto a problemas de salud pública, debido a que presentan con mayor frecuencia signos de dependencia nicotínica, mayores dificultades a la hora de abandonar el consumo y mayor riesgo de ver perjudicada su salud física y mental, el hecho de fumar cigarrillos a diario no constituye por sí sólo un indicador suficiente de dependencia de la nicotina (Rueda-Jaimes, et al., 2009).

En relación a lo anterior, existen ciertos síntomas asociados con la dependencia que pueden servir para predecir grandes inconvenientes a la hora de cortar el consumo de esta sustancia. Estos síntomas son: fumar al levantarse, cuando se está enfermo, problemas para discontinuar el hábito de fumar, que el primer cigarrillo del día sea el que cueste más dejar y el hecho de fumar más cantidad de cigarrillos por la mañana en comparación con la cantidad que se fuma durante la tarde. Asimismo, la probabilidad de dejar de fumar también se vincula con la cantidad de cigarrillos que se fumen por día, el contenido de nicotina que estos posean, así como la cantidad de paquetes consumidos por año (DSM IV, 1994).

4.1.3.1. Abstinencia

La abstinencia se presenta cuando disminuye la concentración en sangre de nicotina que el sujeto había venido consumiendo luego de un tiempo prolongado y en grandes dosis. Luego de producida la abstinencia, la persona recurre al consumo de la sustancia para que desaparezcan los síntomas de aquella. En el caso de la nicotina en particular, puesto que, se trata de un estimulante, los signos y síntomas de la abstinencia se producen la mayoría de las veces aunque no siempre se pueden detectar fácilmente (DSM IV, 1994).

Durante el síndrome de abstinencia de la nicotina pueden darse ciertos síntomas como: estado de ánimo disfórico o depresivo; insomnio, irritabilidad, frustración, ansiedad, dificultades de concentración así como aumento del apetito y ganas de consumir cosas dulces con el consecuente aumento de peso que esto conlleva, entre otras cosas. Además de los posibles problemas de concentración mencionados, otros síntomas se vinculan con la merma del estado de alerta en situaciones que lo requieran (DSM IV, 1994).

Resulta importante considerar que el hecho de reconocer que se presentan dificultades a nivel psicológico y fisiológico por parte del individuo dependiente, no alcanza para que la persona abandone este hábito. Es decir, se da la imposibilidad de abstinencia aunque haya consciencia de los inconvenientes que esta dependencia ocasiona (DSM IV, 1994). Según el DSM IV (1994), aunque más del 80% de las personas que fuman hablan de dejar de fumar, solamente el 35% lo intenta cada año y, de este porcentaje, solamente el 5% lo logra.

4.1.4. Susceptibilidad al Consumo de Tabaco y Factores Asociados

Existen ciertos factores que pueden funcionar como predisponentes o precipitantes a la hora de adquirir el hábito tabáquico. En un estudio realizado con el fin de detectar las causas asociadas al inicio del consumo, se encontró que este tenía su inicio en la adolescencia, producto ello muchas veces de la imitación al padre, madre, familiar conviviente o incluso de la pareja fumadora (León de la Torre y Ferrer Herrera, 1991). En esta misma línea, también se han encontrado diversos factores tales como, autoestima baja, falta de actividad deportiva, concurrencia a fiestas y tener amigos

fumadores, que contribuyen a que un sujeto se vea seducido por el hábito tabáquico (González Henríquez y Berger Vila, 2002). La conducta de fumar puede explicarse entonces por diversos factores entre los que se encuentran los sociales, que comprenden la disponibilidad, accesibilidad y publicidad. Asimismo, coexisten factores psicológicos como el reforzamiento y los procesos cognitivos y, por último, esta conducta puede ser explicada por la dependencia fisiológica de la nicotina (Becoña, 2004). Es por ello que, Becoña (2004) señala que tomar en cuenta todos estos factores resulta indispensable tanto para el abandono de los cigarrillos como para el mantenimiento de la abstinencia a corto, mediano y largo plazo. La *susceptibilidad cognitiva* al consumo de tabaco se menciona entonces como un factor predictivo de esta conducta en las personas no fumadoras. Autores como Arillo-Santillán et al. (2007), la definen como “un estado de preparación para fumar en el que se integran expectativas de la conducta futura” (p. 171). Por lo que, se trata de personas que no tienen un compromiso firme de no adquirir el hábito en un futuro cercano. Además de los factores mencionados más arriba, la búsqueda de nuevas sensaciones, la actitud favorable hacia la conducta de fumar así como la permisividad social reflejada en las reglas del hogar, constituyen indicadores de susceptibilidad al consumo de tabaco (Arillo-Santillán et al., 2007).

Por otro lado, Novoa Gómez, Barreto y Silva Martín (2012), hallaron que si bien el consumo de tabaco está relacionado con variables ambientales, tales como la disponibilidad, el fácil acceso y la valoración positiva proveniente de los grupos de referencia, la dependencia al tabaco puede estar relacionada con ciertas alteraciones biológicas y causas genéticas.

De todas maneras, existen ciertas características tales como llevar a cabo actividades deportivas, valorarse positivamente (elevada autoestima), tener amigos no fumadores y poseer buen conocimiento acerca del daño que implica el consumo de tabaco para la salud, que se vinculan a la conducta de fumar pero interviniendo como factores protectores de la susceptibilidad a la que se hacía referencia (González Henríquez y Berger Vila, 2002).

4.1.5. Efectos a corto y largo plazo y diferencia en la prevalencia de trastornos relacionados con el Consumo de Tabaco según el Sexo

Existen diferencias en la prevalencia de distintos trastornos en relación al sexo, así como también se presentan variaciones en las consecuencias que el efecto del hábito tabáquico produce a corto y largo plazo.

Se estima en cien millones la cantidad de muertes producidas durante el siglo XX a causa del tabaco y la OMS (2013) alerta sobre la posibilidad de que en el siglo XXI estas muertes asciendan a mil millones si la tendencia al consumo se sigue incrementando. Esta organización sostiene que si no se hace algo para frenar esta tendencia, se prevé que las muertes asociadas al consumo de tabaco, superarán los ocho millones al año para el 2030. Como es sabido, entre las causas de muerte más significativas a raíz del consumo de tabaco se encuentran: patologías cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias. Según Colombo y Ghignone (2005), se estima que el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular es mayor por cada 10 cigarrillos que se consuman al día y el riesgo de muerte en hombres es del 18% mientras que, en mujeres el riesgo asciende a 31%.

Algunos tipos de cáncer que se asocian con las consecuencias del consumo de tabaco a largo plazo son: cáncer de boca, labios, lengua, laringe, faringe, estómago, páncreas, vejiga y algunas formas de leucemia. Otras complicaciones asociadas a este hábito son: EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), ACV (Accidente Cerebro-Vascular), enfisema, cataratas, úlceras bucales y gingivitis (Colombo y Ghignone, 2005).

Con respecto al género femenino en particular, las fumadoras cuentan con un mayor riesgo de ser infértiles en comparación con las mujeres no fumadoras. Asimismo, las primeras pueden presentar los síntomas de la menopausia dos años antes que el resto de las mujeres. Se estima que el 40% de las mujeres fumadoras dan a luz en partos prematuros y que entre el 30% y el 70% tienen mayor riesgo de sufrir abortos espontáneos. El riesgo a padecer cáncer de útero también es uno de los vinculados a las mujeres. Mientras que, en cuanto a los hombres, el consumo de tabaco está asociado con una reducción de la densidad y velocidad de los espermatozoides en un 50% de lo

que es considerado normal en hombres no fumadores. Además, en ellos, el hábito de fumar está vinculado con el daño que se produce en las arterias que irrigan al pene, b que puede dar como resultado impotencia (Colombo y Ghignone, 2005).

Además de estar asociado con el inicio precoz de la menopausia en las mujeres, el tabaquismo también se ha vinculado en ellas con la osteoporosis. Asimismo, para las fumadoras que utilizan anticonceptivos orales, esto implica un mayor riesgo de sufrir un padecimiento cardiovascular (Becoña Iglesias y Vázquez González, 2000).

Antona Rodríguez (2008), sostiene que: “El papel de la mujer en la epidemia tabáquica es crucial y no sólo por las repercusiones que el consumo de tabaco pueda tener sobre su organismo, sino por el rol que ocupa dentro de la sociedad” (p. 88). Agrega que, hombres y mujeres difieren en sus motivaciones a la hora de fumar. Quedando en evidencia, según esta autora, que las mujeres utilizan el tabaco para obtener un efecto sedativo más que estimulante y además su consumo se relaciona también con el mantenimiento del peso corporal. Por otro lado, los hombres no se verían tan acechados para consumir tabaco debido a las presiones sociales de la preocupación por el peso pero de todas maneras, se encuentran en el grupo que fuma más cigarrillos.

Señalan Becoña Iglesias y Vázquez González (2000), que una de las consecuencias que trae aparejado el hábito tabáquico tanto en hombres como en mujeres es el hecho de presentar arrugas faciales de manera prematura, así como un deterioro general de la piel, mal aliento y la tinción de los dientes y los dedos tan característica que presentan las personas fumadoras.

Con respecto al corto plazo, una de las consecuencias asociadas al consumo de tabaco es la obstrucción leve de las vías aéreas así como un menor crecimiento de la función pulmonar, lo que redundaría en un bajo rendimiento deportivo por la capacidad normal reducida de los pulmones. Este tipo de trastorno es más común en mujeres que en hombres (Colombo y Ghignone, 2005).

Becoña y Míguez (2004) establecen, en referencia al consumo de cigarrillos, que la nicotina actúa como estimulante en ciertas ocasiones en que los sujetos tienen un nivel de activación bajo y por otro lado, la misma nicotina actuaría

como un relajante en situaciones de ansiedad. Esto haría ver a la nicotina como provocando el efecto deseado según la situación de que se trate (estimulando cuando el nivel de activación del sujeto es bajo y reduciendo la ansiedad cuando el nivel de activación es alto). Es por ello que, si bien cuando un fumador consume la nicotina puede obtener el mismo nivel de estrés que una persona no fumadora (debido a que baja su nivel de ansiedad), si se abstiene del hábito de fumar su estrés se incrementará, disminuyendo con una nueva ingesta de nicotina. Ahora bien, este recurso de afrontamiento al estrés, puede ser adaptativo en el corto plazo pero no hay que olvidar que el sujeto está utilizando un método farmacológico para ello. La consecuencia es que en el largo plazo, el fumador deberá incrementar la dosis para conseguir el mismo efecto. Si un fumador deja el hábito de fumar, al principio su estrés se incrementará, pero con el tiempo este va a disminuir (Becoña y Míguez, 2004).

4.1.6. Tabaquismo Pasivo y sus Consecuencias

Colombo y Ghignone (2005), hacen mención a dos clases de humo que impregnan el ambiente cuando un sujeto fuma. Distinguen entre el humo proveniente del tabaco en combustión, al cual se denomina *humo lateral* y el humo que es inhalado por el fumador, o sea, *humo principal*. Por lo tanto, el humo que persiste en un ambiente o *Hta* es el formado por el humo lateral y el humo principal, que es el que inhala el fumador pasivo o involuntario. Por lo que, los autores mencionados sostienen que, teniendo en cuenta el tiempo que las personas permanecen en lugares cerrados y la elevada tasa de prevalencia de este hábito, el Hta termina siendo el mayor contaminante en estos ambientes.

Puesto que, se ha determinado que el tabaco posee más de 4000 sustancias químicas distintas y que, 50 de ellas se han vinculado con el desarrollo del cáncer, se ha llegado a concluir que el tabaquismo pasivo se encuentra ocupando el tercer lugar en relación a las principales causas de muerte prevenible. Las primeras dos causas son el tabaquismo activo y el alcoholismo (Colombo y Ghignone, 2005).

En un estudio de Hirayama (1981, citado en Colombo y Ghignone, 2005), quedó demostrado que las mujeres tenían 21% más de riesgo de padecer cáncer de pulmón en algún momento de su vida si convivían con un fumador, incluso si ellas

no habían fumado nunca. Añadiendo que, si sumado a esta exposición, estas mujeres se hubieran encontrado expuestas al Hta de padres fumadores, este porcentaje se elevaba a 63%. Asimismo, en 1992, la Asociación Estadounidense de Cardiología (citado en Colombo y Ghignone, 2005), estableció que entre los fumadores pasivos, el riesgo de morir de una afección cardíaca superaba el 30%.

Los bebés y los niños también se encuentran afectados por el tabaquismo involuntario. Dado que todas las toxinas que contiene el cigarrillo atraviesan la placenta, en la mujer embarazada que fuma se ve afectada la microcirculación, la cual puede provocar diversas patologías en la unidad feto-placentaria. Esto contribuye a perturbar la salud del bebé en el embarazo, el parto y al recién nacido propiamente dicho y, es de destacar que este impacto negativo puede afectar por el resto de la vida a este individuo (Colombo y Ghignone, 2005). Sostienen Becoña Iglesias y Vázquez González (2000) que los niños de madres fumadores pesan entre 150 y 250 gramos menos que los bebés de las madres no fumadoras, y que la disminución del peso se vincula proporcionalmente con la cantidad de cigarrillos fumados por la mamá. Además de indicar que el bajo peso al nacer resulta un importante predictor de morbilidad en el bebé, enuncian que el retardo en el crecimiento fetal puede deberse a los gases tóxicos emanados por el cigarrillo. Entre ellos destacan al monóxido de carbono, el cual sería el culpable de producir hipoxia placentaria además de reducir la liberación de los nutrientes esenciales para el desarrollo saludable del organismo.

Se ha encontrado que el riesgo de muerte súbita para los hijos de madres fumadoras es del doble que para los niños de madres no fumadoras y a su vez, se ha encontrado vinculación con otras dificultades tales como problemas de conducta, Trastorno de Déficit de Atención y rendimiento escolar más bajo (Colombo y Ghignone, 2005).

4.1.7. Tratamiento

4.1.7.1. Consideraciones preliminares acerca de las Intervenciones

A pesar de que la persona fumadora muchas veces posee el conocimiento acerca del perjuicio que este hábito ocasiona a su salud, dificultades se presentan a la hora de

intervenir exitosamente en la cesación del consumo de tabaco. Es por ello que, deben tomarse en consideración ciertas características para optimizar los recursos disponibles que posibiliten un abordaje exitoso en el tratamiento del tabaquismo.

Cabe aclarar que, dejar de fumar se traduce en importantes beneficios de manera inmediata al tiempo que disminuye en pocos años el alto riesgo de padecer enfermedades asociadas a este hábito así como el riesgo de muerte (Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, 2011). Por tal motivo, se hace hincapié desde la prevención primaria en que las personas eviten iniciarse en el consumo de tabaco dado lo difícil que resulta el abandono del mismo y las consecuencias que genera, tanto en las personas fumadoras como en las que se convierten en fumadoras involuntarias. De todas maneras, para los que ya son fumadores, la prevención secundaria se enfoca en diversas intervenciones para tratar esta adicción y se resalta que es posible su abandono.

Según lo dicho anteriormente, resulta indicado mencionar al Modelo Transteórico (Prochaska y Prochaska, 2001), el cual consiste en la clasificación de las etapas de cambio en las que una persona puede verse implicada a la hora de abandonar el hábito tabáquico, permitiendo un mejor entendimiento sobre la imposibilidad de abandonar el cigarrillo. Este modelo ayuda a comprender mejor el por qué resulta tan difícil a veces para las personas cambiar, incluso si este cambio implica muy claramente para otros, un mejoramiento de la calidad de vida. Además, a cada etapa de cambio le pueden corresponder determinadas estrategias en particular para ayudar a que se produzca el avance hacia una etapa superior de cambio, lo que explicaría que muchas veces las soluciones intentadas para resolver el problema, hayan coadyuvado a mantener el mismo en lugar de favorecer a la cesación del consumo. Las etapas de cambio a que hace alusión este modelo son: *pre-contemplación*, *contemplación*, *preparación*, *acción*, *mantenimiento* y *finalización* (Prochaska y Prochaska, 2001).

Se establece entonces que a veces las personas no cambian porque no pueden, o bien porque no quieren hacerlo, porque no saben cómo hacerlo o no saben qué es lo que hay que cambiar o aun, todas las opciones anteriores. Por b tanto, a persona se encuentra en el estadio de *pre-contemplación* cuando no tiene intención de cambiar, es decir, dejar de fumar; en el estadio de *contemplación* cuando la intención de

dejar de fumar está presente y se plantea que sucederá dentro de los próximos 6 meses; el estadio de *preparación* se corresponde con la intención de dejar el hábito dentro de los próximos 30 días; el estadio de *acción* corresponde al hecho de dejar de fumar; el estadio de *mantenimiento*, comprende el período que incluye entre 24 horas y 6 meses sin fumar y, por último, el estadio de *finalización*, se considera cuando la persona lleva más de 6 meses sin fumar (Prochaska y Prochaska, 2001). Es por ello que, se deben tener en cuenta estas variables si se quiere concentrar el esfuerzo en la ayuda adecuada en cada período del tratamiento para la cesación del consumo de tabaco.

