



# **UNIVERSIDAD DE FLORES**

**DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**TESIS DE DOCTORADO**

**FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE TABACO  
EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS SECUNDARIAS  
DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

Doctorando: Lic. Alejandro Iantorno

Directora de Tesis: Dra. Guadalupe de la Iglesia

Codirector de Tesis: Dr. Lucas Cuenya

Fecha de Entrega: **septiembre AÑO 2017**

*AL SER QUE PERMITE QUE MI ALMA SONRÍA CADA DÍA:  
MI AMADA HIJA STELLA MARIS*

*«HAY UNA FUERZA MOTRIZ MÁS PODEROSA QUE EL VAPOR,  
LA ELECTRICIDAD Y LA ENERGÍA ATÓMICA: LA VOLUNTAD».*  
ALBERT EINSTEIN

## AGRADECIMIENTOS

A la **Universidad de Flores**, y a su rector emérito **Dr. Roberto Kertész**, por su insistencia en que llevase a cabo este doctorado.

A **mi familia** y especialmente mi hija **Stella Maris**, por haber tolerado el hecho de trabajar durante muchísimos fines de semana y feriados en la confección de esta tesis, sin poder compartir más tiempo con ella.

A mi directora de tesis, la **Dra. Guadalupe de la Iglesia**, por tener la humildad de trasmitirme todo su conocimiento a fin de lograr esta ardua, larga y compleja tarea como lo es confeccionar una tesis doctoral.

A mi codirector de tesis el **Dr. Lucas Cuenya**, por haberme acompañado en profundizar mis conocimientos con tanto esmero sobre el mundo de la estadística.

Al **Dr. Adolfo Portela**, por tener el profundo honor de ser su amigo.

Al **Dr. Fernando Bartolomé Verra**, por haberme orientado inicialmente en esta investigación facilitándome material de estudio y sus aportes profesionales.

A todos y cada uno de los **profesores** y **directivos** del doctorado en Psicología de la Universidad de Flores.

A mis **alumnos** y **pacientes**, de quiénes aprendo día a día.

A las **autoridades** de las instituciones educativas donde se llevaron a cabo las administraciones de los protocolos de este trabajo investigativo, a sus **estudiantes** que respondieron a los mismos y a sus **profesores**. Sin la colaboración de cada uno de estos grupos, en últimas, no hubiese sido posible llevar a cabo esta tesis doctoral.

**«SOLO UN EXCESO ES GENUINAMENTE SALUDABLE EN ESTE MUNDO:**

**EL EXCESO DE LA GRATITUD»**

*MUCHAS GRACIAS*

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>1. <u>CAPÍTULO- 1: TABAQUISMO</u> .....</b>	<b>5</b>
1.1.- LA NICOTINA Y EL CIGARRILLO .....	9
1.1.1.- <i>El uso de mentol para enmascarar la nicotina</i> .....	13
1.1.2.- <i>El diseño actual de los cigarrillos</i> .....	14
1.1.3.- <i>El cigarrillo electrónico</i> .....	15
1.2. - TIPOS DE FUMADORES.....	16
1.2.1.- <i>Clasificación según la OMS</i> .....	16
1.2.2.- <i>Clasificación según la Escala Fagerström</i> .....	17
1.2.3.- <i>Clasificación según la Escala del Síndrome de Dependencia a la Nicotina</i> .....	17
1.2.4.- <i>Clasificación según Lasser</i> .....	18
1.2.5.- <i>Fumadores pasivos</i> .....	20
1.3.- EL TABACO Y LA SALUD .....	21
1.3.1.- <i>Enfermedades cardiovasculares</i> .....	22
1.3.2.- <i>Sistema respiratorio</i> .....	23
1.3.3.- <i>Cáncer</i> .....	24
1.3.4.- <i>Sistema reproductor femenino y masculino</i> .....	24
1.3.5.- <i>Sistema endócrino</i> .....	25
1.3.6.- <i>Sistema inmunológico</i> .....	26
1.3.7.- <i>Sistema digestivo</i> .....	27
1.3.8.- <i>Sistema óseo</i> .....	27
1.3.9.- <i>Sistema dentario</i> .....	28
1.3.10.- <i>Los sentidos del gusto, del olfato, de la visión y del oído</i> .....	29
1.3.11.- <i>Mortalidad prematura</i> .....	30
1.3.12.- <i>Trastornos relacionados con el consumo de tabaco</i> .....	30
1.4.- BENEFICIOS AL DEJAR DE FUMAR .....	31
1.5.- ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DEL TABACO .....	32
1.6.- TRATAMIENTOS PARA LA CESACIÓN TABÁQUICA .....	36
1.6.1.- <i>Tratamientos farmacológicos de primera línea</i> .....	37
1.6.2.- <i>Tratamientos farmacológicos de segunda línea</i> .....	42
1.6.3.- <i>Terapias combinadas</i> .....	43
<b>2. <u>CAPÍTULO- 2: ADOLESCENCIA</u>.....</b>	<b>44</b>
2.1.- FACTORES VINCULADOS AL MACRO CONTEXTO: EDUCACIÓN, NIVEL SOCIOECONÓMICO, PUBLICIDAD Y ACCESO AL TABACO .....	47
2.2.- FACTORES INTERPERSONALES: PARES, PADRES Y OTROS ADULTOS .....	50
2.3.- FACTORES INDIVIDUALES: AUTOCONCEPTO, EMOCIONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA .....	54
<b>3. <u>CAPÍTULO - 3: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN</u> .....</b>	<b>62</b>
3.1.- ANSIEDAD .....	62

3.1.1.- Síntomas patológicos de ansiedad.....	66
3.1.2.- Criterios para el diagnóstico de ansiedad.....	71
3.1.3.- Medidas que operacionalizan los síntomas de ansiedad .....	72
3.1.4.- Prevalencia del trastorno de ansiedad.....	74
3.1.5.- Consecuencias vinculadas a la sintomatología ansiosa .....	76
3.1.6.- Sintomatología ansiosa en el adolescente.....	79
3.1.7.- Síntomas de ansiedad y consumo de tabaco .....	81
3.2.- DEPRESIÓN .....	85
3.2.1.- Síntomas depresivos .....	90
3.2.2.- Criterios para el diagnóstico de trastornos depresivos .....	100
3.2.3.- Operacionalización de los síntomas depresivos.....	102
3.2.4.- Prevalencia de los síntomas depresivos.....	105
3.2.5.- Consecuencias vinculadas a la sintomatología depresiva.....	107
3.2.6.- Síntomas depresivos en la adolescencia .....	112
3.2.7.- Síntomas depresivos y consumo de tabaco .....	115
<b>4. <u>CAPÍTULO- 4: RASGOS DE LA PERSONALIDAD Y DESEABILIDAD SOCIAL</u></b>	<b>119</b>
4.1.- RASGOS DE LA PERSONALIDAD .....	119
4.1.1.- Dimensiones de la personalidad de acuerdo con el modelo de los cinco factores (Big Five Inventory, BFI).....	122
4.1.2.- Operacionalización del modelo de los cinco factores de la personalidad. ....	127
4.1.3.- Consecuencias vinculadas a los rasgos de la personalidad.....	130
4.1.4.- Rasgos de la personalidad en la adolescencia .....	133
4.1.5.- Rasgos de la personalidad y consumo de tabaco .....	137
4.2.- DESEABILIDAD SOCIAL .....	143
4.2.1- Rasgos de la deseabilidad social.....	144
<b>5. <u>CAPÍTULO- 5: OBJETIVOS E HIPÓTESIS</u></b>	<b>148</b>
5.1. - OBJETIVOS .....	148
5.1.1. Objetivo general.....	148
5.1.2. Objetivos específicos.....	148
5.2. - HIPÓTESIS .....	148
5.2.1. Hipótesis para el objetivo 1.....	148
5.2.2. Hipótesis para el objetivo 2.....	149
5.2.3. Hipótesis para el objetivo 3.....	149
5.2.4. Hipótesis para el objetivo 4.....	149
5.2.5. Hipótesis para el objetivo 5.....	149
5.2.6. Hipótesis para el objetivo 6.....	149
<b>6. <u>CAPÍTULO- 6: METODOLOGÍA</u></b>	<b>150</b>
6.1. - DISEÑO METODOLÓGICO .....	150
6.2. - PARTICIPANTES.....	150
6.2.1. Criterios de inclusión.....	151
6.2.2. Criterios de exclusión .....	151

6.3.	- MATERIALES.....	152
6.3.1.	<i>Encuesta sociodemográfica.....</i>	152
6.3.2.	<i>El modelo de los cinco factores de la personalidad -Big Five Inventory- (BFI)..</i>	152
6.3.3.	<i>Escala de ansiedad estado/rasgo (STAI).....</i>	153
6.3.4.	<i>El inventario de depresión de Beck II- segunda edición (BDI-II) .....</i>	154
6.3.5.	<i>Escala de discapacidad social (DS).....</i>	155
6.3.6.	<i>Encuesta sobre el consumo de tabaco .....</i>	155
6.3.7.	<i>Análisis del tipo de distribución.....</i>	155
6.4.	- PROCEDIMIENTO .....	156
6.4.1.	<i>Estudio piloto.....</i>	158
6.4.2.	<i>Análisis de consistencia interna.....</i>	158
6.4.3.	<i>Verificación psicométrica de la calidad de las medidas de ansiedad-rasgo ansiedad-estado (AR-AEdo) .....</i>	159
6.4.4.	<i>Análisis del inventario de Beck BDI-II. Colegio confesional privado.....</i>	159
6.5.	- ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	160
<b>7.</b>	<b><u>CAPÍTULO- 7: RESULTADOS</u>.....</b>	<b>162</b>
7.1.-	CONOCIMIENTO SOBRE TABAQUISMO .....	162
7.2.-	DESCRIPCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO DE LOS ADOLESCENTES.....	163
7.3.-	CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDUCTAS Y VARIABLES RELACIONADAS AL CONSUMO DE TABACO.....	166
7.3.1-	<i>Caracterización de las conductas y variables relacionadas al consumo de tabaco en función del sexo .....</i>	166
7.3.2.-	<i>Caracterización de las conductas y variables relacionadas al consumo de tabaco en función de la edad.....</i>	170
7.3.3.-	<i>Exposición temprana e intensidad del consumo de tabaco .....</i>	171
7.4.-	ANSIEDAD ESTADO/RASGO Y VARIABLES RELACIONADAS AL CONSUMO DE TABACO .....	171
7.5.-	DEPRESIÓN Y VARIABLES RELACIONADAS AL CONSUMO DE TABACO.....	173
7.6.-	DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD Y VARIABLES RELACIONADAS AL CONSUMO DE TABACO.....	176
7.7.-	DESEABILIDAD SOCIAL Y CONSUMO DE TABACO .....	180
7.8.-	PREDICCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES.....	181
7.8.1.-	<i>Un modelo para la predicción del consumo de al menos un cigarrillo .....</i>	182
7.8.2.-	<i>Un modelo para la predicción del consumo de al menos 100 cigarrillos .....</i>	186
<b>8.</b>	<b><u>CAPÍTULO- 8: DISCUSIÓN</u>.....</b>	<b>190</b>
8.1.-	CONSIDERACIONES GENERALES .....	190
8.2.-	ASPECTOS DESCRIPTIVOS SOBRE EL CONSUMO DE TABACO .....	194
8.3.-	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS SOBRE EL CONSUMO DE TABACO .....	197
8.4.-	ANSIEDAD Y CONSUMO DE TABACO .....	199
8.5.-	DEPRESIÓN Y CONSUMO DE TABACO.....	201
8.6.-	RASGOS DE LA PERSONALIDAD Y CONSUMO DE TABACO .....	204
8.7.-	DESEABILIDAD SOCIAL Y CONSUMO DE TABACO .....	210