De acuerdo al CMCT, se establecen lineamientos fundamentados en variadas estrategias, cuya combinación apunta a la cesación del tabaquismo y por ende a la disminución de la prevalencia de este hábito. La firma de este Convenio por parte de la Argentina, trajo aparejado un cambio en el abordaje de esta problemática, traducido parcialmente en la sanción de la Ley Nacional 26.687 (2011), la cual contempla entre otras cosas, el aumento del impuesto al tabaco así como la prohibición de la publicidad y la aparición de anuncios en las etiquetas de los paquetes de cigarrillos, las cuales advierten sobre las consecuencias de fumar. Las mismas son acompañadas de imágenes explícitas acerca del daño que provoca esta adicción y a su vez informan sobre la línea gratuita que ofrece el Ministerio de Salud para la atención al fumador. Dentro de las medidas contempladas se incluye el contar cada vez con más con zonas ALH, es decir, Ambientes Libres de Humo de Tabaco (Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, 2011), lo que desalienta por un lado el hábito en los fumadores y por el otro busca proteger a los fumadores involuntarios.

El desarrollo de los tratamientos para dejar de fumar en nuestro país ha avanzado mucho en los últimos años. Sin embargo, el grado de conocimiento acerca de los posibles tratamientos para la cesación es bajo aun dada la reciente implementación de estas medidas. En el área de salud, se sabe que las personas fumadoras omiten más frecuentemente brindar la información que comprende el consejo para sus pacientes (Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, 2011).

Entre las recomendaciones especificadas por la Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco (2011), para contribuir con el tratamiento para la cesación, se encuentra el registrar en una historia clínica

sistemáticamente toda la información brindada por la persona que concurre a la consulta, con el objeto de favorecer las intervenciones del equipo de salud. La intervención interdisciplinaria es la más eficiente, dado que los profesionales de diversas especialidades como psicólogos, médicos, enfermeros y nutricionistas, pueden colaborar con los aportes propios de su campo, puesto que el trabajo en conjunto mejora los resultados.

El consejo de varios minutos de duración interviene eficazmente en la cesación del consumo del tabaco, sobre todo cuando este consejo es personalizado tomando en cuenta las características particulares de cada persona, al considerar su motivación, sus necesidades, la etapa de cambio en la que se encuentra, tal como lo mencionan Prochaska y Prochaska (2001) y las circunstancias que lo rodean (Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, 2011).

Se ha indicado que el mayor número de contactos por parte del equipo de profesionales con la persona que consulta y la mayor duración de los mismos actúan como una variable que contribuye al abandono del hábito tabáquico. Por otro lado, existen modos de intervenir brevemente en los que se tienen en cuenta una serie de ítems que es relevante indagar al momento de interrogar al sujeto. Estos ítems consisten en las cinco **A**: **A**veriguar el estatus tabáquico; **A**consejar la cesación; **A**sistir y evaluar si está listo para dejar; **A**yudar con herramientas conductuales y farmacológicas y **A**compañar con el seguimiento. Dependiendo de las variables mencionadas acerca de la persona en cuestión, puede variar la modalidad de intervención así como la duración de las mismas (Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, 2011).

4.1.7.2. Tratamiento Psicológico

Es necesario indicar que el tratamiento psicológico fue el primero que estuvo disponible para tratar a los fumadores. Esta modalidad surgió en los años sesenta y en ella destacan las técnicas de modificación de conducta que luego incorporaron a su vez las técnicas cognitivas, motivacionales así como de prevención de la recaída (Becoña, 2004). Los buenos resultados obtenidos a través de la implementación de estas técnicas es tal que constituyen la base sobre la que se erige cualquier tratamiento eficaz para el tratamiento

del tabaquismo. Asimismo, el tratamiento psicológico se considera de gran relevancia como complemento del tratamiento farmacológico para que este último funcione eficazmente (Becoña, 2004).

Existen diferentes abordajes para encarar un tratamiento para dejar de fumar. Entre ellos se mencionan: a) Convencer a los fumadores para abandonar el hábito a través de mensajes emitidos por los medios de comunicación, incremento de precios, etc.; b) Convencer a través del consejo mínimo, ya sea por parte de médicos, psicólogos, enfermeros, etc.; c) Brindar apoyo psicológico a través de manuales de autoayuda, folletos, etc.; d) Sugerencia del médico que abandone el hábito a través de ayuda farmacológica; e) Realizar un tratamiento especializado, sobre todo indicado para fumadores dependientes, el cual puede consistir en un tratamiento netamente psicológico o una combinación de este y otro farmacológico; f) Realizar un tratamiento especializado para tratar la dependencia a la nicotina y la comorbilidad psiquiátrica que se presenta si este fuera el caso, pudiendo consistir en un tratamiento psicológico, psiquiátrico o una combinación de ambos (Becoña, 2004). Destaca Becoña (2004), que de los seis abordajes mencionados, el psicológico interviene en cinco de ellos y que es necesario tener en cuenta que, el apoyo psicológico como técnica especializada, solamente puede ser llevado a cabo por un psicólogo, al igual que el apoyo médico sólo puede estar a cargo de un médico.

4.1.7.2.1. Entrevista Motivacional

Una intervención considerada de gran ayuda para aumentar la motivación para conseguir la cesación, y recomendada su utilización por parte del equipo de salud, es la entrevista motivacional. La misma consiste en un modo de comunicarse con el consultante de modo directivo, centrando la atención en el sujeto y colaborando para dilucidar y así poder solucionar la ambivalencia que presenta a la hora de decidir dejar de fumar. Esta ambivalencia es característica de la adicción puesto que, se evalúan positivamente aspectos tanto del consumo como de su cesación, lo que dificulta la toma de decisión (Hettema, Steele y Miller, 2008).

Esta intervención consiste en volver activa a la persona para que pueda tomar las riendas de su problema y resolver el conflicto. Se basa en mostrar *empatía*,

mostrando comprensión y aceptación de la persona, no implicando ello aprobación. La persona siente que los profesionales la pueden entender, sin juzgarla y a la vez diferir en su postura. La *escucha reflexiva* también forma parte de este proceso y consiste en hacer devoluciones a la persona, resumiendo y *explicitando las discrepancias* de los puntos expresados por esta, teniendo en cuenta lo positivo y lo negativo, brindando confianza al confirmar que se ha escuchado lo que tenía para decir. Se pretende *evitar la discusión* ya que no se apunta a argumentar en contra de las convicciones de la persona puesto que, ello provocaría defensividad en lugar de aceptación. Se espera en cambio que el fumador pueda encontrar sus propios argumentos para la cesación. Es por ello, que dar un *giro a la resistencia* comprende otro de los elementos tenidos en cuenta en este tipo de entrevista, indicando su aparición que es momento de modificar las estrategias a emplear. Por último, se aspira a fortalecer la *autoeficacia* de la persona para que pueda creer en su capacidad de cambio y en dar cuenta que puede convertirse en la fuente misma de la solución al problema. Se establece que la aplicación de esta entrevista tiene un mayor efecto en las personas que no se encuentran motivadas para dejar de fumar ya que, se las asocia con una mayor tasa de intentos de cesación (Hettinger et al., 2008). De lo anterior se desprende que el deseo de dejar de fumar así como los fracasos subsiguientes en los intentos de cesación, contribuyen a detectar un nivel de dependencia elevado.

4.1.7.2.2. Técnicas específicas de Tratamiento Psicológico

En primer lugar pueden mencionarse las *técnicas aversivas*, las cuales consisten en el apareamiento de la conducta de fumar con un estímulo desagradable. Lo que se busca a través de este procedimiento, indica Becoña (2004), es establecer una respuesta condicionada negativa hacia los cigarrillos, convirtiendo los aspectos considerados como positivos del fumar como el sabor y la satisfacción entre otros, en aspectos negativos. Se hace hincapié en los aspectos desagradables que ocasiona el fumar, al producir una disminución del placer o un incremento del desagrado que esta conducta genera (Becoña, 2004). Entre las técnicas aversivas pueden señalarse: el fumar rápido, la saciación y la técnica de retener el humo. Si bien se han podido observar muy buenos resultados con la aplicación de estas técnicas, refiere Becoña (2004) que su utilización en la actualidad no es tan empleada como en los años setenta, puesto que se han considerado con preocupación algunos de los posibles efectos médicos que ocasionan y

el nivel de estrés que podría generar su aplicación como es el caso de la técnica de fumar rápido. De todas maneras, se considera que este tipo de técnicas pueden ser aprovechadas sobre todo cuando la persona no ha podido dejar de fumar con otro tipo de intervención y asimismo posee un buen nivel de motivación, o bien cuando el fumador dispone de un tiempo muy reducido para dejar de fumar y también posee un nivel adecuado de motivación.

En segundo lugar, se puede mencionar la *técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (RGINA)*. Los autores que desarrollaron esta técnica fueron Foxx y Brown (1979, citados en Becoña, 2004). Su diseño fue elaborado teniendo en cuenta que la dependencia del tabaco se debe a la nicotina y considerando que la conducta de fumar es mantenida entonces gracias a factores fisiológicos y psicológicos. Es por ello que, la técnica RGINA apunta a estos dos componentes. La intención de Foxx y Brown (1979, citados en Becoña, 2004), se orientaba a lograr un nivel significativo de abstinencia y que por otro lado, los fumadores que no fueran capaces de dejar de fumar, lo hicieran consumiendo un menor grado de nicotina y alquitrán. Para ello, se implementaba una reducción paulatina de nicotina y alquitrán con un cambio de la marca de cigarrillos consumida. Asimismo, se proponía el auto-registro y la representación gráfica de los cigarrillos consumidos. De no conseguirse la cesación luego del cambio de marca, se procedería a la disminución gradual de los cigarrillos (Foxx y Axelroth, 1983 citados en Becoña, 2004). Esta técnica ha demostrado ser eficaz cuando además se la incluye en un tratamiento psicológico multi-componente (en donde intervienen varias estrategias o intervenciones diferentes). Debido a que no contiene efectos secundarios, puede ser indicada para cualquier tipo de fumador y además se presenta como una alternativa para aquellos que no logran dejar de fumar. Además, se ha demostrado que incluso en fumadores que han conseguido la abstinencia a partir de esta técnica, la recaída se ha observado con una elección de cigarrillos con menor contenido de nicotina y alquitrán así como una menor cantidad de cigarrillos consumida que al comienzo del tratamiento (Becoña y Gómez-Durán, 1993, citados en Becoña, 2004).

Otra técnica a tener en cuenta es la relacionada con la *exposición a indicios, extinción y control de estímulos*. La misma toma en cuenta que, sobre todo los fumadores más dependientes y de larga data, suelen estar expuestos a infinidad de

situaciones asociadas con la conducta de fumar en las que las mismas funcionan como un disparador para fumar. Se tiene en cuenta entonces, que al dejar de fumar, la presencia de estos estímulos puede provocar la respuesta condicionada al desear consumir cigarrillos (Becoña, 2004). La idea central aquí entonces es apuntar a debilitar o extinguir estas señales. Se considera que este tipo de intervención resulta más eficaz cuando se introduce en programas multi-componentes, formando parte de un tratamiento y no como única modalidad para intervenir (Becoña, 2004).

Las *estrategias de afrontamiento destinadas al entrenamiento de solución de problemas* resultan otra técnica de intervención para dejar de fumar. Fue Shiffman (1982, citado en Becoña, 2004), quien vislumbró que una combinación de respuestas conductuales y cognitivas otorgan un mayor grado de protección para evitar recaer en la conducta de fumar en situaciones de crisis. En relación a las técnicas conductuales, se mencionan algunas tales como: realizar ejercicio físico, relajación y abandono de la situación de riesgo entre otras. Con respecto a las técnicas cognitivas, se tiene en cuenta la revisión mental de los beneficios que implica el dejar de fumar, así como las consecuencias negativas de continuar con esta conducta. También se sugiere el ensayo mental de estrategias de afrontamiento para situaciones de alto riesgo (Lando, 1993, citado en Becoña, 2004). En esta misma línea, una estrategia considerada como tratamiento sumamente eficaz para colaborar en la cesación del consumo de tabaco y el mantenimiento de la abstinencia, es el llamado *entrenamiento en solución de problemas*. El mismo consiste en ayudar a las personas al reconocimiento de sus problemas y a que puedan elaborar la mejor solución para afrontarlos. Este entrenamiento consta de 5 fases consecutivas que consisten en: la *orientación general hacia el problema*; la *definición y formulación del problema*; la *generación de soluciones alternativas*; *toma de decisiones* y *puesta en práctica de las mismas* así como la *verificación de la solución* (Becoña, 2004).

En cuanto a los *programas multi-componentes para dejar de fumar*, pueden considerarse a los mismos como la intervención más eficaz para ayudar a la cesación del consumo y se encuentran dentro de los más utilizados para este fin (Becoña, 2004). Su nombre se debe a que incluyen diversas técnicas o estrategias de intervención, que pueden incluir a las ya mencionadas hasta el momento. Esto posibilita lograr una mayor flexibilidad dentro del tratamiento, contemplando las diferencias

individuales. Estos programas constan de 3 fases, a saber: *preparación*: en la que se busca motivar al fumador para que abandone el hábito; *abandono*: en la que puede utilizarse alguna de las técnicas ya mencionadas; fase de *mantenimiento* o de *prevención de la recaída*: aquí se aspira a mantener los beneficios del tratamiento y se pueden enseñar habilidades de afrontamiento para cumplir con este objetivo (Becoña, 2004).

Finalmente, también se puede mencionar la existencia de *manuales de autoayuda* y de contacto mínimo y otras técnicas que apuntan a *fumar* de manera *controlada* o a *reducir* los *daños* que se producen debido a esta conducta. Las desventajas de estas últimas radican en que no se conoce el nivel “seguro” de fumar sin riesgos para la salud pero de todas maneras, están mayormente indicadas para los sujetos más dependientes de la nicotina, en los cuales se considera también la posibilidad de disminuir la ingesta cuando no es viable la cesación del consumo (Becoña, 2004). A raíz de lo dicho, puede considerarse que la utilización de estas técnicas requiere de un seguimiento específico para su adecuada implementación y deberán valorarse las características particulares del sujeto en cuestión al momento de decidir cuál es la intervención más idónea, contemplando el costo-beneficio para su salud.

4.1.7.3. Tratamiento Farmacológico

En relación a los tratamientos farmacológicos, y de acuerdo al caso que lo requiera, se cuenta con Terapia de Reemplazo Nicotínico y Bupropión. En cuanto a la primera, la misma comprende parches, chicles, comprimidos dispersables, los cuales son de venta libre mientras que el spray nasal es de venta bajo receta. Se establece que estos medios cuentan con adecuada disponibilidad y accesibilidad y que favorecen la tasa de cesación. El spray es recomendable sobre todo en fumadores que presentan alta dependencia. En cuanto al Bupropión, su utilización se recomienda en tratamientos de 7 a 12 semanas para aumentar la tasa de cesación. Existen otros fármacos utilizados para el tratamiento de la cesación del consumo de tabaco como la Vareniclina y la Nortriptilina que merecen ser tomados con precaución dado que se deben valorar los efectos adversos que ocasionan y conservarlos como segunda línea de tratamiento bajo la estricta supervisión de profesionales (Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, 2011). Otro dato que se debe tomar en cuenta en

relación a los tratamientos farmacológicos según la Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco (2011), es el hecho de que los mismos no son recomendados para fumadores de pocos cigarrillos, es decir, aquellos que consumen menos de diez cigarrillos diarios. Tampoco están indicados para adolescentes ni para embarazadas, no solamente por no contar con evidencia que ampare su utilización en estas personas sino porque existen además contraindicaciones a este respecto.

Una importante barrera que impide a las personas beneficiarse de un tratamiento psicológico efectivo, se vincula por un lado con el deseo de dejar de fumar por parte de la persona con el mínimo esfuerzo, lo que contribuye a la precipitada automedicación con fármacos destinados para tal fin, sin contemplar las posibles consecuencias negativas de este proceder. Por otro lado, no se debe olvidar la fuerte presión que ejercen los laboratorios promocionando sus fármacos y la difusión que se da a través de los medios de comunicación (revistas, televisión, etc.) de los mismos, sin tomar en consideración que se trata de una conducta adictiva y que, como tal, es esencial estar atentos al individuo, a su demanda, al tratamiento más adecuado para aplicar, así como los problemas asociados que pueda presentar y el contexto en el que vive, entre otros factores (Becoña, 2004).

Se debe tener en cuenta que la aplicación de un tratamiento psicológico es suficiente en la mayoría de los casos y el tratamiento farmacológico auto-aplicado y sin tratamiento psicológico no resulta tan eficaz como la aplicación del tratamiento psicológico o la combinación del mismo con el tratamiento farmacológico (Becoña, 2004). Asimismo, es de considerar que ni el médico ni el psicólogo están capacitados para aplicar ambos tipos de tratamiento (farmacológico y psicológico) ya que, el tratamiento psicológico requiere de una formación técnica específica al igual que la formación médica, como anteriormente se mencionaba. Por lo tanto, el abordaje interdisciplinar y conjunto es fundamental si se opta por un tratamiento farmacológico.

Por último, se puede decir que los procedimientos multimodales (o multi-componentes) y los psicológicos, son los más efectivos para dejar de fumar. Además, se tiene en cuenta que los programas multimodales suelen incluir intervenciones psicológicas. Para tratar la adicción a la nicotina, tratamientos bien establecidos

comprenderían la terapia cognitivo-conductual multi-componente con prevención de la recaída (Becoña, 2004).

4.1.7.4. Diferencias en las Intervenciones para Hombres y Mujeres

Se ha demostrado mediante diversas investigaciones que una de las motivaciones que lleva a los fumadores a mantener el hábito es el control del peso (Becoña Iglesias y Vázquez González, 2000). Un estudio mencionado por Becoña Iglesias y Vázquez González (2000), llevado a cabo en mujeres adolescentes inglesas y canadienses, mostró que el consumo en ellas estaba motivado por la ansiedad en relación al control del cuerpo, temor por sentirse con sobrepeso y miedo por descontrolarse en la ingesta de la comida. Se estima también, que el fumar en las mujeres estaría vinculado al fumar de las personas significativas de su entorno. Es por ello, que tanto el control del peso como el manejo del estado del ánimo resultan más relevantes para las mujeres fumadoras, lo que se traduce en que ellas podrían beneficiarse de tratamientos que contemplasen estas variables a la hora de incrementar la efectividad en la cesación.

Becoña Iglesias y Vázquez González (2000), sostienen que un aspecto importante a tener en cuenta para el desarrollo de intervenciones destinadas específicamente a las mujeres, debería considerar el apoyo social dado que, las mismas obtienen un menor grado de eficacia en tratamientos que involucren farmacoterapia así como en tratamientos educativos para dejar de fumar en comparación con los hombres. En ellas parecería más favorable emplear intervenciones conductuales o psicoterapia. “El apoyo social en forma de asistencia de grupo o individual para dejar de fumar y el apoyo posterior de otras personas relevantes (esposo, hijos, amigos) para mantener la abstinencia, es un componente especialmente indicado para las mujeres” (p. 16).

Si bien se llegó a concluir que, en cuanto al sexo, hombres y mujeres estarían mostrando las mismas condiciones de respuesta frente a los distintos tratamientos para dejar de fumar, la diferencia radicaría en los obstáculos a que las mujeres deben enfrentarse para lograr la cesación, como el control del peso y la sintomatología depresiva más frecuentemente asociada. En relación a los hombres, estudios estarían en posición de indicar que ciertas intervenciones que combinan

estrategias conductuales con terapia de reemplazo de la nicotina tendrían más eficacia en la cesación (Becoña Iglesias y Vázquez González, 2000).

4.1.8. Fumar y Comorbilidad Asociada con más frecuencia

Refiere Becoña (2004), que en los últimos años ha quedado comprobada la estrecha relación existente entre fumar cigarrillos y el padecimiento de trastornos psicopatológicos, entre estos la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión y trastornos de ansiedad. Este autor menciona a la sintomatología depresiva como la variable predictiva más importante que explica la recaída, no solamente en muestras clínicas sino también en muestras comunitarias. También se menciona la clara relación que existe entre fumar y el alcoholismo, quedando establecido que entre el 80% y el 90% de los alcohólicos fuman y que la muerte de estas personas se vincula muy a menudo con enfermedades causadas por fumar. En cuanto a las personas con esquizofrenia, estos sujetos utilizan la nicotina para modular los efectos secundarios de la medicación antipsicótica, incrementando con ello los niveles de dopamina puesto que, la nicotina altera el metabolismo de estos fármacos, lo que a su vez redundaría en la necesidad de incrementar la dosis de neurolépticos, con el consecuente aumento de los efectos indeseables de los mismos.

4.1.9. Tabaquismo en Estudiantes Universitarios

Dada la importancia de las consecuencias que los hábitos adquiridos durante las etapas iniciales de la vida producen en las edades medias y avanzadas, es de gran importancia la intervención en el momento adecuado para prevenir la adquisición de hábitos nocivos como el tabaquismo. Sostiene la OMS (2008), que la industria tabacalera apunta sus esfuerzos para captar a la población joven, la cual termina siendo la población consumidora de tabaco de por vida. Puesto que, la nicotina es un componente psicoactivo que produce gran adicción, el acceder a este consumo durante la niñez y la adolescencia, se puede traducir fácilmente en una vida adulta de dependencia al tabaco.

Si se tiene en cuenta que las personas en formación académica y más específicamente las vinculadas al área de salud y a la psicología en particular, serán en un futuro agentes de cambio y de prevención, y que estos serán quienes se desempeñen

ante los factores de riesgo de enfermedades crónicas, no resulta raro comprender la relevancia del estudio de la epidemiología del tabaquismo en estudiantes universitarios. Al respecto, Morales Domínguez, Pascual Orts y Garrido Muñoz de Arenillas (2013), enuncian que la etapa universitaria es en donde se consolida el hábito tabáquico.

En un estudio realizado por Montero et al. (citados en Tafur et al., 2006), se encontró que los estudiantes de medicina tenían una prevalencia de consumo de tabaco menor que la hallada en personal profesional de salud. Sin embargo, la investigación también arrojó que la cantidad de fumadores aumentó al finalizar la formación académica de estos estudiantes. Pudiendo concluir por ello, que el ingreso a la universidad así como el tránsito por la formación que posibilita la misma, es un ámbito propicio para desarrollar el hábito del tabaquismo o su incremento.

Una investigación llevada a cabo por Hernández, Pozo y Polo (1994, citado en Martín Monzón, 2007), indagó acerca del cambio de estilo de vida que el estudiante universitario lleva a cabo durante la época de exámenes. Esta modificación en el estilo de vida, establecieron los autores, se tradujo en la adquisición o el incremento de hábitos insalubres, como el exceso de consumo de tabaco.

Por otro lado, se ha establecido una vinculación entre el consumo de tabaco y ciertas prácticas culturales que se dan en el ámbito universitario (Novoa Gómez et al., 2012). A raíz de esto, se puede sostener que en este espacio, los estudiantes se encuentran expuestos a una variedad de estímulos que pueden facilitar o inducir al consumo. El ámbito es propicio cuando además de estas condiciones estimulantes se presentan condiciones de motivación, historia previa de exposición a este hábito, ya sea directa o mediada para el consumo y oportunidades de refuerzo (Novoa Gómez et al., 2012). Asimismo, Novoa Gómez et al. (2012), consideran al contexto universitario como un contexto de refuerzo social para el consumo de tabaco, independientemente de que este hábito se haya adquirido en etapas previas al ingreso académico.

4.2. Autoestima

4.2.1. Aproximaciones al constructo Autoestima

Según el diccionario etimológico Origen de las Palabras, la palabra *autoestima* es un cultismo formado por el prefijo griego “autos”, el cual significa “por sí mismo” y por una palabra que deriva del latín “aestima”, del verbo “aestimare”, el cual significa “valorar, evaluar, tasar”. De ello se desprende que *autoestima* implica el modo en que nos valoramos a nosotros mismos.

Un primer intento de definir el concepto de autoestima estuvo a cargo de William James en 1890, en su obra “Principles of Psychology”. Aquí, este autor describía a la autoestima como el resultado de la proporción entre el éxito alcanzado y las pretensiones del individuo. Trataba de considerarla como un fenómeno afectivo (Tiscar Cabezas, s.f.). Desde esta perspectiva, este fenómeno es influido tanto por los éxitos como por los fracasos de la persona y la conocida fórmula que representa su modo de concebir la autoestima es la siguiente: **Autoestima = Éxito/Pretensiones**.

Sostiene Coopersmith (1967, citado en Kassin et al., 2010) que la autoestima implica valoraciones que hacemos de nosotros mismos, ya sean estas tanto positivas como negativas. Para Cruz Ramírez (1997), la autoestima no es innata sino adquirida y la misma es el producto que resulta de las vivencias de cada persona. Ello indica que la autoestima es una construcción a lo largo de la vida, que está imbuida de experiencias, personas y sentimientos que se entremezclan a lo largo de todo el ciclo vital.

Rogers (1967, citado en Acosta Padrón y Alfonso Hernández, 2004), al referirse al concepto de autoestima menciona que se trata de “un conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refiere al sujeto” (p. 4). Y además sostiene que es “lo que el sujeto reconoce como descriptivo de sí y que él percibe como datos de identidad” (p. 4).

Asimismo, los autores Acosta Padrón y Alfonso Hernández (2004), citan a Yagoseky (1998), cuando toman su definición de autoestima que establece que la misma es:

“El resultado del proceso de valoración profunda, externa y personal que cada quien hace de sí mismo en todo momento, esté o no consciente de ello. Este resultado es observable, se relaciona con nuestros sentidos de valía, capacidad y merecimiento, y es a la vez causa de todos nuestros comportamientos.” (p. 4)

Por su parte, Tejada (1997, citado en Tejada Yasujara, 2005), define la autoestima como:

“La manera como la persona se ve a sí misma, lo que piensa de sí y cómo reacciona ante su propia imagen. Es la forma como se valoriza en relación al grado de satisfacción o insatisfacción que siente frente al concepto que tiene de sí mismo.” (p. 4)

Tejada (2005), considera que la autoestima es una habilidad cuyo desarrollo se lleva a cabo mediante aprendizajes tanto conductuales como cognitivos puesto que, se trata de un concepto “interno”, el cual los individuos deciden tener y desarrollar dado que necesitan valorar constantemente las actividades que realizan. Añade que, en ciertas circunstancias esto se dificulta por el miedo al fracaso y al rechazo que pueda provocar de esta manera un juicio crítico y severo que debilite la propia autorrealización. La autoestima por ende, es esencial para la supervivencia psicológica.

Tiscar Cabezas (s.f.), agrega que “la autoestima es, por tanto, la valoración que el sujeto hace de su auto-concepto, de aquello que conoce de sí mismo” (p. 15).

De manera similar a los autores mencionados, Rosenberg (1973), entiende la autoestima como una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular que es el sí mismo. Este autor establece que existen dos connotaciones de la palabra autoestima. Por un lado, una connotación de la alta autoestima, indica, significa que la persona piensa que “es muy buena”. Por otro lado, la segunda connotación implica que la persona piensa que “es lo suficientemente buena”. Es por ello que puede suceder que una persona se crea superior a otras, pero que se sienta inadecuada frente a sus propias expectativas acerca de sí misma. Y, por otro lado, puede suceder que una persona se crea un individuo común sin pensarse superior al resto de las personas pero sentirse de todas maneras satisfecha de su sí mismo. Esto significa que en un sentido la autoestima de un sujeto puede ser alta pero en otro puede ser mediana o baja, dependiendo esto de qué posición adopte el sujeto entre las ya mencionadas.

Al respecto y en relación a la escala para medir la autoestima que lleva su nombre, Rosenberg (1973) agrega:

“La alta autoestima, tal como se refleja en los ítems de nuestra escala, expresa el sentimiento de que uno es “lo suficientemente bueno”. El individuo siente que es una persona digna de la estima de los demás; se respeta por lo que es, pero no se teme ni espera que otros le teman. No se considera necesariamente superior a los otros.” (p. 39)

Rosenberg (1973) emplea el término “aceptación de sí mismo” para hacer referencia a estas personas. Aquí el sujeto estaría en condiciones de saber realmente cómo es, conociendo tanto sus virtudes como sus defectos o falencias y ambas las acepta. Asimismo, aclara que estas personas no se limitan solamente a aceptar sus deficiencias sino que además de hacerlo buscan superarse. Hablar de alta autoestima entonces implica para este autor, tener una valoración adecuada del sí mismo que incluye el respeto y la estima hacia uno mismo sin por ello considerarse mejor o peor que otro individuo, es decir que la persona entiende sus limitaciones y busca madurar y mejorar al respecto.

Por otro lado, Rosenberg (1973) afirma: “La baja autoestima, en cambio, implica insatisfacción, el rechazo y el desprecio de sí mismo. El individuo carece de respeto por el sí mismo que observa. El autorretrato es desagradable y se desearía que fuera distinto” (p. 39).

Rogers (1992) también se expresa acerca de la importancia de la “aceptación de sí mismo” planteada por Rosenberg (1973) y sostiene que esta aceptación es imprescindible por parte del terapeuta hacia el “cliente” (paciente) para poder ayudarlo a que se convierta en persona. Existen otras dos condiciones que también deben darse en la relación terapéutica y señala a la autenticidad como una de ellas. Esto quiere decir que siendo auténtico el terapeuta, mostrándose tal cual es, invita al cliente a buscar su propia autenticidad, lo que redundaría en mostrarse ante el terapeuta tal como es, aceptándose. Por otro lado, se habla acerca de una comprensión empática, que implica no solamente ponerse en el lugar del paciente para entenderlo, sino seguir aceptándolo una vez que se lo ha podido conocer. Cuando estas tres condiciones están dadas sostiene Rogers (1992) “obtenemos un máximo de seguridad psicológica” (p. 180).

Se habla de *aceptación condicional* del sí mismo cuando la autoestima es el reflejo (directamente proporcional) de cierta medida de logro o fracaso por parte de la persona. Y, en cambio la *aceptación incondicional* estaría dada de manera independiente al desempeño de la persona (Rosenberg, 1973).

Lo anterior resulta relevante en tanto que se considera que la auto-aceptación se encuentra implícita en la autoestima. Auto-aceptarse no implica hacerlo pensando que no existe la necesidad de que algo se deba modificar, sino que conlleva la habilidad de aceptar nuestros pensamientos, sentimientos y maneras de actuar de modo realista. Esto es, una integración de nuestros aspectos positivos así como de nuestras limitaciones, pudiendo considerar que hay aspectos de los que no estamos orgullosos y que además consideramos la posibilidad de modificarlos o al menos mejorarlos (Branden, 1997 citado en González Martínez, 1999).

4.2.2. Autoestima y Salud

Ya se ha indicado que la autoestima es considerada como un posible indicador de la salud mental de los sujetos. Autores como Rojas-Barahona et al. (2009), han encontrado que a menor autoestima, mayores síntomas depresivos, obsesivos y ansiosos entre otros. Por lo tanto, el conocimiento de este constructo resulta de vital importancia para permitir la predicción y prevención de ciertos trastornos psicopatológicos.

Torres, Fernández y Maceira (1995, citados en Olivari Medina y Barra Almagiá 2005), consideran a la autoestima como una variable importante a la hora de suscitar o disminuir ciertas conductas vinculadas con la salud. Adicionalmente, ellos contemplan que una elevada autoestima posibilitaría un mejor funcionamiento de la persona en cuanto a que esta se desenvolvería con una conducta más adaptativa, priorizando elecciones vinculadas con hábitos saludables. Igualmente, explican, una elevada autoestima, permitiría evitar ser susceptible a ciertas influencias del ambiente. Los autores dan el ejemplo de la adolescencia, etapa en la que los sujetos podrían estar más influenciados para ceder ante la presión del grupo de pares y demás influencias de su entorno.

En cuanto a la vinculación con conductas promotoras de salud, Méndez (2003, citado en Sánchez López et al., 2006), halló que la autoestima actuaba como predictor de la participación de los individuos en pruebas para la detección temprana del cáncer. Asimismo, Bailis y Chipperfield (2002, citados en Sánchez López et al., 2006), encontraron que la llamada “autoestima colectiva”, que sería la encargada de la promoción de la identidad social, era de gran ayuda para la adaptación a los aspectos relacionados con la última etapa del ciclo vital. En esta misma línea, se encontró una deteriorada salud física asociada a un nivel bajo de autoestima (Nyamanthi, Stein y Bayley, 2000, citados en Sánchez López, et al., 2006). Por lo tanto, sostienen Sánchez López et al., (2006):

“La autoestima parece relacionarse claramente con la salud mental y en gran medida con la salud física, o al menos puede decirse que hay pruebas empíricas de su relación con conductas

relacionadas con aspectos concretos de salud, a través de distintas culturas, en distintas edades y en distintas condiciones sociales.”

(p. 2)

Dado que, las personas difieren en el nivel de autoestima que poseen, autores como Heatheron y Polivy (1991, citados en Kassin et al., 2010), sostienen que el sentimiento de valía personal no implica una característica que esté dada de una vez y para siempre, sino que la entienden como un estado mental que cambia en el tiempo. Además, las personas se diferencian en qué tan estable o inestable permanece la autoestima a lo largo del ciclo vital. De todas maneras, como regla general, la autoestima se mantendría estable en el transcurso de la vida (Trzesniewski, Donnellan y Robins, 2003 citados en Kassin et al., 2010). Rosenberg (1973) sugirió que las personas con baja autoestima tienen más probabilidades de tener concepciones inestables acerca de sí mismos, mientras que por otro lado, las personas con más alta autoestima tienen casi cuatro veces más probabilidades de que sus conceptos sobre sí mismos sean bastante estables.