8.8.- PREDICCIÓN PARA EL CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES .....	212
<b>9. <u>CAPÍTULO-9</u>: LIMITACIONES Y CONCLUSIONES DEL ESTUDIO .....</b>	<b>215</b>
9.1.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	215
9.2.- CONCLUSIONES .....	216
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>220</b>

## INTRODUCCIÓN

El tabaco es una de las drogas adictivas legales que más fácilmente se obtienen. Lamentable y consecuentemente, en la sociedad actual su consumo se ha convertido desde hace ya mucho tiempo en algo normal y cotidiano. El consumo de tabaco es un flagelo a nivel mundial que está sustentado por una triple dependencia: química, psicológica y social (Word Bank [WB], 1999). La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el *tabaquismo* es la principal causa de muerte evitable en el mundo (OMS, 2013). Alrededor de cinco millones de muertes al año son atribuibles al *consumo* de *tabaco*; de continuar las tendencias actuales, se espera que esta cifra aumente a 10 millones para el año 2025. De esa cifra, el 70% corresponderá a muertes ocurridas en países en vías de desarrollo (Eriksen, Mackay & Ross, 2012).

Según el Atlas del Tabaco elaborado por la Fundación Mundial del Pulmón y la Sociedad Estadounidense contra el Cáncer (Eriksen et al., 2012), en la República Argentina se fuman por año 1014 cigarrillos por habitante mayor de 15 años. Es casi el doble que en Brasil -allí se consumen 580 cigarrillos por año-, y más que en Uruguay (793), Chile (909), Paraguay (968) y México (470). El país en el que menos se fuma de la región es Perú, con 129 cigarrillos por habitante por año. Se advierte que la franja adolescente está directamente implicada en las alarmantes cifras que arroja dicho estudio.

En la Argentina, mueren por año más de 40 mil personas por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Esto representa el 16% del total de las muertes de personas mayores de 35 años (Tambussi, Perel, Zabert & Ortiz, 2001).

De hecho, el tabaquismo es una adicción que atenta contra la salud de la población en general y merece como punto de enfoque ser analizado en profundidad. En este sentido, la OMS (2013), afirma que el tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en los países en vía de desarrollo. Casi el 80% de los más de 1000 millones de fumadores que hay en el mundo viven en

países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaquismo. Según los datos de la OMS (2013), el tabaco mata hasta a la mitad de sus consumidores.

El tabaquismo es un fenómeno social, cultural, psicológico y fisiológico; como tal, la solución a esta enfermedad conlleva múltiples responsabilidades: económicas, políticas, sanitarias y médicas.

El tema central de este trabajo de investigación está focalizado en la *adolescencia*, la cual se caracteriza por ser una etapa del ciclo vital cuya particularidad es el empeño de los jóvenes por reafirmar su independencia, en la que se rechazan fundamentalmente, tanto de forma explícita como implícita, las escalas de valores convencionales instituidas por padres, tutores e instituciones educativas y gubernamentales.

En este período evolutivo, existe una marcada vulnerabilidad hacia la incorporación de conductas riesgosas y perjudiciales para la salud. Dicha etapa es, además, un derrotero compulsivo en la vida del ser humano, distinguido por la presencia de severas transformaciones donde los intereses son muy diversos y cambiantes, generando el espacio para propiciar profundos cambios de carácter y de ideas.

Por las razones enunciadas, es habitual que en esta etapa del desarrollo acontezca con más frecuencia la experimentación con sustancias psicoactivas, principalmente tabaco y alcohol. Tal es así que, según cifras del WB, cerca de cien mil jóvenes comienzan a consumir tabaco cada día en el mundo y setenta mil de ellos viven en países en desarrollo (WB, 1999).

Con estadísticas más actuales, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (OPS, 2010) indicó que cada día ochenta mil jóvenes en el mundo comienzan a *fumar*; una porción alarmante de ellos, luego, se convierte en adicta a la *nicotina*, droga componente del tabaco (OPS, 2010). Se advierte que, si bien las cifras disminuyeron, el inicio del consumo es muy preocupante.

Por otro lado, Calvo, Fernández, Rosales, López y Cabañas (2000) ya habían indicado que, generalmente, la conducta de consumir tabaco se inicia y se establece en etapas tempranas de la adolescencia. En este sentido, distintas investigaciones posteriores (Berajano & Alderete, 2009; Morello, Duggan, Adger, Anthony & Joffe, 2001) demostraron que la gran mayoría de los adultos *fumadores* -alrededor del 80%- comenzó a fumar durante la adolescencia. Es por ello, tal como lo enuncian Ariza y Nebot (2002) y Calvo et al., 2000, que la adolescencia es un período clave en relación con el riesgo de desarrollar adicción al consumo de tabaco a lo largo de la vida, por lo que el diagnóstico, el tratamiento y la prevención se constituyen como estrategias de salud pública fundamentales.

No es un dato menor que el consumo tabáquico en la adolescencia suele ser un indicador de otros comportamientos de riesgo. De hecho, los cigarrillos se consideran como droga de iniciación, lo que significa que su consumo suele preceder al del alcohol o al de otras drogas ilícitas en sus distintas modalidades (Join, 1995). En este sentido Karen (1995) señala: «Tenemos una droga legal, la nicotina, que puede tener el mismo efecto tóxico que las drogas ilegales» (p. 78).

En el escenario descrito, y a pesar de que muchos de los adolescentes conocen los potenciales efectos negativos que el tabaco puede ocasionarles sobre su salud física, pocos lo relacionarían con complicaciones a nivel psicológico como ser síntomas de ansiedad, depresión, discapacidad social (DS), rasgos de personalidad u otras patologías psíquicas (Dongil Collado, 2008). Además, hay que considerar que se trata de una adicción que no solo perjudica al que consume tabaco, sino también deteriora la salud de quienes comparten sus espacios físicos. En efecto, el consumo de tabaco y la exposición al *humo* resultante, fenómeno conocido como *fumador pasivo* o de *segunda mano*, constituyen una de las mayores causas prevenibles de morbimortalidad. Este efecto indirecto del consumo de tabaco es responsable, según la OMS (2013) de más de seiscientas mil muertes prematuras al año en el mundo.

Se estima que en la Argentina unos seis mil *no fumadores* -fumadores pasivos- fallecen por exposición al humo del tabaco (Ministerio de Salud de la Nación [MSN], 2014; Tovar Guzmán & López Antuñaño, 2000). Aunque el número de muertes se sostiene en el tiempo, en el año 1995 la población en la Argentina era de aproximadamente -aprox- 34 millones de habitantes, mientras que en el año 2014 fue de 43 millones, con un incremento en la población general del 21%, lo que indica una disminución estadística en cuanto a la mortalidad.

De lo señalado se deduce la relevancia de evaluar el consumo de tabaco en la población de adolescentes argentinos para poder no solo conocer la dimensión del problema, sino también indagar sobre posibles variables asociadas al consumo tabáquico que den cuenta de cuáles son aquellos individuos con mayor riesgo, a fin de prevenir e intervenir con mayor precisión el consumo. Es por ello que este trabajo se propone conocer y medir los factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de entre 13 y 18 años de escuelas secundarias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y estudiar las variables psicológicas posiblemente asociadas a este consumo: la ansiedad, la depresión y los rasgos de la personalidad. También se incorporó como variable de estudio la DS. Si bien inicialmente en el campo de la psicometría dicha variable fue ideada como un control para detectar aquellos casos no confiables en sus respuestas (Edwards, 1957), diversas investigaciones han hallado que esta variable capta la tendencia de los sujetos a comportarse conforme a las reglas socialmente aceptadas y, como tal, predice diversas conductas (e.g., Ferrando & Chico, 2000; Grinhauz, 2015; Lara Cantú, 1988).

## 1. CAPÍTULO- 1: TABAQUISMO

El tabaco es una planta originaria de América de larga data (8000 a. C.). Existe registro de su uso por parte de los mayas (2000 a. C), quienes lo *consumían* y comercializaban en gran parte del Caribe y Centroamérica, llegando inclusive hasta Canadá. En ese entonces, el consumo del tabaco poseía un carácter religioso y ceremonial. Los chamanes, por ejemplo, lo utilizaban en rituales con fines curativos (Moreno Echeverría, 1973). Incluso existen pinturas de esta civilización en la que se observan a sacerdotes mayas *fumando* en actitud de adoración al sol para augurar buenas cosechas, consumiendo tabaco también por placer y como estimulante.