De todas maneras, y en contraposición a lo dicho, a pesar de las diferencias en el nivel de autoestima y su estabilidad en el tiempo, según Kassin et al. (2010) no se puede afirmar que una elevada autoestima pueda inducir a adoptar hábitos más saludables en comparación con las personas que poseen baja autoestima.

4.2.2.1. Implicancias de contar con una Autoestima adecuada

Existe una destacable relación entre el locus de control interno, la capacidad de afrontamiento y la autoestima elevada en las personas, puesto que se ha señalado que al tener un sujeto valoraciones positivas acerca de sí mismo y creer en su capacidad, determina la existencia de un recurso psicológico de afrontamiento, por lo que la elevada autoestima estaría funcionando como favorecedora en este afrontamiento, tanto en su vida personal como profesional (González Martínez, 1999). Lo dicho implica que, en circunstancias amenazantes o en las que se experimente fracaso, la persona que posea alta autoestima tenderá a utilizar estrategias que apunten a enfrentar la situación, ya sea dominándola o bien aceptándola, evitándola o minimizándola (González Martínez,

1999). Es decir, tomando una posición activa al decidir qué comportamiento adoptar ante la situación en cuestión. Lo que se relaciona con un mejor funcionamiento de la persona.

Parecería ser que la característica que mejor define a un sujeto con elevada autoestima es el hecho de poseer confianza en sí mismo así como en los demás. Conjuntamente, se trata de personas asertivas, positivas y que adoptan una postura crítica y constructiva hacia ellas mismas. Por lo tanto, se infiere que cuando el individuo se enfoca de manera positiva en su sí mismo, automáticamente se implica en su desarrollo personal debido a que la autoestima elevada facilita detectar las oportunidades más que persistir en ver solamente los problemas (Carpena, 2003).

Debido a que la manera en cómo nos sentimos en relación a nosotros mismos incide en todos los aspectos de nuestra vida, la forma en cómo reaccionamos ante los distintos eventos que se nos presentan depende en gran medida de lo que pensamos y sentimos acerca de nosotros mismos, es así que la autoestima se convierte según el autor Nathaniel Branden (2009), en la clave que posibilita obtener el éxito o el fracaso. Además, agrega que la autoestima afecta la comprensión que tenemos de nosotros mismos y de los demás.

Branden (2009), señala no conocer ninguna clase de dificultad psicológica (exceptuando problemas biológicos), que no deban su causa a una autoestima deficiente. Por lo tanto, añade que de todos los juicios a que somos sometidos, ninguno tiene tanto peso como el propio y que el contar con una buena autoestima es imprescindible para poder vivir plenamente. Al respecto, añade que la autoestima positiva o elevada se entiende como un logro espiritual, una claridad de consciencia que implica dar cuenta que la verdadera autoestima no es de naturaleza competitiva ni comparativa y enuncia lo siguiente para expresarlo más claramente:

“Cuando comenzamos a concebirla de este modo, como un estado de consciencia, descubrimos la necesidad de creer que sólo con lograr que los demás se formen una impresión positiva de nosotros disfrutaremos de una consideración positiva por parte de nosotros mismos.

Dejaremos de decirnos: (...) si pudiera comprarme un coche más grande; (...) lograr un reconocimiento más de mi "abnegación"... entonces me sentiría realmente en paz conmigo mismo. Nos daremos cuenta de que, puesto que la búsqueda es irracional, ese anhelo por "algo más" existirá siempre.” (p. 3)

4.2.2.2. Implicancias de carecer de un buen nivel de Autoestima

En relación a la baja autoestima, se puede decir que se trata de personas que valoran negativamente aspectos de sí mismas, por lo cual se ven incapaces de sentirse orgullosas de características relacionadas con su sí mismo. Para Branden (2009), poseer un nivel bajo de autoestima implica “sentirse inútil para la vida; errado, no con respecto a tal o cual asunto, sino equivocado como persona” (p. 1).

Por otro lado, al hacer mención a un nivel medio de autoestima, este autor refiere que se trata de una permanente fluctuación que va de sentirse apto en ocasiones a sentirse inútil en otros momentos, y también de sentirse acertado algunas veces a sentirse equivocado como persona en otras tantas. Lo que se traduce en comportamientos incoherentes que resultan sensatos en ciertas circunstancias y lo contrario en otras, algo que indefectiblemente termina minando la confianza del sujeto, reforzando su inseguridad. De allí que se llegue a concluir que, si bien las personas con un nivel medio de autoestima no presentan un grave problema con respecto a la misma, es necesario que trabajen para fortalecerla.

Si bien poseer un nivel bajo de autoestima no implica necesariamente depresión, este síndrome se encuentra relacionado estrechamente con la pérdida de la autoestima. Al respecto, sostiene Polaino Lorente (2010): “El depresivo no se quiere a sí mismo y dispone de una memoria selectiva que sólo recuerda lo negativo de su vida” (p.140). Añade este autor que quienes padecen estos sentimientos negativos, no solamente se rechazan a sí mismos sino que difícilmente puedan amar a los demás.

A diferencia de las personas que cuentan con un buen nivel de autoestima, las que presentan un nivel bajo se caracterizan por la tendencia a enfocarse en sus debilidades más que en tratar de dilucidar las posibles fortalezas. Se establece que las actitudes de estos sujetos pueden orientarse a la auto-aceptación de sí mismas con un rechazo hacia los otros o un rechazo de sí mismas aceptando a los otros, o bien un rechazo de ambos, de su sí mismo y de los otros (Carpena, 2003).

4.2.3. La Autoestima como una Necesidad

Kassin et al., (2010), refieren que como seres humanos, necesitamos de la autoestima. Ello implica poder vernos a nosotros mismos bajo una luz positiva o favorable. A su vez, explican, cada individuo otorga valor o significado a distintas características, es decir, una persona puede valorar en alto grado la apariencia física, dando así importancia a la imagen corporal; otras personas pueden valorar la fuerza física, la salud, los logros profesionales, ciertas habilidades o aptitudes, determinadas destrezas o el pertenecer a un grupo en particular. De lo que se trata es que todos asignamos valor a algo y esto constituye lo que se da en llamar, la motivación humana.

Los autores mencionados se preguntan a qué se debe esta necesidad de autoestima e indican dos respuestas psicológicas que se proponen explicar este fenómeno. La primera de ellas refiere a la necesidad intrínseca de los seres humanos a relacionarnos con otros, así como de conseguir su aprobación (Leary y Baumeister, 2000, citados en Kassin et al., 2010). Por otro lado, una segunda alternativa para responder al interrogante antes mencionado es la “teoría del manejo del terror”, propuesta por Greenberg, Solomon y Pyszczynski (1997, citados en Kassin et al., 2010). Esta teoría expresa que tenemos plena conciencia acerca de nuestra finitud y ello nos aterra. Una manera de paliar este terror, es aceptar diversas cosmovisiones acerca de cómo se creó el mundo, explicaciones religiosas al respecto, que den un sentido a nuestra existencia. Es a través de estas cuestiones que los seres humanos pueden aliviar la angustia que genera el ser conscientes de la propia muerte. Estos autores, llevaron a cabo experimentos que dieron cuenta de la ansiedad que generaba a los sujetos, el hecho de ser expuestos a imágenes relacionadas con la muerte o con pensamientos acerca del propio fallecimiento. También notaron que al otorgar una retroalimentación positiva mediante una prueba para reforzar la autoestima, esta reacción inicial de la que habían

sido testigos, se asimiló de otra manera, generando un efecto menor. En otras palabras, la autoestima cumpliría la función de ser un escudo protector.

Resulta indicado mencionar a Maslow (1991), quien establece que todas las personas tenemos necesidad o deseo de una alta valoración hacia nosotros mismos. Esta necesidad, aclara, está compuesta por la necesidad de auto-respeto o de autoestima, a la vez que de la estima de otros. El autor clasifica a estas necesidades en dos grupos: por un lado estaría el deseo de fuerza, logro, adecuación, competencia, independencia y libertad entre otras. Por otro lado, se ubicarían las pertenecientes al deseo de reputación o prestigio, que implicaría el respeto y estima de los otros hacia nosotros mismos.

Maslow (1991), esboza que satisfacer la necesidad de autoestima lleva a sentimientos de valía, fuerza, autoconfianza, suficiencia así como de capacidad de ser útil y necesario en el mundo. Por el contrario, establece que la frustración de estas necesidades, provocan sentimientos de inferioridad, debilidad, minusvalía y desprotección que pueden desembocar en tendencias compensatorias y añade que “la autoestima más sana y más estable se basa en el respeto merecido de los demás y no en la fama externa o la celebridad y la adulación injustificada” (p. 31).

4.2.4. Autoestima en Hombres y Mujeres

Según algunos autores, al parecer, los niveles de autoestima se mantienen elevados durante la infancia tanto en hombres como en mujeres y luego disminuyen a lo largo de la adolescencia para incrementarse nuevamente al inicio de la edad adulta y volver a decaer en la mediana edad y hasta la vejez (Robins y Trzesniewski, 2005; Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling y Potter, 2002; Trzesniewski, Donnellan y Robins, 2003, citados en Rodríguez Naranjo y Caño González, 2012). Además, si bien en la infancia el nivel de autoestima resulta más parejo en ambos sexos, en la adolescencia son los hombres los que presentan una autoestima más alta que las mujeres (Rodríguez Naranjo y Caño González, 2012).

Asimismo, según Zimmerman et al. (1997, citados en Rodríguez Naranjo y Caño González, 2012), más mujeres adolescentes presentan pérdida de autoestima en comparación a adolescentes varones, en cuyo caso, esta aparece incrementada. Parecería

ser que la fluctuación de la autoestima en los varones se encuentra más sujeta a los logros personales obtenidos en comparación con los conseguidos por sus pares. Mientras que, en las mujeres, la autoestima dependería más de la aprobación de las personas que sean consideradas por ellas como significativas (Block y Robins, 1993; Thorne y Michalieu, 1996, citados en Rodríguez Naranjo y Caño González, 2012). De lo anterior puede inferirse la importancia e incidencia del lugar que ocupa “el otro”, tanto para las mujeres como para los hombres. Confirmando, de acuerdo a lo establecido por Maslow (1991), que la autoestima proviene no solamente del auto-respeto por el sí mismo, sino de la estima de los demás.

4.2.5. Autoestima en Estudiantes Universitarios

Puesto que, la autoestima es una parte constitutiva de las personas, la cual afecta los distintos aspectos de la vida, no ha pasado desapercibida la indagación de la misma en vinculación con el ámbito académico universitario.

Se ha indicado que la autoestima influye positivamente en el rendimiento académico y fue Vildoso (2003, citado en Jara et al., 2008) quien afirmó que a mayor autoestima, mayor rendimiento. En concordancia con ello, sería deseable no solamente emplear estrategias para el desarrollo de una elevada autoestima, sino fomentar el desarrollo de habilidades personales para sostener este nivel de autoestima y así contribuir a los esquemas positivos de uno mismo (Jara et al, 2008).

Haeussler (1996, citado en Vildoso, 2002), establece con respecto a la autoestima en el ámbito académico que, la misma se refiere a la autopercepción que el estudiante tiene de sí mismo en relación a su capacidad para superar los distintos desafíos que se presentan en la vida académica de manera general, y en lo particular, esta dimensión de la autoestima se vincula con la capacidad de rendir y de adaptarse a las exigencias sociales. Además, esto implica la valoración de las propias capacidades intelectuales, así como el hecho de sentirse inteligente, creativo y constante.

Sostienen los autores Gázquez, Pérez, Ruiz, Miras y Vicente, (2006, citados en Rodríguez Naranjo y Caño González, 2012) que los jóvenes que poseen elevada autoestima ejecutan una mayor planificación de las respuestas en el terreno

académico. Asimismo, estos logran, en gran medida, un nivel más alto de superación académica (Lerner et al., 1991, citados en Rodríguez Naranjo y Caño González, 2012). También, se ha encontrado que sostener un auto-concepto alto en el área académica da lugar a un mejor nivel de autoeficacia y que, acompañado por el buen desempeño en este terreno, contribuye a la utilización de buenas estrategias de aprendizaje que redundan en un mejor procesamiento de la información (García Fernández et al., 2010; Gargallo, Garfella, Sánchez, Ros y Serra, 2009; Núñez et al., 1998, citados en Rodríguez Naranjo y Caño González, 2012).

Autores como Hudd et al., (2000, citados en Sánchez López et al., 2006) hallaron que los estudiantes que poseían un nivel elevado de estrés contaban con peores hábitos relacionados con la salud, baja autoestima y una mala percepción de su estado de salud.

En cuanto a la actividad profesional elegida por los estudiantes, Vildoso (2002) sostiene que:

“Cuando una persona goza de buena autoestima, es capaz de reconocer sus deficiencias y utiliza los mejores recursos o medios necesarios para solucionar sus problemas y superar sus dificultades. Es pertinente señalar que una persona satisfecha con la profesión elegida está motivada y es capaz de conquistar su propia naturaleza con la finalidad de alcanzar el grado óptimo de desarrollo.” (p.13)

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

- Evaluar cómo se relaciona el consumo de cigarrillos y la autoestima en estudiantes universitarios de la carrera de Psicología.

5.2. Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de consumo de cigarrillos y el nivel de autoestima que presentan los hombres y mujeres estudiantes universitarios de la carrera de Psicología.
- Comparar el nivel de consumo de cigarrillos y el nivel de autoestima en estudiantes universitarios fumadores y no fumadores de la carrera de Psicología.
- Comparar el nivel de autoestima en estudiantes fumadores y no fumadores de la carrera de Psicología de acuerdo al sexo.
- Analizar si existen diferencias en cuanto al nivel de consumo de cigarrillos en los estudiantes de Psicología fumadores de acuerdo al sexo.
- Analizar si existen diferencias en el nivel de autoestima que presentan los estudiantes de Psicología fumadores y no fumadores de acuerdo al sexo.

6. HIPÓTESIS

H1: Se establecerá la relación entre consumo de cigarrillos y autoestima en estudiantes universitarios de la carrera de Psicología.

H2: Se establecerán las diferencias en el nivel de consumo de cigarrillos entre hombres y mujeres estudiantes fumadores de la carrera de Psicología.

H3: Se determinarán las puntuaciones en el nivel de autoestima en hombres estudiantes de Psicología y en mujeres estudiantes de Psicología.

H4: Se encontrarán diferencias significativas en las puntuaciones de autoestima de estudiantes de Psicología fumadores en comparación con estudiantes de Psicología no fumadores.

7. PROPUESTA METODOLÓGICA

7.1. Tipo de diseño

Se trata de un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, comparativo y relacional, de diseño no experimental. Asimismo, este estudio es de corte transversal dado que, se realizó la recolección de datos en un momento determinado en el tiempo.

7.2. Universo

Estudiantes universitarios de ambos sexos que se encuentran cursando la carrera de Psicología en la Universidad Abierta Interamericana (U.A.I.) en las sedes Berazategui y Lomas de Zamora ubicadas en el Conurbano Sur Bonaerense.

7.3. Muestra

Se analizaron dos muestras: una compuesta por estudiantes universitarios fumadores y otra formada por estudiantes universitarios no fumadores. Las dos muestras comprendieron estudiantes universitarios de la carrera de Psicología de ambos sexos de 19 a 31 años de edad. Los mismos son residentes del Conurbano Sur Bonaerense. El tipo de muestreo es no probabilístico intencional.

7.4. Fuente

Se trata de una fuente primaria ya que, los datos se obtuvieron directamente de la unidad de análisis.

7.5. Unidad de análisis

Comprendida por 50 estudiantes universitarios de la carrera de Psicología fumadores y 50 estudiantes universitarios de la carrera de Psicología no fumadores.

7.6. Criterios de inclusión

Integraron la muestra aquellos estudiantes universitarios de la carrera de Psicología de U.A.I., mayores de 18 años que respondieron los cuestionarios de manera correcta y que, comprendiendo las instrucciones brindaron su consentimiento voluntariamente para participar del estudio.

7.7. Criterios de exclusión

En cuanto a los criterios de exclusión, quedaron fuera de la muestra aquellos estudiantes de Psicología menores de 18 años, así como los cuestionarios respondidos de manera incorrecta, es decir, ambiguos o incompletos.

7.8. Definiciones operacionales

Las variables analizadas son:

Variable independiente: Autoestima

Variable dependiente: Tabaquismo

7.9. Instrumentos

7.9.1. Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4)

Se utilizó el Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo C4, cuya versión fue realizada por investigadores de la Universidad Católica de Colombia a saber: Londoño Pérez et al. (2011). El mismo cuenta con 15 preguntas relacionadas con el hábito de fumar e intenta dar cuenta del nivel de consumo de tabaco teniendo en cuenta características tales como: frecuencia, cantidad de cigarrillos diarios fumados, intensidad de la ingesta, problemas asociados a este hábito, intención de cesación y signos vinculados a la dependencia de la nicotina.

El instrumento evalúa el nivel de consumo de cigarrillo de los estudiantes fumadores y establece una clasificación basada en cuatro niveles de consumo. La primera de ellas define al nivel de consumo bajo, cuya puntuación en el cuestionario

puede oscilar entre 1 y 5 puntos; la segunda define al nivel de consumo moderado, que va de 6 a 17 puntos; la tercera implica el nivel de consumo alto, que puntúa entre 18 y 29 puntos e implica señales de inicio de dependencia de la nicotina aunque no todavía dependencia propiamente dicha; por último, el nivel de consumo dependiente puede oscilar entre 30 y 50 puntos, lo que determina el cumplimiento de ciertos criterios que coadyuvan a explicar la dependencia de la nicotina contemplando características como intensidad, frecuencia, problemas asociados y signos de dependencia nicotínica. A los estudiantes que no son fumadores y que nunca han probado un cigarrillo en su vida se les asigna un puntaje total de 0. Mientras que, a los estudiantes que han fumado alguna vez en su vida por más de seis meses pero que no lo hacen actualmente, les corresponde un puntaje total de 1 (uno) (Londoño Pérez et al., 2011).

En relación a la confiabilidad que presenta el instrumento, sus autores revelan que el mismo se encuentra respaldado con un Alpha de Cronbach de 0.90. Asimismo, agregan que dentro del análisis por reactivo, se confirma que todos ellos aportan a la confiabilidad general de dicha prueba (Londoño Pérez et al., 2011).

En cuanto a la validez, el estudio citado de estos autores tuvo como objetivo el diseño y validación de un instrumento para la clasificación de consumidores de tabaco (tanto adolescentes como adultos jóvenes), y el análisis psicométrico que llevaron a cabo dio sustento tanto a la confiabilidad mencionada como a la validez para poblaciones similares. Asimismo, detallando el estudio de la validez, lo que se hizo fue someter el cuestionario a la evaluación de jurados expertos. Estos evaluaron el instrumento en cuanto a su validez de contenido, suficiencia y en cuanto a la pertinencia y redacción de los reactivos así como de las opciones de respuesta (Londoño Pérez et al., 2011).

Londoño Pérez et al. (2011), sostienen que el instrumento cuenta con validez de constructo dado que, se tomaron varios ítems de otras escalas y entrevistas existentes acerca del consumo de tabaco. Lo que ellos hicieron fue agrupar los más representativos de las distintas escalas debido a que estas evaluaban por separados diversos contenidos como frecuencia, intensidad del consumo, problemas asociados, intentos de cesación y signos de dependencia.

Por otro lado, debido a que esta escala incluye la evaluación de distintas características vinculadas al hábito tabáquico (frecuencia e intensidad del consumo, así como problemas asociados a este hábito, la intención de la cesación y signos vinculados a la dependencia de la nicotina), no se pudo realizar un estudio de validez concurrente dado que no existe otra escala que mida todos estos aspectos juntos y por lo tanto, recomiendan que se lleven a cabo más indagaciones al respecto (Londoño Pérez et al., 2011) (Ver anexos).

7.9.2. Escala de Autoestima de Rosenberg:

Se utilizó también la Escala de Autoestima de Rosenberg o EAR (1973) para medir la variable autoestima. Este instrumento consta de 10 ítems, de los cuales cinco están redactados de manera positiva y otros cinco se encuentran redactados de manera negativa. Se trata de un instrumento unidimensional, el cual presenta una escala de tipo Likert que contiene cuatro opciones de respuesta para acordar, estas son: “Muy de acuerdo”; “De acuerdo”; “En desacuerdo” y “Muy en desacuerdo”.

Esta escala fue utilizada en un comienzo para adolescentes pero hoy se aplica a diversos grupos etarios (Rojas-Barahona et al., 2009). Los ítems direccionados en forma positiva son: 1, 2, 4, 6, y 7 mientras que, los que se encuentran direccionados de manera negativa son: 3, 5, 8, 9 y 10. La forma en que se puntúa esta escala es asignando un puntaje de 4 a 1 para los ítems redactados de manera positiva y otorgando el puntaje inverso a las afirmaciones direccionadas negativamente, es decir de 1 a 4. Posteriormente, se suman todos los ítems. La puntuación total puede oscilar entre 10 y 40. La obtención de 30 a 40 puntos implica una autoestima elevada, considerada como normal. Por otro lado, la obtención entre 26 y 29 puntos significa que la autoestima es media y si bien no presenta problemas graves, se estima que es conveniente trabajar para mejorarla. Por último, un puntaje de 25 o inferior implica una autoestima baja que representa la existencia de problemas significativos de autoestima (Rojas-Barahona et al., 2009).

Cabe aclarar que, los ítems positivos y negativos figuran alternados en el instrumento puesto que, se trata de reducir sus efectos parciales sobre las personas que lo contestan, es decir, la aquiescencia auto-administrada. Rosenberg (1973), afirma que

por más que el lector pueda verse tentado de cuestionar uno u otro ítem, queda fuera de toda duda el hecho de que, por lo general, estos se refieren a una actitud favorable o desfavorable de uno mismo.

A pesar de que existen varios instrumentos que se encargan de medir la variable autoestima, la EAR es uno de los más utilizados a nivel mundial. Es así como, Rojas Barahona et al (2009), mencionan que esta escala fue traducida y validada en numerosos países tales como Francia, Alemania y Japón entre otros. Los mismos autores mencionan que se ha llevado a cabo un estudio multicultural en el cual fue administrada la EAR, obteniendo en 48 de las 53 naciones estudiadas, una confiabilidad de 0,75.

Asimismo, la EAR fue estudiada por estos autores para evaluar su validez y confiabilidad en una muestra chilena. Esta escala, a pesar de ser muy utilizada en Chile, no contaba hasta el momento con un proceso de validación para esa población en particular. La confiabilidad arrojada por el estudio en cuestión fue de 0,754, lo que confirma los datos arrojados anteriormente a favor de la utilización de este instrumento. Finalmente, los autores concluyeron que la EAR cumple con los requerimientos de validez y confiabilidad que se espera de un instrumento de calidad que sirva para medir la autoestima en Chile y añaden que, la forma de actuar es bastante parecida a lo que esperaba Rosenberg para la población con la que originalmente se validó la escala.

Menciona Rosenberg (1973), en referencia a la validez de la escala, que en la clínica se constata que la depresión va acompañada de baja autoestima y que por lo tanto, al emerger los sentimientos depresivos, si la EAR mide realmente la autoestima, los sujetos evaluados con ella deberían parecer deprimidos ante observadores externos. Para demostrar esto, llevó a cabo un estudio en Institutos Nacionales de Salud en el cual se utilizaron las escalas Leary que consisten en una lista de ítems que permiten caracterizar interpersonalmente a un individuo según el evaluador observador. En este caso, las evaluadoras fueron enfermeras de tales instituciones y se encontró una significativa asociación entre el nivel de autoestima que el individuo presentaba según la medición de la autoestima a través de la EAR y la probabilidad de parecer deprimido según la observación de las enfermeras a través de las escalas Leary.

Debido a que es una escala de fácil y económica administración y por presentar además confiabilidad y validez en poblaciones similares a la que se presenta en esta investigación, se está en condiciones de afirmar que la información aportada contribuye a fundamentar la utilización de la EAR en el presente estudio (ver anexos).

8. ANÁLISIS

8.1. Procedimiento

Se aplicó una técnica de muestreo no-probabilística. Los participantes recibieron información acerca de los objetivos generales del estudio. Se los invitó a participar en forma voluntaria y anónima, pero no se les informó de las hipótesis para evitar sesgos en sus respuestas. Nadie recibió compensación económica, completaron los instrumentos en forma individual en la Universidad Abierta Interamericana, sedes Berazategui y Lomas de Zamora.

Se explicó a los participantes en qué consistía el estudio y se les entregó el conjunto de inventarios para que los completen, informándoles que debían hacerlo de manera completa y precisa. Se les pidió que revisaran cada una de sus respuestas en busca de datos omitidos. Se aclaró desde un comienzo que los datos obtenidos serían utilizados con fines académicos y se hizo hincapié en que se mantendría la confidencialidad y el anonimato de la información brindada, luego se les agradeció su colaboración.

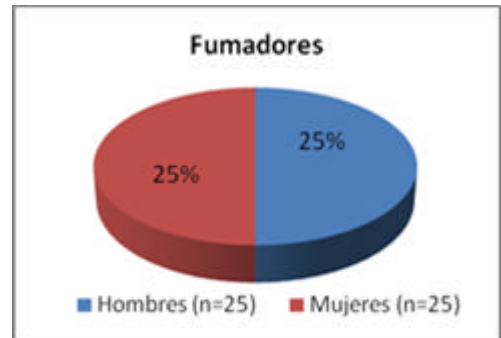
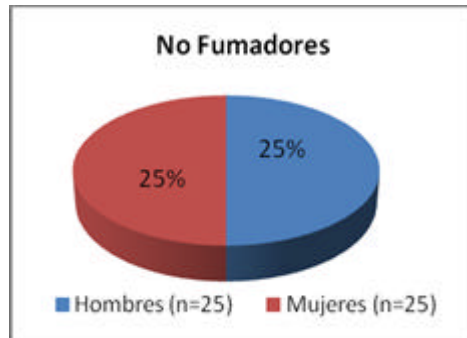
La muestra examinada comprendió 100 estudiantes de la carrera de Psicología, 50 de los cuales eran fumadores. Se llevó a cabo la prueba estadística U de Mann Whitney para la edad en ambos grupos (fumadores y no fumadores). No se hallaron diferencias significativas, ya que el rango promedio en los estudiantes fumadores fue de 52,53 y en los estudiantes no fumadores de 48,47 (U de Mann Whitney = 1148,500 sig = ,481). Siendo los valores mínimos de 19 y 21 respectivamente y los valores máximos de 31 para ambos grupos, facilitando su homogeneidad en relación al rango etario.

En cuanto al sexo, la prueba U de Mann Whitney arrojó que no hay diferencias significativas en los grupos puesto que, el rango promedio de los estudiantes fumadores fue de 50,50 y para los no fumadores de 50,50 (U de Mann Whitney = 1250,000 sig = 1,000), siendo por lo tanto, una muestra homogénea en relación al sexo.

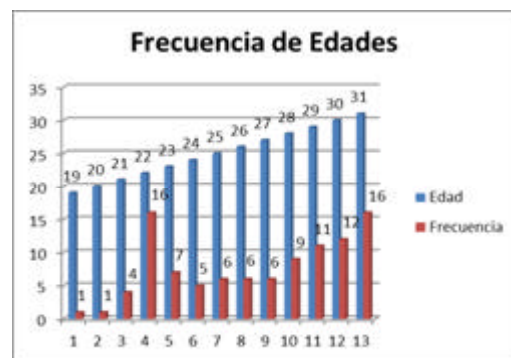
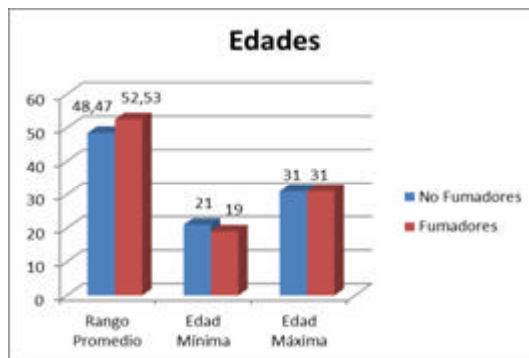
Con respecto a la variable estado civil, tampoco se hallaron diferencias significativas ya que, la prueba estadística U de Mann Whitney arrojó que el rango promedio en el grupo de fumadores fue de 49,90 mientras que en el grupo de fumadores fue de 51,10. (U de Mann Whitney = 1220,000 sig = ,801). Lo que confirma la homogeneidad de la muestra también en cuanto el estado civil.

8.2. Gráficos Descriptivos de la muestra evaluada

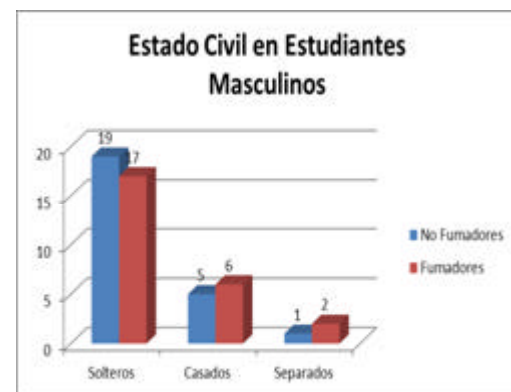
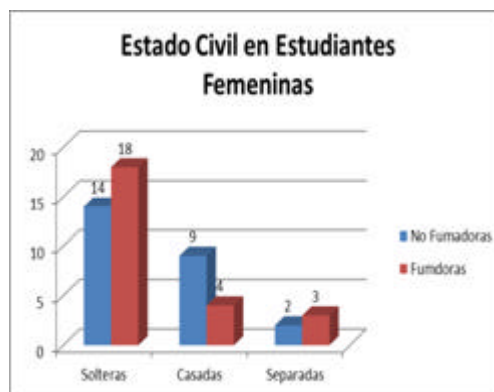
1. Gráficos sobre la representación de la muestra evaluada



2. Gráficos representativos de las Edades de la muestra evaluada



3. Gráficos representativos del Estado Civil de la muestra evaluada



4. Gráfico representativo del Nivel de Consumo de Cigarrillos de acuerdo al Sexo

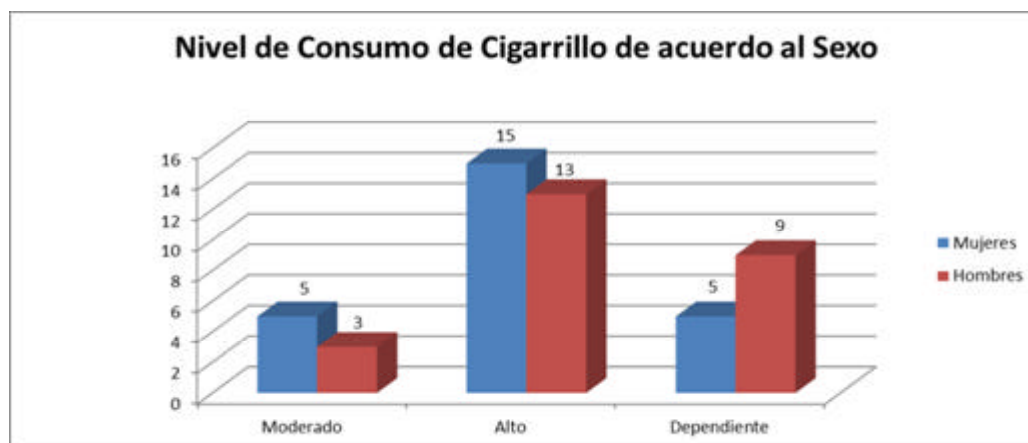


Tabla 1. Diferencias en Cuanto al nivel de Consumo de Cigarrillos según los Puntajes Obtenidos.

VARIABLES	SEXO	N total	Mediana	Mínimo	Máximo
Fumador Moderado	Femenino	5	14,00	12	16
	Masculino	3	15,00	12	15
Fumador Alto	Femenino	15	22,00	18	29
	Masculino	13	24,00	18	28
Fumador Dependiente	Femenino	5	33,00	31	41
	Masculino	9	34,00	32	43

5. Gráfico representativo del Nivel de Autoestima en ambos grupos y de acuerdo al Sexo.

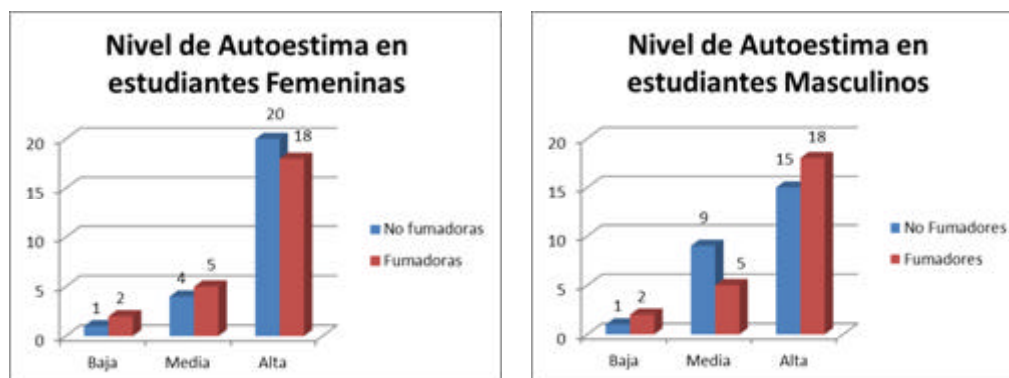


Tabla 2. Diferencias en Cuanto al Nivel de Autoestima según los Puntajes Obtenidos.