En el siglo XV, el tabaco llegó a España, se expandió por toda Europa y Rusia, y en el siglo XVII llegó a China, Japón y África. En principio se lo consumía por placer y luego se lo comenzó a utilizar como medicamento. Su uso se diseminó por todas las clases sociales. Las más elevadas fumaban en pipa, el resto en rollos de hoja. Este producto se ha consumido a lo largo de la historia de forma aspirada -tabaco en polvo-, fumada -humo del tabaco- o mascada -tabaco en hoja- (Domenech, 1941).

En 1758 se inauguró en Sevilla, España, la primera fábrica de tabaco. Luego, la producción industrializada se extendió a toda Europa, a América y al resto del mundo en general.

Los gobiernos de muchos países comenzaron a intervenir en todo el proceso global productivo-comercial y a obtener rentas cuantiosas a través de impuestos grabados al producto. Consecuentemente, se creó una cantidad de mano de obra extraordinaria en escalas impensadas: la fabricación de máquinas, todo el andamiaje productivo, administrativo, de transporte y comercialización en escalas impensadas y que continúa en el presente (Domenech, 1941).

Este proceso trajo aparejada la gestación de un enorme poderío económico en manos de los propietarios de las empresas que manufacturaban tabaco. Debido a que el sector resultó ser muy importante en términos de recaudación de impuestos, bajo costo del producto y su fácil

obtención, los empresarios tabacaleros obtuvieron protección de la mayoría de los gobiernos del planeta quienes desestimaban o desconocían su alto poder adictivo (Moreno Echeverría, 1973).

Como consecuencia, en la actualidad, el tabaquismo se ha convertido desde hace décadas en la principal causa de muerte prevenible en el mundo. Cada año mueren aprox cinco millones de personas debido a enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. El tabaquismo es responsable de la muerte de 13 mil personas por día principalmente en los sectores más pobres del planeta (OMS, 2013).

En la región de las Américas, se estima que aprox un tercio de la población mayor de 15 años consume tabaco (OMS, 2013). De no producirse un giro radical de esa tendencia se convertirá rápidamente en la principal causa de muerte y discapacidad. En toda América, más de un millón de personas -460 mil de ellas mujeres- mueren cada año por enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco, y 250 mil de esas personas viven en países del Cono Sur (OPS, 2002).

A nivel local, en la Argentina (Morello et al., 2001) se llevó adelante una investigación sobre el consumo de tabaco en el año 1997, cuya encuesta convocó a 3573 estudiantes secundarios de escuelas públicas y privadas en la CABA. Los resultados evidenciaron que el 20% de los adolescentes de entre 12 y 13 años y el 40% de aquellos de entre 16 y 17 años eran fumadores. Además, se detalló que el consumo era levemente mayor en mujeres y especialmente en mujeres de escuelas públicas -el 32% en escuelas públicas, mientras que el porcentaje es del 29% en las privadas-. Este mismo estudio arroja otro dato alarmante ya que indica que, conforme transcurre el tiempo, se comienza a consumir tabaco en edades más tempranas: 3 de cada 10 adolescentes habían probado el cigarrillo antes de los 11 años.

En el mismo contexto, más adelante, una encuesta de hogares llevada a cabo por la Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR; 1999), en el primer estudio nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas

en la Argentina en el que se incluyeron adolescentes a partir de 12 años, arrojó una prevalencia de consumo de tabaco del 16.2%, siendo este mayor en los varones.

Un posterior estudio en la CABA que se enfocó en escuelas primarias, demostró una prevalencia de consumo del 4.6%, siendo este mayor en los varones (Hasper, Rombola & Choc, 2000). Más adelante, los investigadores Tambussi et al. (2001), evaluaron una muestra aleatoria de estudiantes secundarios de todo el país, y reportaron que un promedio de cerca de un cuarto de los adolescentes escolarizados fumaba -adolescentes entre 12 y 17 años-. La provincia de Tierra del Fuego arrojó un índice del 21.7%, inferior a la media de todas las provincias involucradas sin contar Buenos Aires (Bs.As.). Por su parte, la OMS (2003a), en colaboración con el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de EE. UU., llevó a cabo una encuesta mundial de sobre el consumo de tabaco en jóvenes de la CABA y del Gran Bs.As. (GBA). Los resultados evidenciaron que el 30.2% de los adolescentes de entre 13 y 15 años fumaba y que el consumo era mayor en mujeres.

Posteriormente, Verra y Kaplan (2004), al estudiar el consumo en adolescentes de la CABA, concluyeron que existe mayor proporción de mujeres que de varones fumadores y que esta tendencia se evidencia desde hace 10 años. Indicaron que, de continuar esta escalada, tendrá serias implicancias en la salud de la población femenina. Esta información coincide con lo revelado por Morello et al. (2001), quienes también estimaron que las patologías asociadas al consumo de tabaco se verán incrementadas en la población femenina en los próximos años.

Los datos precedentes son congruentes con otro estudio posterior en la CABA elaborado por el MSN (2009), donde una vez más se presentó mayor consumo tabáquico en el sexo femenino.

En comparación con otros países, la Argentina tiene una de las mayores prevalencias de consumo de tabaco del continente. Si bien la tendencia está en baja entre los adultos, con un 33.4% de fumadores en el año 2002 (OPS, 2002), es preocupante el aumento del consumo entre los adolescentes dado que, a la edad de 18 años, el consumo es similar o levemente mayor al de

la población adulta. La exposición al humo ambiental de tabaco en la región también es muy alta (Navas Acien, Peruga, Breysse, Zavaleta & Blanco Marquizo, 2002-2003) con los riesgos que ello implica.

Por otro lado, la edad de inicio en el consumo de tabaco ha sido objeto de numerosas investigaciones en diferentes lugares del planeta. El dato llamativo es que en todo el mundo se sostiene un rango etario uniforme el cual varía entre los 12 y 15 años de edad (*The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group*, 2002). A pesar de ello, es imperioso remarcar el hecho de que la edad de comienzo en un porcentaje no precisado llega a ser tan temprana como los siete años de edad, reafirmando así que el consumo de tabaco puede considerarse una enfermedad pediátrica (Di Franza, Norwood, Garner & Tye, 1987; Kessler et al., 1997) y que las campañas de prevención deben comenzar en la escuela primaria. En este sentido, es importante remarcar que, por ejemplo, diversos estudios indicaron que el inicio precoz del consumo de tabaco (Morral, McCaffrey & Paddock, 2002; van Leeuwen et al., 2011) incrementa el riesgo del uso de marihuana en edades posteriores.

Se pone de manifiesto, además, que los adolescentes parecen ser más sensibles a los efectos de refuerzo de la nicotina en combinación con otras sustancias químicas presentes en los cigarrillos, incrementando así su susceptibilidad a transformarse en adictos a esta droga. Sucede que el acetaldehído aumenta las propiedades adictivas de la nicotina en los adolescentes, pero no en los adultos (Yáñez et al., 2006). Belluzzi, Wang y Leslie (2005) indicaron que hay genes específicos que pueden aumentar el riesgo de la adicción en las personas que comienzan a fumar durante la adolescencia.

En sintonía con lo expresado, el porcentaje de adolescentes argentinos que fuman resulta alarmante, razón por la cual los compromisos en prevención primaria deberán continuarse y profundizarse en el período de enseñanza primaria avanzada y secundaria (MSN, 2014).

## 1.1.- La nicotina y el cigarrillo

El cigarrillo está compuesto de un rollo de tabaco envuelto en una tira de material que no contiene tabaco, a diferencia del cigarro que está envuelto en tabaco (Baker et al., 2000). El tabaco proviene de una planta denominada *Nicotiana Tabacum* que se utiliza para fabricar el cigarrillo y otros productos de consumo. El cigarrillo contiene nicotina -un agente adictivo-, y otras sustancias potencialmente dañinas para la salud en general, como el monóxido de carbono, el alquitrán, y muchos otros agentes cancerígenos (*US Department of Health and Human Services* [US.HHS, por su sigla en inglés], 2014).

La nicotina es una droga. La OMS (2003a) la define como «toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas».

La nicotina es un compuesto orgánico -un alcaloide encontrado en la planta del tabaco- con una elevada concentración en sus hojas. Es un potente veneno que de hecho se utiliza en múltiples insecticidas como fumigantes para invernaderos. En bajas concentraciones, la sustancia es un estimulante y es por ello que resulta ser uno de los principales factores de adicción al tabaco. Está formada por una piridina y un pirrol, existe en forma de dos isómeros, la L-nicotina es la forma activa que se halla en el tabaco. Es un líquido incoloro, que se oscurece en contacto con el oxígeno, debido a que forma oxopiridinas y oxobenzinas, adquiriendo el olor a tabaco cuando se expone al aire. La nicotina es el principal alcaloide del humo y el determinante de la dependencia química. Es uno de los pocos alcaloides no oxigenados, siendo volátil, oleaginoso e intensamente alcalino. Se considera que es la sustancia responsable del sabor característico del tabaco.

El tabaco contiene aprox cuatro mil partículas de otras sustancias, y tras su combustión -el humo producido- se pueden detectar 600 de ellas de las cuales 65 son *potenciales carcinógenos* y

11 son agentes *cancerígenos comprobados* (US Environmental Protection Agency [US.EPA, por su sigla en inglés], 1993). Algunos de estos agentes carcinogénicos presentes en el humo del cigarrillo son los hidrocarburos aromáticos policíclicos, nitrosaminas, aminas aromáticas y metales. El níquel y el cadmio -dos tipos de metales- son también carcinógenos comprobados (Hecht, 2003).

Cuando se ejecuta el acto de fumar un cigarrillo, lo que se aspira es el humo resultante. Dicho humo presenta dos fases -*particulada y gaseosa*- y dos corrientes -*principal y secundaria*-. La corriente principal es la que atraviesa el cigarrillo y llega hasta los pulmones del sujeto fumador. La corriente secundaria es la corriente de humo generada desde el extremo incandescente del cigarrillo (US.EPA, 1993).

Durante la combustión del cigarrillo, la nicotina se destruye en un 35%, otro 35% se dirige al humo ambiental, el 22% se inhala a través de la corriente principal y el restante 8% se retiene en la porción no consumida del cigarrillo. Este humo se absorbe rápidamente a través de la mucosa oral y nasal, el tracto gastrointestinal y los pulmones. Por efecto de la corriente principal, una vez que se ha absorbido el humo, éste es distribuido por la sangre y la nicotina llega a los alveolos pulmonares en aprox siete segundos -seg-. Es precisamente en los pulmones donde se absorbe mejor el humo, razón por la cual los sujetos que tragan el humo reciben más dosis de nicotina que los que no lo hacen, como los fumadores de puros y/o pipas (US.EPA, 1993).