Variabes	Grupo	Sexo	N total	Mediana	Mínimo	Máximo
Autoestima Baja	No fumadores	Femenino	1	25,00	25	25
		Masculino	1	23,00	23	23
	Fumadores	Femenino	2	23,00	22	24
		Masculino	2	22,00	21	23
Autoestima Media	No fumadores	Femenino	4	28,00	27	29
		Masculino	9	28,00	27	29
	Fumadores	Femenino	5	28,00	26	29
		Masculino	5	28,00	28	29
Autoestima Alta	No fumadores	Femenino	20	33,00	30	39
		Masculino	15	35,00	30	39
	Fumadores	Femenino	18	33,50	30	38
		Masculino	18	35,00	30	38

8.3. Resultados

Los datos fueron cargados y procesados mediante el paquete estadístico SPSS (Statistical Products and Service Solutions) versión 20. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los dos inventarios: Cuestionario para la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo para jóvenes (C4) y Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) para obtener las frecuencias de las respuestas de los encuestados. El análisis fue de tipo cuantitativo, en donde a partir de los cálculos estadísticos se sistematizó y procesó la información obtenida.

Luego, se llevó a cabo un contraste de hipótesis sobre la normalidad de las variables estudiadas, Clasificación de Consumidores de Cigarrillo y Autoestima, mediante un análisis de Shapiro-Wilk (para 50 casos).

Tabla 3. Prueba de Normalidad ^(a) y Distribución de Consumidores de cigarrillos

Variable	Grupo	Mediana	Mínimo	Máximo	Estadístico Shapiro-Wilk	Sig.
C4 Total	Fumadores	24	12	43	,974	,324
	No Fumadores	0	0	1	,511	<,001

^(a) Corrección de la significación de Lilliefors (gl= 50).

En base a los valores obtenidos se asumió una distribución asimétrica de la puntuación del inventario C4.

Tabla 4. Prueba de Normalidad^(a) y Distribución de Autoestima

Variable	Grupo	Mediana	Mínimo	Máximo	Estadístico Shapiro-Wilk	Sig.
EAR Total	Fumadores	32,0	21	38	,945	,021
	No Fumadores	32,5	23	39	,954	,051

^(a) Corrección de la significación de Lilliefors (gl= 50).

A partir de estos resultados se asume una distribución asimétrica de la puntuación del instrumento EAR.

Se comparó mediante estadística no paramétrica (Chi-cuadrado de Pearson) Clasificación de Consumidores de Cigarrillos.

Tabla 5. Casos con Puntajes Bajos (Nivel Bajo entre 0 y 5) en clasificación de consumidores de cigarrillos en estudiantes de Psicología de ambos sexos. Tabla de Contingencia.

Variables	Sexo	N Total	Mediana	Mínimo	Máximo	Chi cuadrado de Pearson	Sig.
C4 Total	Masculino	25	,00	0	1	1,049	,306
	Femenino	25	,00	0	1		

Sig. > 0,05. No existe relación entre el consumo leve de tabaco y el sexo, por lo tanto las variables no están asociadas, con lo cual el nivel de consumo bajo es independiente del sexo.

Tabla 5.1. Casos con Puntajes Moderados (Nivel Moderado entre 6 y 17) en clasificación de consumidores de cigarrillos en estudiantes de Psicología de ambos sexos. Tabla de Contingencia.

Variables	Sexo	N Total	Mediana	Mínimo	Máximo	Chi cuadrado de Pearson	Sig.
C4 Total	Masculino	3	15,00	12	15	5,156	,161
	Femenino	5	14,00	12	16		

Sig. > 0,05. No existe relación entre el consumo moderado de tabaco y el sexo, por lo tanto las variables no están asociadas, con lo cual el nivel de consumo moderado es independiente del sexo. Observándose más casos de estudiantes femeninas con puntajes de nivel moderado de consumo (entre 6 y 17) que estudiantes masculinos.

Tabla 5.2. Casos con Puntajes Altos (Nivel Alto entre 18 y 29) en clasificación de consumidores de cigarrillos en estudiantes de Psicología de ambos sexos. Tabla de Contingencia.

Variables	Sexo	N Total	Mediana	Mínimo	Máximo	Chi cuadrado de Pearson	Sig.
C4 Total	Masculino	13	24,00	18	28	13,928	,125
	Femenino	15	22,00	18	29		

Sig. > 0,05. No existe relación entre el consumo alto de tabaco y el sexo, por lo tanto las variables no están asociadas, con lo cual el nivel de consumo alto es independiente del sexo. Observándose más casos de estudiantes femeninas con puntajes de nivel alto de consumo (entre 18 y 29) que estudiantes masculinos.

Tabla 5.3. Casos con Puntajes Altos (Nivel Dependiente mayor o igual que 30) en clasificación de consumidores de cigarrillos en estudiantes de Psicología de ambos sexos. Tabla de Contingencia.

Variables	Sexo	N Total	Mediana	Mínimo	Máximo	Chi cuadrado de Pearson	Sig.
C4 Total	Masculino	9	34,00	32	43	6,596	,472
	Femenino	5	33,00	31	41		

Sig. > 0,05. No existe relación entre consumo de tabaco dependiente y el sexo, por lo tanto, las variables no están asociadas, con lo cual el nivel de consumo dependiente es independiente del sexo. Observándose más casos de estudiantes masculinos con puntuaciones de nivel dependiente (mayor o igual que 30) que estudiantes femeninas.

Se comparó mediante estadística no paramétrica (Chi-cuadrado de Pearson) Nivel de Autoestima de acuerdo al sexo.

Tabla 6. Casos con Puntajes Bajos (Nivel Bajo menor o igual que 25) en la escala de Autoestima en estudiantes de la carrera de Psicología en ambos sexos. Tabla de Contingencia.

Variables	Sexo	N Total	Mediana	Mínimo	Máximo	Chi cuadrado de Pearson	Sig.
EAR	Femenino	3	24,00	22	25	6,000	,199
Total	Masculino	3	23,00	21	23		

Sig > 0,05. No existe relación entre la autoestima baja y el sexo, por lo tanto, las variables no están asociadas, con lo cual la autoestima baja es independiente del sexo. Observándose igual cantidad de casos de estudiantes masculinos y femeninos con puntuaciones de nivel bajo de autoestima.

Tabla 6.1. Casos con Puntajes Medios (Nivel Medio entre 26 y 29) en la escala de Autoestima en estudiantes de la carrera de Psicología en ambos sexos. Tabla de Contingencia.

Variables	Sexo	N Total	Mediana	Mínimo	Máximo	Chi cuadrado de Pearson	Sig.
EAR	Femenino	9	28,00	26	29		
Total	Masculino	14	28,00	27	29	2,008	,571

Sig > 0,05. No existe relación entre la autoestima media y el sexo, por lo tanto, las variables no están asociadas, con lo cual la autoestima media es independiente del sexo. Observándose más casos de estudiantes masculinos con puntuaciones de nivel medio de autoestima (entre 26 y 29) que estudiantes femeninas.

Tabla 6.2. Casos con Puntajes Altos (Nivel Alto mayor o igual que 30) en la escala de Autoestima en estudiantes de la carrera de Psicología en ambos sexos. Tabla de Contingencia.

Variables	Sexo	N Total	Mediana	Mínimo	Máximo	Chi cuadrado de Pearson	Sig.
EAR	Femenino	38	33,00	30	39		
Total	Masculino	33	35,00	30	39	4,336	,826

Sig > 0,05. No existe relación entre la autoestima alta y el sexo, por lo tanto, las variables no están asociadas, con lo cual la autoestima alta es independiente del sexo. Observándose más casos de estudiantes femeninas con puntuaciones de nivel alto de autoestima (mayor o igual que 30) que estudiantes masculinos.

Se comparó mediante estadística no paramétrica (Chi-cuadrado de Pearson) Nivel de Autoestima en fumadores y no fumadores.

Tabla 7. Casos con Puntajes Bajos (Nivel Bajo menor o igual que 25) en la escala de Autoestima en estudiantes de Psicología fumadores y no fumadores. Tabla de Contingencia.

Variables	Grupo	N Total	Mediana	Mínimo	Máximo	Chi cuadrado de Pearson	Sig.
EAR	Fumadores	4	22,50	21	24		
Total	No Fumadores	2	24,00	23	25	3,750	,441

Sig. > 0,05. No existe relación entre el nivel bajo de autoestima y los grupos, por lo tanto las variables no están asociadas, con lo cual la autoestima baja es independiente del consumo de cigarrillos. Observándose más casos de estudiantes fumadores con puntuaciones de nivel bajo de autoestima (menor o igual que 25) que estudiantes no fumadores.

Tabla 7.1. Casos con Puntajes Medios (Nivel Medio entre 26 y 29) en la escala de Autoestima en estudiantes de Psicología fumadores y no fumadores. Tabla de Contingencia.

Variables	Grupo	N Total	Mediana	Mínimo	Máximo	Chi cuadrado de Pearson	Sig.
EAR	Fumadores	10	28,00	26	29		
Total	No Fumadores	13	28,00	27	29	1,863	,601

Sig. > 0,05. No existe relación entre el nivel medio de autoestima y los grupos, por lo tanto las variables no están asociadas, con lo cual la autoestima media es independiente del consumo de cigarrillos. Observándose más casos de estudiantes no fumadores con puntuaciones de nivel medio de autoestima (entre 26 y 29) que estudiantes fumadores.

Tabla 7.2. Casos con Puntajes Altos (Nivel Alto mayor o igual que 30) en la escala de Autoestima en estudiantes de Psicología fumadores y no fumadores. Tabla de Contingencia.

Variables	Grupo	N Total	Mediana	Mínimo	Máximo	Chi cuadrado de Pearson	Sig.
EAR	Fumadores	36	34,50	30	38		
Total	No Fumadores	35	34,00	30	39	18,990	,015

Sig. < 0,05. Existe relación entre el nivel alto de autoestima y los grupos, por lo tanto las variables están asociadas. Observándose más casos de estudiantes fumadores con puntuaciones de nivel alto de autoestima (mayor o igual que 30) que estudiantes no fumadores.

Se comparó mediante estadística no paramétrica (Chi-cuadrado de Pearson) Nivel de Autoestima en estudiantes femeninas fumadoras y no fumadoras de la carrera de Psicología.

Tabla 8. Casos con Puntajes Bajos (Nivel Bajo menor o igual que 25) en la Escala Autoestima en estudiantes femeninas de la carrera de Psicología. Tabla de Contingencia.

Variables	Grupo	N Total	Mediana	Mínimo	Máximo	Chi cuadrado de Pearson	Sig.
EAR	Fumadoras	2	23,00	22	24		
Total	No Fumadoras	1	25,00	25	25	3,000	,223

Sig. > 0,05. No existe relación entre el nivel bajo de autoestima y los grupos, por lo tanto las variables no están asociadas, con lo cual la autoestima baja es independiente del consumo de cigarrillos en el sexo femenino. Observándose más casos de estudiantes femeninas fumadoras con puntuaciones de nivel bajo de autoestima (menor o igual que 25) que estudiantes femeninas no fumadoras.

Tabla 8.1. Casos con Puntajes Medios (Nivel Medio entre 26 y 29) en la Escala Autoestima en estudiantes femeninas de la carrera de Psicología. Tabla de Contingencia.

Variables	Grupo	N Total	Mediana	Mínimo	Máximo	Chi cuadrado de Pearson	Sig.
EAR	Fumadoras	5	28,00	26	29		
Total	No Fumadoras	4	28,00	27	29	1,575	,665

Sig. > 0,05. No existe relación entre el nivel medio de autoestima y los grupos, por lo tanto las variables no están asociadas, con lo cual la autoestima media es independiente del consumo de cigarrillos en el sexo femenino. Observándose más casos de estudiantes femeninas fumadoras con puntuaciones de nivel medio de autoestima (entre 26 y 29) que estudiantes femeninas no fumadoras.

Tabla 8.2. Casos con Puntajes Altos (Nivel Alto mayor o igual que 30) en la Escala Autoestima en estudiantes femeninas de la carrera de Psicología. Tabla de Contingencia.

Variables	Grupo	N Total	Mediana	Mínimo	Máximo	Chi cuadrado de Pearson	Sig.
EAR	Fumadoras	18	33,50	30	38		
Total	No Fumadoras	20	33,00	30	39	10,123	,257

Sig. > 0,05. No existe relación entre el nivel alto de autoestima y los grupos, por lo tanto las variables no están asociadas, con lo cual la autoestima alta es independiente del consumo de cigarrillos en el sexo femenino. Observándose más casos de estudiantes femeninas no fumadoras con puntuaciones de nivel alto de autoestima (mayor o igual que 30) que estudiantes femeninas fumadoras.

Se comparó mediante estadística no paramétrica (Chi-cuadrado de Pearson) Nivel de Autoestima en estudiantes masculinos fumadores y no fumadores de la carrera de Psicología.

Tabla 9. Casos con Puntajes Bajos (Nivel Bajo menor o igual que 25) en la Escala Autoestima en estudiantes masculinos de la carrera de Psicología. Tabla de Contingencia.

Variables	Grupo	N Total	Mediana	Mínimo	Máximo	Chi cuadrado de Pearson	Sig.
EAR	Fumadores	2	22,00	21	23		
Total	No Fumadores	1	23,00	23	23	,750	,386

Sig. > 0,05. No existe relación entre el nivel bajo de autoestima y los grupos, por lo tanto las variables no están asociadas, con lo cual la autoestima baja es independiente del consumo de cigarrillos en el sexo masculino. Observándose más casos de estudiantes masculinos fumadores con puntuaciones de nivel bajo de autoestima (menor o igual que 25) que estudiantes masculinos no fumadores.

Tabla 9.1. Casos con Puntajes Medios (Nivel Medio entre 26 y 29) en la Escala Autoestima en estudiantes masculinos de la carrera de Psicología. Tabla de Contingencia.

Variables	Grupo	N Total	Mediana	Mínimo	Máximo	Chi cuadrado de Pearson	Sig.
EAR	Fumadores	5	28,00	28	29		
Total	No Fumadores	9	28,00	27	29	1,659	,436

Sig. > 0,05. No existe relación entre el nivel medio de autoestima y los grupos, por lo tanto las variables no están asociadas, con lo cual la autoestima media es independiente del consumo de cigarrillos en el sexo masculino. Observándose más casos de estudiantes masculinos no fumadores con puntuaciones de nivel medio de autoestima (entre 26 y 29) que estudiantes masculinos fumadores.

Tabla 9.2. Casos con Puntajes Altos (Nivel Alto mayor o igual que 30) en la Escala Autoestima en estudiantes masculinos de la carrera de Psicología. Tabla de Contingencia.

Variables	Grupo	N Total	Mediana	Mínimo	Máximo	Chi cuadrado de Pearson	Sig.
EAR	Fumadores	18	35,00	30	38		
Total	No Fumadores	15	35,00	30	39	12,497	,130

Sig. > 0,05. No existe relación entre el nivel alto de autoestima y los grupos, por lo tanto las variables no están asociadas, con lo cual la autoestima alta es independiente del consumo de cigarrillos en el sexo masculino. Observándose más casos de estudiantes masculinos fumadores con puntuaciones de autoestima alta (mayor o igual que 30) que estudiantes masculinos no fumadores.

Se correlacionó mediante estadística no paramétrica (Rho de Spearman) las puntuaciones de Consumo de Cigarrillos y Autoestima (y sus factores) en estudiantes de la carrera de Psicología.

Tabla 10. Correlaciones entre Consumo de Cigarrillos y Autoestima en Estudiantes Fumadores.

	Autoestima Baja	Autoestima Media	Autoestima Alta	EAR Total
Fumador Moderado	-,128 (,376)	,182 (,207)	,024 (,867)	,056 (,701)
Fumador Alto	-,070 (,628)	,001 (,997)	,032 (,824)	,036 (,804)
Fumador Dependiente	,182 (,206)	-,196 (,173)	-,015 (,918)	-,054 (,708)
C4 Total	,140 (,332)	-,265 (,063)	,043 (,765)	-,001 (,992)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

No se observaron correlaciones significativas entre consumo de cigarrillos y autoestima por lo tanto, esto indicaría que las variables no están asociadas.

Tabla 10.1. Correlaciones entre Consumo de Cigarrillos y Autoestima en estudiantes Fumadores de acuerdo al Sexo.