Inmediatamente después de haber sido ingerida la nicotina, el fumador recibe un estímulo causado por la acción de esta droga sobre las glándulas suprarrenales, que genera una descarga de adrenalina al torrente sanguíneo. El *rush*, es decir la sensación inicial intensa debido a la adrenalina, estimula al cuerpo y causa aumento de la presión arterial, la respiración y la frecuencia cardíaca en un primer momento (Greden & Pomerleau, 1995). Una vez sucedido esto, la nicotina actúa directamente sobre el mecanismo emocional reduciendo la ansiedad y la tensión

-debido al incremento de las endorfinas-, deprime la presión arterial y la función respiratoria por acción sobre las catecolaminas (Greden & Pomerleau, 1995).

Por otro lado, la nicotina posee efectos muy importantes sobre las hormonas del estrés. Este efecto es debido a que incrementa la liberación de CRF -Factor liberador de corticotropina, por su sigla en inglés- y ACTH, una hormona adrenocorticotropa, corticotropina o corticotrofina, lo que incrementa además la liberación de corticosteroides. Los efectos regulatorios que son consecuencia de la exposición a la nicotina se producen de forma casi inmediata y su metabolismo es también relativamente rápido, de una a dos horas (Greden & Pomerleau, 1995).

Las funciones descritas de la nicotina se inician dado que esta droga ejerce su acción fundamentalmente sobre receptores acetilcolinérgicos que se encuentran situados en las membranas de las neuronas del área tegmental ventral del mesencéfalo. La nicotina compite con la acetilcolina por la ocupación de estos receptores. Esta droga posee mayor afinidad con ellos que el neurotransmisor -acetilcolina-. Los receptores nicotínicos son entonces, receptores colinérgicos que están conformados por cinco cadenas polipeptídicas, dichas cadenas se diferencian en su secuencia aminoácida (De Granda, 2007). Los receptores más numerosos están formados por dos cadenas alfa cuatro y tres cadenas beta dos. Por otro lado, también existen receptores formados por cadenas idénticas, como, por ejemplo, el receptor alfa siete, constituido por cinco cadenas alfa siete. La presencia de la cadena beta dos parece ser indispensable para que se desarrolle el proceso de dependencia (Caggiula, Donny, Chaudrin Perkins, Evans Martin & Ved, 2002).

Los cigarrillos son especialmente tóxicos, y es por ello que su consumo se constituye, como ya se indicó, en un serio problema en la salud pública. Esto se debe a que al presentar los cigarrillos un pH más ácido que los puros y pipas (Di Chiara, 2000) -el pH es un coeficiente que indica el grado de acidez o basicidad de una solución acuosa, siendo siete el pH neutro y cuando el número es mayor, la solución es básica, y si es menor, es ácida-, cuando el humo resultante es

inhhalado se obtienen niveles de nicotina sanguíneos más rápidos y más elevados. Esto tiene como consecuencia que los cigarrillos sean mucho más adictivos y mucho más tóxicos a nivel sistémico. Es así que los niveles de nicotina en el cerebro se alcanzan muy rápidamente, en ocho seg aprox (Szymańska et al., 2011). De esta manera sus efectos se observan de forma inmediata y tienen una vida media de 10 a 20 minutos -min-, luego desciende en la medida en que la sustancia se distribuye en otras partes del soma. Este es el motivo por el cual muchos fumadores encienden un cigarrillo tan pronto han apagado el último.

Si puros y pipas se fumasen de la misma manera que los cigarrillos serían igual de tóxicos y de adictivos. Al consumirse de otra forma más pausada, los efectos cerebrales son más diferidos y sus consecuencias perniciosas directas son menores. Aunque no existen diferencias en las derivadas de la contaminación ambiental que ocasionan. De hecho, la cantidad de humo que se dispersa por el ambiente es mucho mayor con cada exhalación que si se consumiese cigarrillo, por ello, prolifera la existencia de fumadores pasivos.

La nicotina es metabolizada fundamentalmente por el hígado y su eliminación se produce a través de la orina. Los niveles plasmáticos de nicotina en un caso típico por ejemplo de un cigarrillo por hora que contiene un miligramo -mg- de nicotina son aprox de 24 mg de plasma/día. Esto muestra que la absorción de nicotina a través de la mucosa bucal es posible, pero no se alcanzan los mismos niveles que tras la inhalación del humo del cigarrillo (Szymańska et al., 2011).

Cuando la nicotina ingresa al sistema nervioso central (SNC) actúa como refuerzo. Es decir que incrementa la función de los mecanismos neuroreguladores mediados por dopamina, noradrenalina y endorfina, facilitando además la acción mediada por la acetilcolina y noradrenalina. Esto mejora notablemente la función de la memoria mediada por acetilcolina, noradrenalina y arginina vasopresina siendo dicha droga un estimulante psicomotor (Di Chiara, 2000).

En conclusión, el cigarrillo es un sistema de alta ingeniería con un diseño sumamente eficiente de suministro de la droga -nicotina-. Al inhalar el humo del tabaco, el fumador leve, por ejemplo -que consume hasta cuatro cigarrillos por día-, ingiere entre uno y dos mg de nicotina por cada cigarrillo, o sea, aprox entre cuatro y ocho mg/día (Greden & Pomerleau, 1995). En el caso de un fumador severo -más de 16 cigarrillos por día-, la cantidad de nicotina que ingiere es mucho mayor, por supuesto. Un fumador típico inhala alrededor de 10 veces a lo largo del período de cinco min en que su cigarrillo está encendido. Si su consumo es de un atado por día - 20 cigarrillos, fumador severo- efectúa diariamente 200 inhalaciones de nicotina y recibe así de 20 mg a 40 mg de nicotina por día.

En el caso de fumadores que no inhalan el humo, como los que fuman pipas o cigarros y los que consumen tabaco sin humo, la nicotina se absorbe a través de las membranas mucosas y alcanza los niveles máximos en la sangre y en el cerebro más lentamente (Caggiula et al., 2002).

Como cierre de los párrafos descritos, se puntualiza entonces que la nicotina inhalada desde los cigarrillos es altamente adictiva, pero son las toxinas y los cancerígenos del humo del tabaco -algunos de ellos ya indicados- y no la nicotina la causa de enfermedad y muerte (National Institute for Health and Care, [NICE, por su sigla en inglés], 2013).

### *1.1.1- El uso de mentol para enmascarar la nicotina*

El primer cigarrillo *mentolado* fue creado en 1925 para enmascarar la aspereza del humo, y el mal olor y sabor de la nicotina. Los cigarrillos mentolados son más dañinos para la salud que los convencionales y con ellos es más fácil comenzar a fumar y más difícil dejar de hacerlo (Cheang et al., 2013). Estos investigadores indicaron, además, que los cigarrillos mentolados están probablemente asociados con un incremento en la iniciación de la adicción de fumar en la adolescencia y con un mayor poder adictivo a la nicotina, así como con una disminución del éxito para dejar de fumar ya que al efecto recompensa de la nicotina se suma también la recompensa asociada al mentol, la frescura y suavidad. Además, ese estudio reveló que en

EE. UU. alrededor de un 30% de los fumadores adultos y más de un 40% de los adolescentes consumen cigarrillos con sabor a mentol. Además, estos cigarrillos son extremadamente populares entre la población afroamericana.

Al consumir cigarrillos mentolados los fumadores no solo son adictos a la nicotina sino también a los efectos y percepciones del mentol. Asimismo, el tiempo transcurrido entre la noche y el primer cigarrillo de la mañana de los fumadores con mentol es más corto que en los fumadores de cigarrillos convencionales (Cheang et al., 2013).

Investigaciones realizadas por científicos especializados en tabaquismo demostraron que agregar mentol a los cigarrillos incrementa el número de partículas finas en el humo entre un 10% y un 20% (*Tobacco Products Scientific Advisory Committee* [TPSAC, por su sigla en inglés], 2011). Estas partículas finas tienen un efecto adverso directo en la morbilidad y mortalidad cardiovascular y pueden desencadenar un evento cardíaco agudo.

### *1.1.2.- El diseño actual de los cigarrillos*

Según un informe del *National Institute for Public Health and the Environmental* (NI-RIVM, por su sigla en neerlandés), (2012) los cigarrillos están diseñados para la adicción biológica, ya que generan las bases comportamentales para sostenerla. El informe cita cambios que las empresas tabacaleras han realizado durante los últimos 50 años para que los cigarrillos sean más adictivos: modificaron las mezclas de tabaco, los componentes internos y el control del pH. Este estudio demostró que los cigarrillos actuales han sido diseñados por un sistema de ingeniería capaz de crear y sostener la adicción mediante el control de sus propiedades físicas, haciéndolos más atractivos y adictivos que nunca.

Aunque la nicotina es el compuesto químico clave que causa y mantiene los poderosos efectos adictivos de los cigarrillos -como se ha mencionado precedentemente-, otros ingredientes y características de diseño lograron este fatídico cambio. Con el diseño actual de los cigarrillos se logra suministrar nicotina más rápidamente desde los pulmones hacia el corazón y el cerebro.

Sucede que incrementar el potencial adictivo de los cigarrillos con aditivos nuevos, aumenta la probabilidad de que los nuevos fumadores se conviertan en adictos y que los fumadores actuales tengan mayores dificultades para dejar de fumar.

En el mencionado informe (NI.-RIVM, 2012) se concluye que se incrementaron los niveles de nicotina en cada cigarrillo producido. Se advirtió además la incorporación de amoníaco o compuestos de amoníaco que incrementan la velocidad con que la nicotina se libera en el cerebro. Además, se encontró adición de azúcares, que aumentan los efectos adictivos de la nicotina y facilitan la inhalación del humo del tabaco, entre los componentes más peligrosos.

### *1.1.3.- El cigarrillo electrónico*

Los *cigarrillos electrónicos* (CE) fueron desarrollados en China y entraron al mercado en 2003. Su utilización se ha extendido rápidamente por todo el mundo con o sin autorización oficial gracias a una intensa publicidad y al indudable ingenio de sus productores.

Este tipo de cigarrillos ha sido creado para reproducir la experiencia de fumar: el manejo del cigarrillo entre los dedos, la inhalación y la exhalación, en este caso, de un vapor producido por un atomizador a partir de un cartucho líquido -de contenido variable-, o bien de una cámara de vaporización por medio de un calentamiento electrónico generado por una batería que se activa por la inhalación o al presionar un botón (Grana & Benowitz, 2013).

Hacia fines del año 2014 ya existían cerca de 460 marcas de CE y más de siete mil saborizantes; por otro lado, el CE se ha ido sofisticando tecnológicamente incorporando sensor de flujo, control de calentamiento del dispositivo, diodo para emitir luz, baterías recargables, cartuchos con descarga de concentraciones altas de nicotina y posibilidad de reúso.

Los cartuchos pueden tener o no nicotina, pero la pureza no es tal como se publicitó. Los investigadores Trehy, Ye y Hadwiger (2011) identificaron algunos componentes con potencial efecto carcinógeno -comunes en el cigarrillo convencional- y que demanda necesariamente demostrar su seguridad a largo plazo.

Por estas razones, la *Food and Drug Administration of the United States* (FDA, por su sigla en inglés) considera que estos productos no son válidos para ayudar a dejar de consumir tabaco. Una monografía del *Institute of Medicine de la National Academy of Science de EE. UU.* (Tomar, 2007), llegó a la conclusión de que los CE no han demostrado ser más seguros que los cigarrillos convencionales ni son un método avalado para dejar de fumar.

Varios investigadores (Tomar, 2007) indicaron que afirmar que los CE reducen el riesgo de enfermedad como informan algunas marcas puede tener el efecto adverso de impedir el cese definitivo del consumo de tabaco y/o animar a los adolescentes y ex fumadores a probar estos nuevos productos al sentirse atraídos por los sabores y la falsa imagen de seguridad.

En definitiva, la evidencia para promocionar el tabaco sin humo con la utilización del CE como estrategia de salud pública es débil e inconsistente (Trehy et al., 2011). A pesar de estas evaluaciones, en la actualidad siguen existiendo en el mercado los CE hasta tanto no exista una legislación potente y generalizada a nivel mundial sobre la prohibición de su manufactura, comercialización y uso.

## **1.2. - Tipos de fumadores**

Según la OMS (2003a), el indicador principal para determinar el tipo de consumo es el número de cigarrillos consumidos al día, sin tener en cuenta otros aspectos claves como la intensidad de la ingesta y sus problemas asociados. No obstante, hoy día existen fundadas dificultades para establecer una clasificación única que incluya a todo tipo de fumadores. A continuación, se enumerarán las más difundidas y utilizadas.

### *1.2.1.- Clasificación según la OMS*

De acuerdo con la OMS (2003a), los fumadores se pueden clasificar en leves, moderados y severos, en función de la escala siguiente:

- Fumador leve: consume de uno a cuatro cigarrillos diarios.

- Fumador moderado: fuma un promedio entre 5 a 15 cigarrillos diarios.
- Fumador severo: consume más de 16 cigarrillos por día en promedio.

Existen otros tipos de fumadores denominados *chipping* o fumadores *light* que no se encuadran dentro la categorización descripta debido a que poseen un nivel de consumo bajo, pero constante. Estos consumidores de tabaco parecen estar protegidos ante la adicción -sin estar exentos de problemas psicofísicos- debido a que gozan de una serie de factores defensores como, por ejemplo, locus de control interno, soporte social con una alta valoración al éxito académico y bajo consumo de cigarrillo entre pares y amigos (Presson, Chassin & Sherman, 2002).

En algunos estudios son también llamados fumadores sociales, *chippers* o indulgentes y en otros, se consideran como distintos de las clasificaciones descriptas (Shiffman & Jean, 2006) sin explicar las razones para definir los parámetros usados en estas clasificaciones.

### *1.2.2.- Clasificación según la Escala Fagerström*

En otra clasificación se identifica a los fumadores en función del nivel de dependencia a la nicotina a través de la Escala Fagerström (Becoña Iglesias & Míguez, 2004). Esta escala diferencia a los *fumadores blandos* que no tienen valores altos de consumo de los *fumadores duros* que poseen una conducta de uso compulsivo del tabaco (Becoña Iglesias & Lorenzo, 2004). Dicha escala hace foco en la nicotina al considerarla como el principal factor reforzante del consumo tabáquico, restándole valor a factores sociales y psicológicos asociados al proceso de adicción a la nicotina.

### *1.2.3.- Clasificación según la Escala del Síndrome de Dependencia a la Nicotina*

Otra clasificación de tipo de fumador se puede realizar mediante la *Scale of Nicotine Dependence Syndrome* (NDSS, por su sigla en inglés) elaborada por Becoña Iglesias, Fernández, López y Míguez (2009). Este instrumento se utiliza generalmente para detectar dependencia a la sustancia en sujetos que solicitan ayuda para dejar de fumar. Al igual que la escala Fagerström,

la NDSS clasifica en dos grandes grupos: los dependientes y los blandos. A pesar de ello, sin duda, aún personas que fuman a diario pueden no presentar síntomas de abstinencia ante la reducción o el abandono del consumo (Campo Arias, 2005) e incluso en algunos casos especiales pueden no haber experimentado problemas inmediatos de salud asociados al consumo.

#### 1.2.4.- Clasificación según Lasser

Por otra parte, Lasser et al. (2000) definieron dos categorías de fumadores: (1) *alguna vez fumador*, conformada por sujetos que fumaron por lo menos 100 cigarrillos, 20 pipas o 20 cigarros en toda su vida con una regularidad de consumo diaria durante un mes o más; y (2) *fumador actual*, conformada por personas que, habiendo consumido al menos 100 cigarrillos o 20 pipas o 20 cigarros en toda su vida, fumaron diariamente durante el último mes -previo a la consulta clínica-.

Como se mencionó, con estos ejes se demuestra que la variedad de clasificaciones que circulan por el mundo con respecto al consumo de tabaco es amplia. En el terreno de la investigación científica y de las estimaciones epidemiológicas, en cambio, existe consenso en cuanto a considerar población no fumadora a la suma de individuos nunca fumadores y ex fumadores (OMS, 2003a). Por lo general, en la entrevista clínica con el paciente fumador para su posterior tratamiento de cesación tabáquica, se utiliza habitualmente el *test* de Fagerström. Esta escala fue diseñada por Karl Fagerström (1978), uno de los mayores expertos del mundo en tabaquismo.

En síntesis, en la región de las Américas y de manera unánime se utiliza una clasificación en relación con el consumo de tabaco -comunicación personal, 21 de junio de 2016, Dra. Gabriela Senatore, experta en tabaquismo-, que es la siguiente:

- *Fumador*: individuo que al momento de la entrevista con el médico reporta fumar -a esta clasificación se añade fumador leve, moderado y severo ya descripto más arriba-.

- *Ex fumador*: sujeto que al momento de la entrevista con el médico indica no haber fumado en el último año, pero si antes con cualquier patrón de consumo.

- *No fumador*: individuo que nunca en su vida ha consumido tabaco en ninguna de sus formas.

Para finalizar con las clasificaciones sobre el consumo tabáquico, es pertinente indicar aquí qué significa la palabra tabaquismo. Según la Real Academia Española, se trata de la adicción al consumo de tabaco y/o la intoxicación producida por el abuso de tabaco.

Como el tabaco contiene nicotina -su droga componente- se explicita la clasificación del consumo de drogas lícitas e ilícitas en general según la OMS (2004), en sus distintas modalidades:

- *El uso experimental*. Una droga se consume para comprobar sus efectos y luego de unos pocos eventos de uso, se abandona para siempre.

- *El uso social*. Se continúa utilizando la sustancia luego de haber experimentado y se integra el consumo al modo de vida habitual del sujeto, por ejemplo, en los fines de semana o salidas sociales. Cuando el consumo no se lleva a cabo de manera continua, el sujeto es capaz de interrumpir esa conducta en cualquier instante que lo desee o que se lo sugieran, dedicándose a otros quehaceres sin producirle ningún problema o disgusto.

- *El abuso*. Aquí la conducta es desadaptativa, el sujeto consagra todo su tiempo posible a dicha conducta -abusar de la droga- y puede suceder que abandone otros tipos de comportamientos que antes le agradaban para dedicarse exclusivamente, por ejemplo, al consumo de tabaco.

- *La dependencia*. Según la OMS (2004), se puede comprender la dependencia como aquella pauta de conducta cuya prioridad es el uso de una sustancia psicoactiva con prevalencia sobre otros comportamientos considerados antes como más importantes. La frecuencia del uso causa daño, ya sea mental y/o físico. El comportamiento es

reiterativo, el sujeto adaptó paulatinamente sus necesidades al acto compulsivo y mitiga su «angustia» con el consumo. Busca persistentemente dicha sustancia -cosa o situación- hasta conseguirla de la forma que sea, sin importarle en muchos casos su/s consecuencia/s.

Por supuesto que el consumo de tabaco se encuadra dentro de esta tipificación, además de las descritas precedentemente. En el contexto de esta tesis se distingue de esta forma el tabaquismo del consumo de tabaco/consumo tabáquico, dado que mientras el tabaquismo implica una conducta abusiva de la droga y dependencia de esta, existen otras conductas de consumo tabáquico - e.g., uso experimental o social- que no tienen características suficientes para hablar de adicción.

#### *1.2.5.- Fumadores pasivos*

Cabe destacar que, como se indicó precedentemente, también existe la clasificación de fumador pasivo que se define como una persona no fumadora, pero que está expuesto involuntariamente al humo de tabaco ajeno (Tovar Guzmán & López Antuñano, 2000).

El fumador pasivo está rodeado de un grupo de personas que se ven obligadas a inhalar parte del humo que proviene de las corrientes primarias y secundarias ya descritas. Esto puede ser equivalente a fumar de 1 a 10 cigarrillos por día.