	Sexo	Autoestima Baja	Autoestima Media	Autoestima Alta	EAR Total
Fumador Moderado	Femenino	-,146 (,485)	-,047 (,824)	,201 (,336)	,199 (,341)
	Masculino	-,109 (,605)	,487* (,014)	-,170 (,416)	-,085 (,688)
Fumador Alto	Femenino	-,185 (,375)	,276 (,182)	-,191 (,361)	-,149 (,476)
	Masculino	,000 (1,000)	-,213 (,306)	,226 (,277)	,204 (,329)
Fumador Dependiente	Femenino	,261 (,208)	-,246 (,235)	,038 (,858)	-,011 (,959)
	Masculino	,117 (,577)	-,169 (,419)	-,081 (,702)	-,119 (,571)
C4 Total	Femenino	,098 (,643)	-,065 (,757)	-,080 (,703)	-,098 (,640)
	Masculino	,133 (,527)	-,386 (,056)	,075 (,721)	,012 (,954)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Se observaron correlaciones significativas entre el nivel moderado de consumo de cigarrillos y el nivel medio de autoestima en estudiantes de sexo masculino por lo tanto, esto indicaría que las variables están asociadas.

9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre el nivel de consumo de cigarrillos y el nivel de autoestima así como comparar y analizar el nivel de consumo de cigarrillos y autoestima que presentan los estudiantes universitarios fumadores y no fumadores de ambos sexos de la carrera de Psicología.

Dado que, la muestra examinada estuvo compuesta por 100 estudiantes de la carrera de Psicología de la U.A.I., 50 de los cuales eran fumadores, y considerando que la edad de estos sujetos estuvo comprendida entre los 19 y los 31 años, se puede considerar que se trató de una muestra homogénea en ambos grupos ya que, no se hallaron diferencias significativas en el rango etario. Puesto que, el instrumento C4 fue desarrollado para usarse en población universitaria de 18 a 31 años, se puede afirmar que las edades de la muestra aquí evaluada así como la población estudiada, contemplaron las condiciones necesarias para la utilización del mismo. De igual manera, la muestra en cuestión comprendió 50 hombres y 50 mujeres resultando homogénea también en la variable sexo. La misma homogeneidad se presentó con respecto al estado civil.

A raíz de las investigaciones mencionadas a lo largo de este trabajo y dado que se ha encontrado evidencia que establece por un lado una vinculación entre el consumo de tabaco y la autoestima y por otro, la existencia de investigaciones que discrepan con estos hallazgos, se buscó en este estudio evaluar la relación entre el consumo de cigarrillos y la autoestima para analizar el comportamiento de estas variables en estudiantes universitarios de la carrera de Psicología. Con ello se pretendió responder al interrogante de esta investigación.

En virtud de lo mencionado, se halló que, al correlacionar las puntuaciones del C4 con las de la EAR en líneas generales, no se encontraron relaciones significativas, lo que indica que las variables no se encuentran asociadas. Lo hallado contradice a lo mencionado por autores como Otsuki (2003), en el cual se llevó a cabo un estudio con una muestra comprendida por 4300 sujetos, encontrando una relación significativa entre el consumo de cigarrillos y la autoestima. Pudiendo inferirse por ello, que el tamaño de la muestra en cuestión tuvo un importante peso en el resultado de esta

vinculación, teniendo la presente investigación una limitación a ese respecto. Sin embargo, los resultados arrojados por el trabajo que aquí se desarrolla, concuerdan con los hallados en el trabajo llevado a cabo por los autores Olivari Medina y Barra Almagiá (2005), en el cual tampoco se encontró relación significativa entre las dimensiones total y general de autoestima y la conducta de fumar. Estos autores se valieron del Inventario de Coopersmith para evaluar la variable autoestima y un cuestionario ad hoc para evaluar la conducta de fumar. De todas maneras, en esa misma investigación, los autores sí encontraron una relación significativa en el factor “autoestima hogar” (que es una de las dimensiones en las que se dividía la autoestima en este Inventario), favoreciendo a los no fumadores en general por un lado y por otro, encontraron una relación significativa entre una puntuación baja en este factor y la conducta de fumar en mujeres. Por lo que puede concluirse que, aunque la autoestima no se relacione de manera general con el consumo de cigarrillos, sí puede establecerse un vínculo haciendo un análisis al interior de los factores, como es el caso planteado por los autores mencionados. Asimismo, lo dicho puede considerarse como un paralelismo a lo encontrado por autores como Kabawata et al. (1999), en cuya investigación se encontró que adolescentes fumadores presentaban un nivel de autoestima más bajo en dimensiones como “cognitiva” y “familiar” aunque no en el “aspecto físico”, en comparación con los adolescentes que no poseían este hábito. Por lo que, se llega a concluir que las distintas áreas de la autoestima se pueden relacionar de modo diferente con la conducta de fumar.

Lo expresado en el punto anterior, puede encontrar también fundamento en la presente investigación debido a que, si bien no se hallaron relaciones significativas entre el C4 y la EAR como se detallaba más arriba, al correlacionar las puntuaciones del C4 y la EAR con sus respectivos factores y realizando una distinción por sexo al interior del grupo de fumadores, sí se halló una relación significativa entre el nivel de consumo moderado de cigarrillos y la autoestima de nivel medio en el sexo masculino, lo que implicaría que las variables se encuentran asociadas. Determinando que el nivel de consumo moderado de cigarrillos presentado por los estudiantes masculinos, no implica indicios de dependencia de la nicotina, a diferencia del nivel alto (Londoño Pérez et al., 2011). Constituyendo el moderado, el nivel más bajo de consumo hallado en esta muestra y acompañando esta característica a un nivel medio de autoestima, lo que involucra una permanente fluctuación en los sentimientos de estos estudiantes

masculinos fumadores, la cual conlleva el sentirse apto en ocasiones y sentirse inútil en otros momentos, e implica también sentirse acertado algunas veces y sentirse equivocado como persona en otras tantas (Branden, 2009). Esta vinculación no se observó en relación al sexo femenino.

Por otro lado, se esperaba establecer las diferencias en el nivel de consumo de cigarrillos entre hombres y mujeres estudiantes fumadores. Esto se llevó a cabo y en primer lugar al analizar el punto de corte con un valor mayor o igual que 30, se corroboró que no existe relación entre el nivel dependiente de consumo de cigarrillos y el sexo. Lo que concuerda con investigaciones como la de Londoño Pérez et al. (2011), en la que no se encontraron diferencias significativas de consumo en relación al sexo y coincide también con la investigación llevada a cabo por Fernández et al. (2010), en la cual tampoco se hallaron diferencias significativas en cuanto al nivel de consumo de cigarrillos en hombres y mujeres. Aunque, se hallaron más casos con puntuaciones de nivel dependiente en el sexo masculino, debido a lo señalado, no puede establecerse que esta diferencia sea significativa. En contraposición a lo dicho, autores como López Brambila (2010), encontraron que la dependencia en los hombres fue mayor que en las mujeres, lo que puede estar justificado de acuerdo a lo que sostiene Antona Rodríguez (2008), en relación a que los hombres son los que fuman más cigarrillos, contribuyendo este rasgo a caracterizar la dependencia del tabaco aunque no a determinarla. Por lo que se concluye, de acuerdo al instrumento C4, que otras características además de la cantidad de cigarrillos diarios consumidos, como la frecuencia, la intensidad de la ingesta y problemas asociados al consumo entre otras, colaboran todas ellas para denotar nivel de dependencia al tabaco (Londoño Pérez et al., 2011), consistiendo la misma en un conjunto de expresiones conductuales, cognitivas y fisiológicas (Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, 2011), manifestadas a través de una dependencia física, psicológica y social (MSAL, s.f.).

En segundo lugar, al analizar el punto de corte para el nivel de consumo alto con un valor entre 18 y 29, tampoco se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo, corroborando que no existe relación entre el nivel alto de consumo de cigarrillos y el sexo. Hallándose mayor cantidad de casos de estudiantes femeninas que masculinos con puntuaciones de nivel alto de consumo. Y es de destacar también, que la mayor parte de la muestra puntuó en este nivel. Por lo que esto difiere del estudio

anteriormente citado, realizado en Colombia por Londoño Pérez et al (2011), en el cual la mayor parte de la muestra clasificó para el nivel dependiente de consumo. A raíz de lo dicho, podría resultar conveniente realizar un seguimiento de los casos de nivel de consumo alto puesto que, clasificar en este punto de corte involucra señales de inicio de dependencia de la nicotina (Londoño Pérez et al., 2011). Este rastreo tendría el objeto de detectar tempranamente si el nivel de consumo alto encontrado se vuelve crónico, llegando con el tiempo a convertirse en nivel de consumo dependiente. En cuanto al punto de corte para el nivel de consumo moderado, con un valor entre 6 y 17, tampoco se hallaron diferencias significativas en relación al sexo, corroborando que no existe vinculación entre el nivel moderado de consumo de cigarrillos y el sexo. Hallándose más casos de estudiantes femeninas que masculinos con puntuaciones de nivel moderado de consumo.

El punto de corte para el nivel bajo de consumo merece una consideración especial, debido a que se encuentra entre 0 y 5. Según lo explicado por los autores Londoño Pérez et al. (2011), el valor 0 (cero) se corresponde con las personas que no fuman actualmente y nunca lo han hecho en la vida, mientras que, los que registran puntaje 1 (uno), refiere a los estudiantes que alguna vez han fumado por más de seis meses en algún momento de su vida pero que no lo hacen actualmente. Por lo tanto, dentro del presente estudio, estos clasificaron directamente para el grupo de “No Fumadores” ya que, no se hallaron casos de Fumadores dentro de este punto de corte.

De todas maneras, y considerando que la muestra comprendida en este trabajo fue equitativa en cuanto a estudiantes de Psicología hombres y mujeres fumadores y no fumadores, sería de interés considerar en un futuro, investigaciones que tomen en cuenta la evaluación de este consumo en muestras más amplias para detectar si existen diferencias en la prevalencia de acuerdo al sexo en la actualidad a raíz de lo mencionado por Antona Rodríguez (2008), quien establece que, si bien el tabaco afecta por igual a hombres y mujeres y que la conducta tabáquica en ambos es similar, la prevalencia en hombres ha disminuido en contraposición a la prevalencia en las mujeres, la cual se ha incrementado.

Por otro lado, se esperaba determinar las puntuaciones en el nivel de autoestima en hombres y mujeres estudiantes de la carrera de Psicología para analizar si existían diferencias en las mimas. Esta inquietud se basó en el hecho de que por un lado diversas investigaciones tales como la de Polaino Lorente (2010), han vinculado más frecuentemente a los hombres con puntuaciones altas de autoestima, indicando esta característica según Rosenberg (1973), una valoración y aceptación positiva que implica considerarse a uno mismo como suficientemente bueno. En contraposición a esto, Polaino Lorente (2010) ha relacionado a las mujeres con sintomatología depresiva, asociada esta indefectiblemente con la pérdida de la autoestima, señalando esta característica que las mismas sienten que su autorretrato resulta desagradable y se desearía que fuera otro, por lo que existiría una auto-valoración negativa del sí mismo (Rosenberg, 1973). Adicionalmente, el planteo de esta hipótesis también se basó en lo hallado por investigaciones como la de Caso-Niebla y Hernández-Guzmán (2007), en la cual se encontró que los hombres tendían a verse bajo una luz más favorable que las mujeres, concordando ello con los estudios que arrojan diferencias significativas en los niveles de autoestima entre hombres y mujeres, como el de Kabawata et al. (1999), favoreciendo a los primeros. Sin embargo y a pesar de lo señalado, también se han encontrado diversas investigaciones como las de Gázquez et al. (2006), Fernández et al. (2010), Rojas-Barahona et al. (2009) y Sánchez López et al. (2006), que han avalado el hecho de que no existirían diferencias significativas en las puntuaciones de autoestima entre hombres y mujeres. Esto último concuerda con lo hallado en este estudio ya que, no se hallaron diferencias significativas en los distintos puntos de corte de la escala de autoestima, de acuerdo al sexo. Asimismo, se observaron igual cantidad de casos de estudiantes femeninas que masculinos en el nivel bajo de autoestima (seis casos en total) implicando ello la presencia de problemas significativos de autoestima (Rojas-Barahona et al., 2009). Por otro lado, se observaron más casos de estudiantes masculinos que femeninos con autoestima media y más casos de estudiantes femeninas que masculinos con autoestima alta, presentando la mayoría de la muestra, puntuaciones con alta autoestima.

Se esperaba encontrar también diferencias significativas en las puntuaciones de autoestima en fumadores y no fumadores. Esto se corroboró en parte, puesto que, al analizar los puntos de corte para los niveles bajo (menor o igual que 25) y medio (entre 26 y 29), no se hallaron diferencias significativas de autoestima en

fumadores en comparación con no fumadores. Lo que concuerda con autores como Olivari Medina y Barra Almagiá (2005), quienes encontraron que no existían diferencias significativas en el nivel de autoestima de fumadores y no fumadores. No obstante, sí se hallaron diferencias significativas en el punto de corte para el nivel alto de autoestima (mayor o igual que 30), a favor de los fumadores. Observándose más casos de estudiantes fumadores con nivel alto de autoestima que estudiantes no fumadores. Lo que puede estar relacionado con lo que concluyen Kassin et al. (2010), cuando establecen que poseer elevada autoestima, no induce necesariamente a adoptar hábitos más saludables en comparación con las personas que cuentan con un nivel de autoestima bajo. Asimismo, y tomando en cuenta estos resultados, se puede inferir que la elevada autoestima en estos estudiantes fumadores puede concebirse como un satisfactorio indicador de salud mental, denotando un bienestar general de la persona, tal como lo mencionan Rojas-Barahona et al. (2009).

Al realizar el análisis de esta comparación al interior del sexo femenino, no se hallaron diferencias significativas en los puntos de corte de los niveles bajo, medio y alto de autoestima para las estudiantes femeninas de ambos grupos. Del mismo modo, al analizar las puntuaciones obtenidas comparando el nivel de autoestima en los estudiantes masculinos fumadores y no fumadores, tampoco se hallaron diferencias significativas en los puntos de corte para los niveles bajo, medio y alto de ambos grupos. De todas maneras, debe tenerse en cuenta que la muestra involucrada en esta investigación pertenece a una universidad del ámbito privado, por lo que no podrían generalizarse los resultados obtenidos. Para ello sería conveniente realizar estudios que comprendan también muestras de otras instituciones, tanto privadas como públicas.

Para finalizar, al reflexionar en relación a lo hallado en esta investigación con respecto a la elevada autoestima de estudiantes de Psicología hombres y mujeres fumadores, se infiere que el ámbito universitario -entre otros factores que exceden al análisis de este trabajo- podría estar funcionando en sí mismo como un factor protector de la autoestima (manteniéndola elevada). Es decir, podría pensarse que el hecho de pertenecer al ámbito universitario sea un factor altamente valorado por los estudiantes, lo que repercutiría positivamente en la valoración de su sí mismo ya que, la mayor parte de la muestra contó con un nivel alto e incluso con diferencias significativas favoreciendo a los fumadores. Al retomar lo que establecen Kassin et al. (2010), se

entiende que cada sujeto asigna valor a algo y ello constituye la motivación humana, por lo que en este caso, ser estudiante universitario y todo lo que ello conlleva podría ser valorado en pos de la autorrealización del individuo y por ende, fomentando su autoestima. Por otro lado, lo hallado entraría en contradicción con lo encontrado en la investigación llevada a cabo por los autores González Henríquez y Berger Vila (2002), en la que se establece que contar con una elevada autoestima funcionaría como un factor protector de la susceptibilidad al consumo de cigarrillo, ya que en el presente estudio, los fumadores presentan un nivel de autoestima alto, indicando que poseer una elevada valoración de sí mismo, no necesariamente previene la adquisición del hábito tabáquico. De todas maneras, lo explicitado es solamente una inferencia y lo hallado da pie a nuevos interrogantes. Resultaría conveniente poder pensar en un futuro en la realización de un estudio comparativo que contemple a población universitaria fumadora así como a otro tipo de población como grupo control, como el caso de población fumadora que no se encuentre cursando estudios superiores, con el objeto de analizar si existen diferencias al respecto, tanto en el nivel de consumo de cigarrillos como en el nivel de autoestima de ambas poblaciones.

Otra conclusión que puede conjeturarse a raíz de la realización de este estudio se vincula con la referencia mencionada en un principio, acerca de la función primaria de la universidad como formadora de profesionales competentes habilitados para dar respuesta a los desafíos del contexto socio-profesional y que a la vez eso implique que los estudiantes puedan nutrirse para un desarrollo personal en pos de la mejora de la calidad de vida (De Vincenzi, 2010). Al respecto se toma en cuenta que la mayoría de los estudiantes aquí examinados, posee en relación a lo evaluado en este trabajo, al menos una de las habilidades sociales a que apunta la formación universitaria de tipo humanística, fomentada a través de los programas curriculares de la U.A.I. a saber, poder contar con un nivel adecuado de autoestima, por lo que se toma en cuenta de manera positiva la presencia de esta característica en estos estudiantes, manifestada a través de un nivel elevado de autoestima en la mayor parte de la muestra, y se vislumbra asimismo esta característica como funcional a los objetivos de la formación en cuestión.