El humo del cigarrillo irrita las mucosas nasales, la faringe y los ojos del fumador pasivo, y puede ocasionarle rinitis o faringitis. Tanto la proporción de monóxido de carbono en la sangre como la presión y el pulso arterial registran un aumento cuando el no fumador permanece más de media hora en un ambiente donde se fuma (Granado, 2004).

Los estudios relacionados con los fumadores pasivos tienen igual relevancia que los centrados en el consumo activo de tabaco si se consideran datos alarmantes tales como los que indican que aprox 700 millones de niños -entre los siete y nueve años; es decir, casi la mitad de los niños del mundo- respiran aire contaminado por el humo del tabaco, ya que ni la ventilación ni la filtración

del aire pueden reducir la exposición al humo de tabaco en espacios interiores a niveles aceptables (OMS, 2003b).

La exposición a ambientes saturados por los contaminantes del humo del cigarrillo puede causar nacimiento prematuro en las mujeres embarazadas (Andrés & Day, 2000), además de poder ocasionarles serias consecuencias negativas para su salud en general.

La exposición de un recién nacido al humo de tabaco incrementa las posibilidades que experimente tos, dificultades respiratorias, asma, bronquitis, infecciones del tracto respiratorio potencialmente fatales, dificultades auditivas y visuales y daños o muerte causadas por incendios producto del consumo de cigarrillo (Li, 1999).

Incluso, la evidencia empírica hasta el momento confirma las presunciones sobre el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón para los fumadores pasivos, presentándose una relación directa - nivel de exposición- mayor riesgo e incluso causal -el hecho de ser fumador pasivo causa cáncer de pulmón- (Glantz & Parmley, 1996).

### **1.3.- El tabaco y la salud**

El aditivo de otras sustancias dañinas en los cigarrillos es de tal magnitud que Fowles y Dybing (2003) indicaron que este es muy probablemente la fuente más importante de compuestos químicos tóxicos y causantes de una larga lista de enfermedades.

No existe un consumo de tabaco exento de riesgo o seguro, de hecho, no se ha detectado la existencia de algún factor, rasgo o alguna característica que proteja a un sujeto de padecer toxicidad derivada del consumo de tabaco. Aunque es lógico que determinadas personas presenten una mayor resistencia natural -a corto o mediano plazo- a desarrollar algún proceso patológico concreto desencadenado por los componentes del tabaco, sería bastante ilógico pensar en una especie de inmunidad general a todos los procesos asociados -más de cincuenta- al consumo de tabaco (Yañez et al., 2006).

Por otro lado, en la gran mayoría de las personas con determinadas enfermedades como asma, diabetes, hipo y/o hipertiroidismo y problemas circulatorios, entre otros, el riesgo de que el consumo tabáquico origine nuevas patologías es mucho mayor. Por tal motivo dicho consumo está especialmente contraindicado en este tipo de personas (Beluzzi et al., 2005).

No obstante, más allá de lo mencionado y en términos generales, gran parte de la toxicidad depende de la dosis y del tiempo de consumo; niveles bajos de exposición como sería el consumo de un cigarrillo diario, por ejemplo, se asocian a un incremento significativo del riesgo cardiovascular (Law & Wald, 2002). Peto, Lopez, Boreham, Thun y Heath (1994) ya habían indicado que el periodo de tiempo fumado ocasiona más toxicidad que la cantidad fumada. Así, por ejemplo, aunque se fume la misma cantidad total, es mucho más grave consumir 10 cigarrillos diarios durante cuarenta años que fumar un paquete diario durante 20 años y esto a su vez es más tóxico que consumir dos paquetes diarios durante 10 años.

El consumo de tabaco causa un incremento en el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, genera complicaciones graves en el sistema respiratorio, potencia de manera exponencial las probabilidades de contraer cáncer, perjudica peligrosamente el sistema reproductivo femenino y masculino, el sistema endócrino, el sistema inmunológico, el sistema digestivo, el sistema óseo y el sistema dentario, incide negativa y riesgosamente sobre las cualidades sensoriales, sobre factores ambientales, sobre las diferencias adictivas en función de la edad, y en la mortalidad prematura, entre otras disfunciones (US.HHS, 2014). A continuación, se brindan mayores detalles en relación con estas patologías asociadas al consumo tabáquico.

### *1.3.1.- Enfermedades cardiovasculares*

Existe amplia evidencia (Galván Fernández, Suárez López de Vergara, Oliva Hernández & Doménech Martínez, 2000) sobre el rol de la adicción a la nicotina como factor de riesgo independiente muy potente en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Yatsuya y Folsom (2010) encontraron, por ejemplo, que el uso regular de tabaco se relaciona con la aterosclerosis,

además de la aneurisma de aorta y el derrame cerebral. Los ataques cardíacos son tres veces más comunes en fumadores, que asciende a un riesgo cinco veces mayor para los que fuman más de 16 cigarrillos diarios. El riesgo de morir precozmente por una enfermedad cardiovascular es entre 26% y 90% más alto en los fumadores (Granado, 2004). Esto es de suma relevancia si se considera que la enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de muerte en el mundo (Esen et al., 2004).

Las enfermedades vinculadas con el consumo de tabaco se incrementan aún más cuando este coexiste con algunas de las siguientes condiciones: hipertensión arterial, dislipemias -aumento de colesterol o de triglicéridos-, obesidad, ingestión de anticonceptivos, estrés y diabetes. En relación con esta última condición, cabe destacar que consumir más de 25 cigarrillos al día duplica el riesgo de padecer diabetes no insulino dependiente, además los diabéticos fumadores tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedad arteriosclerótica, nefropatía diabética y resistencia a la insulina (Granado, 2004).

### *1.3.2.- Sistema respiratorio*

Los fumadores sufren de respiración fatigosa casi tres veces más que los no fumadores y no pueden correr ni caminar con la misma velocidad que los no fumadores (Vineis, Alavanja, Buffeler, Fontham & Franceschi, 2004). De hecho, consumir tabaco tiene un efecto perjudicial en el desempeño atlético debido a que enlentece el crecimiento de los pulmones -en los adolescentes- y altera su función, por lo que se reduce el oxígeno disponible para los músculos que se usan en los deportes (*Centers for Disease Control and Prevention* [US.CDC, por su sigla en inglés], 2011-2012; US.EPA, 1993).

Otra enfermedad respiratoria que se presenta al consumir tabaco es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), para la cual la conducta fumadora se constituye como el mayor factor de riesgo para su desarrollo. Se define al EPOC como un conjunto de trastornos en el sistema respiratorio caracterizado por la disminución en el flujo espiratorio máximo y el lento

vaciamiento de los sacos alveolares debido a una combinación de enfermedades de las vías respiratorias y enfisema de pulmón (Siafakas et al., 1995).

### *1.3.3.- Cáncer*

Uno de los riesgos más perjudiciales del consumidor de tabaco es el de contraer cáncer de pulmón, como así también bronquitis, neumonía, enfisema y retardo del crecimiento de los pulmones cuando se consume desde la niñez/adolescencia (US.HHS, 1982).

En el caso puntual del cáncer de pulmón, diversos estudios de más de dos décadas de investigación y con vigencia actual concluyen que consumir tabaco causa cáncer pulmonar (Benowitz, 1997; US.HHS, 1982; Vineis et al., 2004).

Un estudio de los investigadores Steliga y Dresler (2011) sobre casos mundiales de cáncer de pulmón informó que un 29% de hombres y un 26% de mujeres contrajeron esta enfermedad por consumir tabaco. Adicionalmente, algunos estudios (Henningfield, Fant, Radvius & Frost, 1999) ya habían demostrado que el fumador subestima el riesgo de llegar a padecer cáncer u otra complicación médica. En estos estudios, además, se halló que tan solo el 8.7% de sus sujetos de estudio consideró tener un riesgo alto de desarrollar algún tipo de cáncer.

Por último, el consumo tabáquico puede llevar a varios tipos de cáncer aparte del de pulmón, entre ellos, cáncer de colón, cérvix, vejiga, esófago, riñón, laringe, boca, páncreas, estómago y leucemia (US.HHS, 1982).

### *1.3.4.- Sistema reproductor femenino y masculino*

Una problemática a nivel mundial son las disfunciones en el sistema reproductivo femenino de las mujeres fumadoras. Los daños causados por el consumo tabáquico en este sistema incluyen el aumento del riesgo de concepción tardía, menopausia precoz e infertilidad (US.HHS, 1980). Además, en las madres tabaquistas ocurren entre el 5% y el 10% de las muertes perinatales, entre el 20% y el 35% de los nacimientos de menor talla y peso -entre 150 y 300

gramos más bajo, lo que supone una pérdida del 10% del peso esperado- y entre el 8% y el 15% de los partos prematuros (Clark & Nakad, 2011; Samet & Yoon, 2001).

El consumo de tabaco en mujeres embarazadas también se ha asociado con daños en el desarrollo del feto (Abbott & Winzer Serhan, 2012) que llevan a una función reducida del pulmón, discapacidades cognitivas, abortos espontáneos, embarazos ectópicos, desprendimiento de la placenta, hemorragias y ruptura prematura de membranas y otras complicaciones clínicas.

Estos últimos autores han observado, además, alteraciones endócrinas del recién nacido, debido a que se presentan concentraciones elevadas de determinadas hormonas como la prolactina y hormonas del crecimiento principalmente al final de la gestación. Detectaron también mutaciones del ácido desoxirribonucleico (ADN) en diferentes tipos de células como consecuencia de la transferencia materna de los cancerígenos presentes en el humo del tabaco a los tejidos fetales, cuyo metabolismo se fija en el ADN.

En el sistema reproductivo de los hombres fumadores, por su parte, puede presentarse un deterioro del funcionamiento sexual, impotencia y alteración en la formación del esperma (Abbott et al., 2012; US.HHS, 1980).

### *1.3.5.- Sistema endócrino*

El consumo de tabaco activa el sistema endócrino y segrega las hormonas que se mencionan a continuación, que al no originarse por un proceso natural del organismo generan complicaciones futuras no predecibles (US.HHS, 2014).

La *hormona antidiurética* (HAD o ADH, por su sigla en inglés) es una hormona producida en el hipotálamo que se almacena y libera a través de la neurohipófisis presente en la mayoría de los mamíferos, incluidos los humanos. Se trata de una hormona peptídica que controla la reabsorción de moléculas de agua mediante la concentración de orina y la reducción de su volumen en los túbulos renales, entonces, un aumento no natural de esta hormona afecta la permeabilidad tubular.

La *hormona GH* estimula el crecimiento, reproducción celular y la regeneración en humanos y otros animales.

La *hormona ACTH* ya mencionada es una hormona polipeptídica producida por la hipófisis que estimula a las glándulas suprarrenales. Ejerce su acción sobre la corteza suprarrenal y estimula la esteroidogénesis, el crecimiento de la corteza suprarrenal y la secreción de corticosteroides mencionada precedentemente.

El *cortisol* -hidrocortisona- es una hormona esteroidea, o glucocorticoide, producida por la glándula suprarrenal. Se segrega al organismo como respuesta al estrés y a un nivel bajo de glucocorticoides en la sangre. Sus funciones principales son incrementar el nivel de azúcar en la sangre a través de la gluconeogénesis, suprimir el sistema inmunológico y ayudar al metabolismo de grasas, proteínas y carbohidratos.

Por otro lado, el consumo de tabaco disminuye la secreción de la hormona tiroidea y bloquea su acción. De hecho, la oftalmopatía de Graves es siete veces más frecuente entre fumadores y cursa de forma más virulenta (US.HHS, 2014). Un dato interesante es que se incrementa el gasto energético y con ello perturba al sistema endócrino por lo ya enunciado con anterioridad en el apartado 1.3.2., Sistema respiratorio.

### *1.3.6.- Sistema inmunológico*

El consumo tabáquico debilita notablemente el sistema inmunitario (Zieher & Guelman, 2005). Como consecuencia, el organismo acrecienta su vulnerabilidad y facilita la aparición de enfermedades como el lupus eritematoso, que puede ocasionar la caída del pelo, así como la aparición de úlceras bucales y de erupciones en la cara, en el cuero cabelludo y en las manos, entre otras anomalías (Zieher & Guelman, 2005).

Aparece también casi como una constante un envejecimiento prematuro de la piel debido a que el consumo de tabaco ocasiona desgaste de las proteínas que le confieren elasticidad, así como la depleción de vitamina A y la reducción del riego sanguíneo que sufre el tejido (Zieher &

Guelman, 2005). Es por ello que los fumadores presentan, por lo general, una piel seca, áspera y surcada por arrugas diminutas, especialmente en torno a los labios y los ojos.

Una dolencia que puede desplegarse en la piel es la psoriasis, una enfermedad inflamatoria y no contagiosa que se manifiesta en forma de manchas rojizas, pruriginosas y exudativas que afectan a todo el cuerpo, que es entre dos y tres veces más frecuente entre los fumadores (OMS, 2013).

### *1.3.7.- Sistema digestivo*

El aparato digestivo está estrechamente vinculado con el medio ambiente; la mayoría de las enfermedades que en él se producen se deben en gran medida a efectos externos. De hecho, el humo del cigarrillo (Tredaniel, Boffetta, Buiatti, Saracci & Hirsch, 1997) ejerce una acción irritativa sobre la mucosa gástrica, particularmente peligrosa en los portadores de úlcera gástrica y duodenal, y en los sujetos que han sufrido resección gástrica. Además, se inhibe la secreción y afecta la motilidad gástrica -de ahí la anorexia de los fumadores-, y se genera hipercinesia en las vías biliares, particularmente evidente en la descarga diarreica provocada por el primer cigarrillo de la mañana.

Por otro lado, la ingesta de nicotina promueve la aparición de enfermedades como la gastritis crónica -dos veces más frecuente en fumadores que en no fumadores-, la úlcera gastroduodenal, esofagitis por reflujo y cáncer gástrico (Tredaniel et al., 1997).

### *1.3.8.- Sistema óseo*

Este sistema, por su parte, se ve afectado por el consumo de tabaco debido a que se incrementa el riesgo de desarrollar osteoporosis (Lindsay, 1995), una debilidad de los huesos que causa diversas fracturas. Esto sucede porque dicho consumo disminuye la absorción del calcio de la dieta. El calcio es útil y necesario para la mineralización de los huesos; con menos mineral en sus huesos, los fumadores desarrollan huesos frágiles -osteoporosis-. De hecho, se ha demostrado (Salica, 2009) en más de 450 mujeres, durante un seguimiento mayor a cuatro años, que la

incidencia global de fracturas de cadera era el doble entre quienes fumaban, pero, si suspendían el consumo, a los 10 años se producía una declinación del riesgo (Lindsay, 1995).

El consumo de tabaco debilita los huesos de diversas formas. Algunos estudios (Lindsay, 1995) han demostrado que fumar reduce el suministro de oxígeno a los huesos y a muchos otros tejidos del cuerpo. La nicotina en los cigarrillos enlentece la producción de células formadoras de huesos -osteoblastos- y como resultado se genera menor cantidad de ellos.

El consumir tabaco también pareciera acelerar la descomposición del estrógeno en el cuerpo (Baron, 1984). Estas hormonas sexuales esteroideas -estrógeno- son importantes para construir y mantener un esqueleto fuerte tanto en hombres como mujeres. Los fumadores también tienen más probabilidad de sufrir lesiones traumáticas, como esguinces, un mayor riesgo de dolor lumbar y de artritis reumatoide (Wolfe, 2000). Las fracturas demoran más tiempo en soldar en los fumadores debido a los efectos nocivos de la nicotina ya indicados en la producción de células formadoras de huesos.

La conducta de fumar además afecta a los otros tejidos que constituyen el sistema músculo-esquelético e incrementa el riesgo de lesiones y enfermedades (Lindsay, 1995).

### *1.3.9.- Sistema dentario*

Un claro ejemplo de alteraciones y disfunciones originadas por el consumo de tabaco en este sistema es el retraso en la cicatrización de heridas de la boca, ya sean producidas de forma accidental o en caso de cirugía periodontal y extracciones dentarias. Además, fumar produce generalmente mal aliento por el olor del tabaco y por variaciones de la microbiota bacteriana de la boca.

Las principales enfermedades orales asociadas al consumo de tabaco son la enfermedad periodontal y el cáncer oral (Cortelli, Barbosa & Westphal, 2008). Además, ocasiona manchas duraderas en dientes y en los dedos con que sostiene el fumador su cigarrillo.

### *1.3.10.- Los sentidos del gusto, del olfato, de la visión y del oído*

Tanto el sentido del olfato como el del gusto han recibido relativamente poca consideración en cuanto a su importancia como factores condicionantes de la conducta de fumar (Stepney, 1980). Sin embargo, está demostrado (Granado, 2004) que fumar es un medio de ingerir una sustancia que excita las terminaciones sensitivas localizadas en los labios, boca y garganta provocando sensaciones placenteras a nivel del tacto, gusto y olfato que incentivan y sostienen la conducta tabáquica -a pesar de que se impregna la ropa del fumador como así también su cabello de un olor desagradable generado por el humo producido-.

En el caso de la visión, se considera que el tabaco causa y/o agrava varias afecciones oculares (US.HHS, 2014). Por ejemplo, el porcentaje de personas con cataratas -una opacificación del cristalino que impide el paso de la luz y puede causar ceguera- es un 40% mayor entre los fumadores (US.HHS, 2014). El tabaco provoca dicha patología por dos mecanismos: la irritación directa de los ojos y la liberación en los pulmones de sustancias químicas que llegan a los ojos a través del torrente sanguíneo.

El consumo de tabaco también se asocia con la degeneración macular relacionada con la edad (US.HHS, 2014), una oftalmopatía incurable causada por el deterioro de la zona central de la retina, llamada mácula. En esta zona se enfocan las imágenes, lo que permite leer, conducir vehículos, reconocer rostros y/o colores y apreciar los detalles de los objetos.

En el sentido auditivo, por su parte, el consumo de tabaco hace que se formen placas en las paredes de los vasos sanguíneos, con la consiguiente reducción del riego del oído interno. Por ello, los fumadores pueden perder audición a edades más tempranas que los no fumadores y son más vulnerables a esa complicación en caso de infección del oído o exposición a ruidos intensos (Li, 1999). Asimismo, los fumadores son tres veces más propensos que los no fumadores a padecer infecciones del oído medio que pueden acarrear otras complicaciones, como meningitis y parálisis facial (Granado, 2004).

### *1.3.11.- Mortalidad prematura*

En la actualidad, que una persona fallezca después de cumplir 90 años por una enfermedad producida por su adicción a la nicotina, probablemente no sea algo especialmente significativo. Por el contrario, sí es problemático que alrededor del 40% de las muertes ocasionadas por el consumo de tabaco ocurran entre los 35 y los 65 años de edad (De la Rosa & Gelabert, 2006). Este acortamiento de la vida en plena etapa productiva en uno de sus extremos y en plena madurez por el otro, sumado a la posibilidad de una interacción social en diversos ámbitos intensa y útil, es probablemente la consecuencia más trágica del tabaquismo. Es que no solamente se pierden años de vida, sino que además el deterioro de la calidad de vida de estas personas es uno de los efectos más perniciosos y menos comentados del tabaquismo.

### *1.3.12.- Trastornos relacionados con el consumo de tabaco*

De acuerdo con la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (*American Psychiatric Association* [APA, por su sigla en inglés], 2013) dichos trastornos se originan por un patrón problemático de consumo tabáquico que provoca un deterioro y/o malestar clínicamente significativo que se manifiestan al menos por dos de los siguientes hechos en un período de 12 meses: (1) el consumo de tabaco es frecuente en mayor cantidad o durante un período superior de tiempo que el previsto; (2) se presenta un deseo constante o soluciones fracasadas intentadas para abandonar o controlar el consumo tabáquico; (3) se destina bastante tiempo a conductas para obtener tabaco y/o consumirlo; (4) existe una necesidad imperiosa de consumir tabaco; (5) el consumo tabáquico es tan frecuente que lleva al fumador a interrumpir sus responsabilidades como el trabajo, estudio, etc.; (6) existe un consumo continuo de tabaco, incluso se presentan dificultades relacionales ocasionadas por dicho consumo; (7) el consumo de tabaco genera reducción y/o abandono de los roles sociales habituales del sujeto; (8) se consume tabaco en situaciones riesgosas como fumar en la cama; (9) el consumo de tabaco no cesa a pesar de padecer complicaciones físicas y/o psicológicas causadas o agravadas por dicho consumo; (10)

La tolerancia está determinada por alguno de los siguientes hechos: a) necesidad de incrementar el consumo para lograr el efecto deseado; b) se presenta un resultado marcadamente disminuido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco; (11) La abstinencia se caracteriza por alguno de los hechos siguientes: a) presencia del síndrome de abstinencia por dejar de consumir tabaco -véanse los Criterios A y B de la abstinencia de tabaco-; b) se consume tabaco o sustancias similares a efectos de aplacar o evitar los síntomas de abstinencia.