Otro aspecto a considerar y que compete a futuras investigaciones, es el hecho de tener en cuenta la evaluación de otras características que pudieran estar asociadas con el consumo de cigarrillos tales como la ansiedad, la imagen corporal y la

depresión. Estas variables son mencionadas a raíz de la psicopatología y comorbilidad asociada más frecuentemente al consumo de tabaco ilustrada a lo largo de este trabajo de investigación y contemplando sobre todo al sexo femenino en relación a la imagen corporal y el síndrome depresivo puesto que, las mujeres son las que más vinculación poseen con los trastornos del estado del ánimo y son las que están sujetas a mayores presiones sociales con respecto al mantenimiento del peso, según lo que mencionara Antona Rodríguez (2008).

Asimismo, y en consonancia con lo anterior, puede resultar de utilidad que futuros trabajos consideren las motivaciones para fumar que poseen los estudiantes ya que, esto es algo que el instrumento C4 no contempla (Londoño Pérez et al., 2011). Esta inquietud se basa en el hecho de que tanto hombres como mujeres difieren en la motivación a la hora de adquirir este hábito, puesto que se ha relacionado el consumo en ellas con la búsqueda de un efecto sedativo más que estimulante y además que su consumo se relaciona también con el mantenimiento del peso corporal (Antona Rodríguez, 2008), tal como se mencionaba anteriormente. Además, se infiere que conocer las motivaciones que los sujetos tienen para fumar podría colaborar para considerar la aplicación de la intervención más pertinente a cada caso, debido a que no es lo mismo establecer un tratamiento para la cesación contemplando que la motivación para fumar es el mantenimiento del peso, que aplicar una intervención tomando en cuenta que se fuma por agrado o para disminuir la ansiedad, entre otras posibilidades.

Por otro lado, y en referencia específica al consumo de tabaco, la realización de estudios longitudinales que evalúen este consumo en los estudiantes de Psicología desde el comienzo de la carrera universitaria hasta su finalización también podría contribuir con el aporte de datos empíricos que coadyuven a identificar si este tránsito por la vida académica resulta un lugar propicio para adquirir, mantener o acentuar este hábito, al igual que lo sostienen Novoa Gómez et al. (2012).

Por último y con respecto a la autoestima en particular, una cuestión a tener en cuenta en relación a su evaluación, podría considerar en futuros trabajos un enfoque multidimensional de la misma, tal como lo señala el inventario de Coopersmith (1967), al entender que puede haber áreas de la autoestima (como por ejemplo la “Autoestima Hogar” entre otras) que se vean afectadas de diferente manera en hombres

y mujeres fumadores y no fumadores (Olivari Medina y Barra Almagiá, 2005). Pudiendo obtener resultados que indiquen un nivel bajo de autoestima en ciertas áreas, al tiempo que se adquiere un nivel elevado de autoestima en otras y en un mismo individuo. Derivaciones estas que podrán contribuir para aguzar la mejor manera de intervenir de acuerdo al caso, considerando siempre las características particulares de cada sujeto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abernathy, T & Massad, L. (1995). The relation between smoking and self-esteem. *Adolescence*, 30: 899-907.
- Acosta Padrón, R. & Alfonso Hernández, J. (2004). La autoestima en la educación [versión electrónica]. *Revista Límite*, 1 (11): 82-95.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC, USA: American Psychiatric Association.
- Antona Rodríguez, M. J. (2008). *Estudio epidemiológico y educativo en prevención del tabaquismo en estudiantes extremeños/as. Facultad de Educación y Facultad de Formación del Profesorado*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctora en Medicina, Departamento de Ciencias Biomédicas, Universidad de Extremadura, Badajoz, España.
- Argentina, Ministerio de Salud de la Nación (2012). Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS). Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, (s.f.). *Tabaco y Adicción*. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado el 14 de agosto de 2014 de <http://www.msal.gov.ar/tabaco/index.php/informacion-para-ciudadanos/efectos-del-tabaco-en-la-salud/108-articulo-02>.
- Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. (2011). *Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco*. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Arillo-Santillán, E., Thrasher, J., Rodríguez-Bolaños, R., Chávez-Ayala, R., Ruiz-Velasco, S. & Lascano-Ponce, E. (2007). Susceptibilidad al consumo de tabaco en estudiantes no fumadores de 10 ciudades mexicanas [versión electrónica] *Salud Pública de México*, 49 (2): 170-181.
- Becoña Iglesias, E. & Míguez, M. C. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada [versión electrónica] *Psicooncología*, 1 (1): 99-112.
- Becoña Iglesias, E. & Vázquez González, F. L. (1997). La evaluación de la conducta de fumar [versión electrónica] *Psicología Conductual*, 5 (3): 345-364.
- Becoña Iglesias, E. & Vázquez González, F. L. (2000). Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género [versión electrónica] *Revista Española de Salud Pública*, 74 (1): 13-23.

- Becoña Iglesias, E. (2004). Tratamiento psicológico del tabaquismo [versión electrónica] *Adicciones*, 16 (2): 237-264.
- Branden, N. (2009). *Cómo mejorar su autoestima*. Recuperado el 15 de diciembre de 2013, de http://www.amarseaunomismo.com/descargas/como-mejorar-su-autoestima_nathaniel-branden.pdf
- Breslau, N. & Klein, D F. (1999). Smoking and panic attacks: An epidemiological investigation [versión electrónica]. *Archives of General Psychiatry*, 56: 1141-1147.
- Carpena, A. (2003). *Educación socioemocional en la etapa de primaria*. Barcelona: Octaedro.
- Caso-Niebla, J. & Hernández-Guzmán, L. (2007). Variables que inciden en el rendimiento académico de adolescentes mexicanos [versión electrónica] *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (3): 487-501.
- Colombo, E. & Ghignone, S. (2005). Tabaquismo [versión electrónica] *Archivos argentinos de Pediatría*, 103 (5): 450-475.
- Contreras Camacho, I., Luna Domínguez, M. C. & Arrieta Pérez, R. T. (2008). Autoconcepto del adolescente con y sin consumo de tabaco y alcohol [versión electrónica]. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 51 (6): 239-242.
- Cruz Ramírez, J. (1997) *Autoestima y gestión de la calidad*. México: Iberoamérica S.A.
- De Angelis, P. (2011). Programa de formación pedagógica. *Revista Docencia Universitaria*, (4): 16.
- De Vincenzi, A. (2010). Nuevos desafíos para la docencia universitaria. *Material Docencia Universitaria*: 1-5. Recuperado el 12 de junio de 2014 de http://issuu.com/vaneduc/docs/10_de_vincenzi__a.__2010_.__nuevos_desaf_os__para_la.
- Diccionario Etimológico del Origen de las palabras, recuperado el 10 de julio de 2013 de <http://etimologias.dechile.net/>.
- Fernández, B. F., Barradas Alarcón, M. E., González Santes, M. & Sánchez Barradas, J. M. (2010). Autoestima y Consumo de Tabaco en estudiantes del ITV. *Congreso Internacional de Investigación de AcademiaJournals.com*: Vol. 7. (pp. 45-51). Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Gázquez, J. J., Pérez, M. C., Ruiz, M. I., Miras, F. & Vicente, F. (2006). Estrategias de aprendizaje en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria y su relación con

- la autoestima [versión electrónica] *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (1): 51-62.
- González Martínez, M. T. (1999). *Algo sobre la autoestima. Qué es y cómo se expresa*. Recuperado el 4 de octubre de 2013, del Sitio Web de Publicaciones Periódicas de la Universidad de Salamanca http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/69351/1/Algo_sobre_la_autoestima_Que_es_y_como_s.pdf
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W. R. (2008). Entrevista Motivacional [versión electrónica] *RET Revista de Toxicomanías*, 52, 3-24.
- Jara, D., Velarde, H., Gordillo, G., Guerra, G., León, I., Arroyo, C. & Figueroa, M. (2008). Factores influyentes en el rendimiento académico de estudiantes del primer año de medicina [versión electrónica]. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69 (3): 193-197.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Pine, D. S., Klein, D. F., Kasen, S. & Brook, J. S. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood [versión electrónica]. *American Medical Association*, 284 (18): 2348-2351.
- Kabawata, T., Cross, D., Nishioka, N. & Shimai, S. (1999). Relationship between self-esteem and smoking behavior among Japanese early adolescents: Initial results from a three-year study. *Journal of School Health*, 69: 280-284.
- Kassin, S., Fein, S. & Markus, H. R. (2010). *Psicología social* (7ª. Ed.). México D. F.: Cenage Learning Editores.
- León de la Torre, A. & Ferrer Herrera, Ismael (1991). Hábito de fumar: algunas consideraciones sobre las causas de la habituación y deshabituación [versión electrónica] *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 7 (1): 11-18.
- Londoño Pérez, C., Rodríguez Rodríguez, I. & Gantiva Díaz, C. A. (2011). Cuestionario para la clasificación de fumadores de cigarrillo (C4) para jóvenes [versión electrónica]. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 7 (2), 281-291.
- López Brambila, M. A. (2010). *Prevalencia de tabaquismo y síntomas reforzadores asociados en los estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNAM durante 2008*. Tesis para optar al título de Cirujano Dentista, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México, México D. F.

- Martín Monzón, I. M. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios [versión electrónica] *Apuntes de psicología*, 25 (1): 87-99.
- Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad* (3ª ed.). Madrid, España: Díaz de Santos S.A.
- Morales Domínguez, Z., Pascual Orts, L. M. & Garrido Muñoz de Arenillas, R. (2013). Valoración de sesgos atencionales visuales en una muestra de fumadores universitarios [versión electrónica]. *Adicciones*, 25 (2): 163-169.
- Novoa Gómez, M. M., Barreto, I. & Silva Martín, L. M. (2012). Consumo de cigarrillo y prácticas culturales en contextos universitarios [versión electrónica] *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44 (1): 97-110.
- Olivari Medina, C. & Barra Almagiá, E. (2005). Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes [versión electrónica]. *Terapia Psicológica*, 23 (002): 5-11.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Iniciativa liberarse del tabaco*. Recuperado el 10 de junio de 2014 de <http://www.who.int/tobacco/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Notas descriptivas*. Recuperado el 10 de junio de 2014 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>.
- Otsuki, T. (2003). Substance use, self-esteem, and depression among Asian American adolescents. *Journal of Drug Education*, 33 (4): 369-390.
- Polaino Lorente, A. (2010). *Familia y Autoestima*. Recuperado el 4 de junio de 2013, de <http://educaenvirtudes.wordpress.com/2010/10/02/familia-y-autoestima-a-polaino-lorente/>.
- Prochaska, J. M. & Prochaska J. O. (2001). ¿Porqué no se mueven los continentes? ¿Porqué no cambian las personas? [versión electrónica]. *Revista de Psicoterapia*, 12 (46-47): 17-36.
- Rodríguez Naranjo, C. & Caño González, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención [versión electrónica]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (3): 389-403.
- Rogers, C. (1992). *El proceso de convertirse en persona: M técnica terapéutica*. Recuperado el 2 de marzo de 2014, de <http://claroline.ucaribe.edu.mx/claroline/claroline/backends/download.php?url=L2VsX3Byb2Nlc29fZGVfY29udmVydGlyc2VfZW5fcGVyc29uYV9yb2dlcnMucGRm&cidReset=true&cidReq=DP0191>.

- Rojas-Barahona, C. A., Zegers, B. & Forster, C. E. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores [versión electrónica]. *Revista Médica de Chile*, 137 (6): 791-800.
- Rosenberg, M. (1973). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Rubio Monteverde, H. & Rubio Magaña, A. (2006). Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo [versión electrónica]. *Revista del Instituto de Enfermedades Respiratorias México*, 19 (4): 297-300.
- Rueda-Jaimes, G. E., Camacho López, P. A., Rangel-Martínez, A. M. & Campo-Arias, A. (2009). Prevalencia y factores asociados con el consumo diario de tabaco en estudiantes adolescentes [versión electrónica]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (4): 669-680.
- Sánchez López, M. P., Aparicio García, M. E. & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de salud: diferencias entre hombres y mujeres [versión electrónica] *Psicothema*, 18 (3): 584-590.
- Tafur, L. A., Ordoñez, G., Millán, J. C., Varela, J. M. & Rebellón, P. (2006). Prevalencia de tabaquismo en estudiantes recién ingresados a la Universidad Santiago de Cali [versión electrónica] *Colombia Médica*, 37 (2), 126-132.
- Tejada Yasujara, J. M. (2005). *Módulo de desarrollo afectivo I Autoestima*. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres, Escuela Profesional de Psicología.
- Tiscar Cabezas, J. D. (s.f.). *La autoestima: relación con su bienestar y su tratamiento*. Tesis para optar al título de Máster en Psicología Clínica y de la Salud, Instituto Superior de Estudios Psicológicos, España.
- Vildoso Villegas, J. Y. (2002). *Influencia de la Autoestima, satisfacción con la profesión elegida y la formación profesional en el coeficiente intelectual de los estudiantes del tercer año de la Facultad de Educación*. Tesis para optar el grado de Magíster en Educación, Escuela de Post-Grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

ANEXOS

- Consentimiento Informado
- Instrumentos



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Solicitud de Consentimiento Informado para la administración de cuestionarios para la realización de la tesis de grado para obtener la Licenciatura en Psicología.

Por medio de la presente, yo _____
doy mi consentimiento para que se me administren los cuestionarios para los fines antes explicitados y para que el procedimiento se realice a cargo de la alumna de la Carrera de Psicología perteneciente a la Universidad Abierta Interamericana, Carla Inés Schiaffino.

Dejo constancia de haber comprendido en qué consiste la participación en este estudio y de estar advertido que se garantiza la confidencialidad de los datos y mi anonimato.

Presto plena conformidad a su realización.

Fecha: _____

Firma: _____

Aclaración: _____

Lo invitamos a colaborar en una Investigación para la Universidad Abierta Interamericana para la carrera de Licenciatura en Psicología. Por este motivo, su cooperación en este estudio es de suma importancia. Su participación es voluntaria. La información brindada por usted es anónima y sus datos no serán difundidos. Los resultados de la misma serán utilizados sólo para fines académicos. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, por favor intente no omitir ninguna pregunta y responder todo el cuestionario. Muchísimas gracias.

Fecha:

Sexo: (Por favor, encierre la opción elegida con un círculo.)

Masculino	Femenino
-----------	----------

Edad:

Universidad:

Carrera:

Zona de residencia:

Estado Civil:

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Por favor marque con una **X** la respuesta que más lo identifica.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1 _Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2 _Creo que tengo un buen número de cualidades.				
3 _En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
4 _Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5 _Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.				
6 _Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
7 _En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.				

8 _Desearía valorarme más a mí mismo/a.				
9 _A veces me siento verdaderamente inútil.				
10 _A veces pienso que no soy bueno/a para nada.				

Por favor, a continuación encierre con un círculo la opción elegida:

1. ¿Actualmente fuma cigarrillos?

SÍ	NO
----	----

2. ¿Ha fumado cigarrillos por más de seis meses alguna vez en su vida?

SÍ	NO
----	----

Si su respuesta a la pregunta número 1 (UNO) fue NO, puede dejar de responder el cuestionario.

3. ¿Hace cuánto que empezó a fumar?

- a. Menos de un año
- b. Un año
- c. Más de un año
- d. Entre 3 y 5 años
- e. Más de 5 años
- f. Más de 10 años

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma en un día normal de consumo?

- a. 10 o menos
- b. 11 a 20 cigarrillos
- c. 21 a 30 cigarrillos
- d. 31 o más

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

- a. Menos de 5 minutos
- b. Entre 6 y 10 minutos
- c. Entre 31 minutos y 1 hora
- d. Más de una hora

6. ¿Cómo fuma los cigarrillos?

a. Traga el humo

b. Tiene el humo en la boca

7. ¿Desearía dejar de fumar?

SÍ	NO
----	----

8. ¿Ha intentado dejar de fumar?

SÍ	NO
----	----

¿Cuántas veces?.....

9. ¿Fumar le ha acarreado problemas de salud?

SÍ	NO
----	----

10. Cuando deja de fumar un cigarrillo habitual, experimenta: (puede marcar el número de opciones que crea necesario).

a. Irritabilidad o ira

b. Impaciencia

c. Dificultad para concentrarse

d. Dolor de cabeza

e. Tensión o ansiedad

f. Somnolencia

g. Ninguna de las anteriores

11. ¿Alguien de su familia le ha pedido que deje de fumar?

SÍ	NO
----	----

12. ¿Algún profesional de la salud le ha sugerido que deje de fumar?

SÍ	NO
----	----

13. ¿Encuentra difícil dejar de fumar en sitios donde está prohibido?

SÍ	NO
----	----

14. ¿Encuentra difícil dejar de fumar aun cuando está enfermo?

SÍ	NO
----	----

15. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?

- a.** Al primero de la mañana
- b.** Al que acompaña un trago
- c.** Al de antes de un parcial
- d.** Al de después del almuerzo
- e.** Al último de la noche

Muchas gracias por su colaboración!!!