Además, se debe especificar si el estado del sujeto entra en alguno de los siguientes parámetros: en remisión inicial o en remisión continuada; en terapia de mantenimiento o en un entorno controlado, y la gravedad actual: 305.1 (Z72.0) leve: presencia de entre dos y tres síntomas; 305.1 (F17.200) moderada: presencia de entre cuatro y cinco síntomas; 305.1 (F17.200) grave: presencia de seis o más síntomas.

Para obtener más información sobre la abstinencia al tabaco 292.0 (f17.203) véase la p. 308 y sobre trastornos relacionados con el consumo de tabaco 292.9 (f17.209) véase la p. 309 (APA, 2013).

#### **1.4.- Beneficios al dejar de fumar**

Dejar de fumar tiene enormes ventajas para el adicto a la nicotina porque pronto se ven los beneficios (Eriksen et al., 2012):

- A los 20 min del último cigarrillo: se restablece la presión arterial, el pulso y la temperatura normal de los pies y las manos.
- A las ocho horas: se normaliza el monóxido de carbono en sangre (CO) y el oxígeno en sangre.
- A las 24 horas: disminuye la probabilidad de ataque cardíaco.
- A las 72 horas: los bronquios se relajan, se respira mejor y mejora también la capacidad pulmonar.

- De las dos semanas a los tres meses: mejora la circulación sanguínea. Es más fácil caminar. La función pulmonar mejora en un 30%.
- De uno a nueve meses: disminuye la tos, la congestión nasal, la fatiga y la falta de aire. Se regeneran los cilios de las células de revestimiento de las vías respiratorias y disminuyen las infecciones. Se incrementa la energía general del organismo.
- Al año: el riesgo de morir por enfermedad cardíaca disminuye a la mitad.
- A los cinco años: el riesgo de morir por enfermedad cardíaca es igual al de los no fumadores.
- A los 10 años: el riesgo de morir por cáncer de pulmón es similar al de los no fumadores. Se reemplazan las células precancerígenas. Disminuye la incidencia de otros cánceres.

## **1.5.- Estrategias para el control del tabaco**

Se han diseñado diversas estrategias para el control del tabaco tanto a nivel internacional como nacional. Debido a que, tal como se expuso, el tabaquismo se constituye como una problemática a nivel mundial con graves consecuencias asociadas de gran impacto en la salud pública, la OMS (2003a) formuló el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT).

El objetivo central del CMCT es proteger a las generaciones actuales y futuras frente a las tremendas consecuencias sociales, sanitarias, ambientales y económicas del consumo del tabaco. Suministra un marco a niveles nacionales e internacional para facilitar las políticas y la puesta en marcha de medidas de control del tabaco con la finalidad de disminuir su consumo y la exposición al tabaco de las poblaciones en general.

Dicho convenio fue el primer tratado a nivel mundial de salud pública y su manuscrito fue aprobado por la 56.º Asamblea Mundial de la Salud durante el mes de mayo del año 2003. Es

considerado un instrumento jurídico regido por el derecho internacional y obligatorio para los países que lo firmen y ratifiquen.

El CMCT entró en vigencia el 27 de febrero del año 2005. La Argentina firmó el CMCT el 25 de Septiembre del año 2003. Este convenio fue ratificado por casi todos los 180 países firmantes, incluida la Unión Europea. La Argentina es uno de los pocos países del mundo que aún no ratificó el convenio, al mes de octubre del año 2016 lo habían ratificado 168 países.

Haciendo foco en esta región y como acción concreta, el 16 de noviembre del año 2006 se creó la Red Argentina de Jóvenes Libres de Tabaco. Su primera jornada Nacional de Jóvenes Libres de Tabaco se realizó en la CABA en ocasión del Día Internacional del Aire Puro. Dicho evento fue organizado por el Programa de Bienestar Universitario de la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación, el Programa Nacional de Control del Tabaco del MSN, y contó con el apoyo de la OPS y el auspicio de la Unión Anti Tabáquica Argentina (UATA).

En ese encuentro se analizaron los alcances de la epidemia de tabaco en los adolescentes. Se debatió acerca de las estrategias comerciales de los mensajes publicitarios y su financiamiento y promoción por parte de las empresas tabacaleras nacionales e internacionales. Se logró una cabal evaluación y se idearon propuestas de mensajes de campañas contra el tabaco destinadas a los adolescentes. Participaron invitados especiales representantes de organizaciones juveniles como *Tobacco Free Kids de EE.UU.* y del Centro de Investigación de la Epidemia de Tabaquismo de la República Oriental del Uruguay.

La Red que se creó está compuesta por jóvenes de todo el país con el compromiso de luchar contra la epidemia del tabaco. Una de sus principales actividades está focalizada en la participación de los jóvenes en lo concerniente a capacitaciones sobre los principales aspectos involucrados en el flagelo del tabaquismo y las estrategias necesarias para la prevención y reducción de su consumo en toda la población de la Argentina.

Además, cada año, en el marco del Congreso Argentino Tabaco o Salud, se realizan Encuentros Nacionales de Jóvenes Libres de Tabaco organizados por el MSN junto con el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Estos encuentros brindan a los jóvenes de todo el país la oportunidad de reunirse con el objetivo de compartir experiencias y hacer un análisis de la situación, intercambiar ideas y estrategias de trabajo para crear cambios sociales, económicos y políticos con el fin de reducir el consumo de tabaco y la exposición del humo del tabaco en el medio ambiente en general, reforzando el liderazgo sobre el control del tabaquismo a nivel nacional, provincial y municipal.

En este sentido, el día 13 de junio del año 2005 se promulgó la Ley Nacional N.º 26.678 («Regulación de la publicidad, producción y consumo de los productos elaborados con tabaco». Ley Nacional, 2010) con el fin de impulsar una política a nivel nacional de lucha contra el consumo de tabaco. Esta ley regula la publicidad, la promoción y el consumo de los productos elaborados con tabaco a los fines de la prevención y asistencia de la población ante los daños que produce el tabaquismo. Sus objetivos son:

- Reducir el consumo de productos elaborados con tabaco.
- Reducir al mínimo la exposición de las personas a los efectos nocivos del humo de productos elaborados con tabaco.
- Reducir el daño sanitario, social y ambiental originado por el consumo de tabaco.
- Prevenir la iniciación en el tabaquismo, especialmente en la población de niños y adolescentes.
- Concientizar a las generaciones actuales y futuras de las consecuencias producidas por el consumo de productos elaborados con tabaco y por la exposición al humo de productos elaborados con tabaco.

Haciendo referencia ahora específicamente a la CABA, dentro de las estrategias para el control del consumo de tabaco se cita la Ley Anti Tabaco N.º 1799/05 emitida por la Legislatura

de la CABA y promulgada el día dos de noviembre también en el año 2005 (Boletín Oficial de la Legislatura de la CABA N.º 2313). Posteriormente también en la CABA, el día seis de enero del año 2011 se publicó la Ley N.º 3718 -que modifica la Ley N.º 1799/05, junto con decretos, resoluciones y ordenanzas vigentes hasta esa fecha, con modificaciones y reemplazos específicos-, con el propósito de promover la reducción del consumo de tabaco en todo su espectro (L. P., 3718, 2010).

Estos instrumentos enunciados y las acciones conjuntas a nivel institucional que se vienen desarrollando tanto en la órbita nacional y provincial como en la mismísima CABA han contribuido a la disminución de la prevalencia del consumo de tabaco en los adolescentes, según la última Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes de la Argentina del año 2012. Esta encuesta arrojó que el 24.1% de los adolescentes de 13 a 18 años consumió alguna forma de tabaco en los últimos 30 días, comparada con la misma encuesta realizada en el año 2007, donde el porcentual resultante fue del 24.5% (MSN, 2015).

No obstante, las investigaciones sobre la prohibición de la publicidad, la promoción, el patrocinio y el consumo de tabaco en 22 países indicaron que estas medidas integrales pueden reducir el consumo en un 6.3% (Saffer, 2004).

Un amplio estudio (Moodie, MacKintosh, Brown & Hastings, 2008) que abarcó el seguimiento en 102 países detectó que las prohibiciones integrales de publicidad de tabaco redujeron su consumo en un 8 % aprox, mientras que las prohibiciones parciales no tuvieron prácticamente ningún tipo de efecto. En el Reino Unido, por ejemplo, se implementó una prohibición integral en tres etapas: en 2002, se prohibieron las formas tradicionales de avisos publicitarios, en 2003, se prohibieron las promociones y el patrocinio de los eventos deportivos locales, y en la última etapa, en 2004 y 2005, se restringió el anuncio y la expansión de las marcas en los puntos de venta. Lo que se pudo advertir en este estudio es que, con cada etapa, la concienciación de los adolescentes hizo posible que se disminuyera considerablemente su

atención con respecto a la comercialización del tabaco (Quentin, Neubauer, Leidl & König, 2007).

## **1.6.- Tratamientos para la cesación tabáquica**

Dentro de los tratamientos para la cesación tabáquica la estrategia más utilizada en la actualidad es la combinación de los abordajes psicológicos y farmacológicos.

Entre los *psicológicos*, mucho ha sido el debate sobre cuál sería la intervención más adecuada. La mayoría de los especialistas en cesación tabáquica han consensado que la modalidad de tratamiento más apropiada radica en los Programas Multicomponentes (PM) que de acuerdo con la evidencia científica han mostrado ser sumamente eficaces tanto en formato individual como grupal (Fiore, Jaén & Baker, 2008). Dentro de ambas opciones -individual y grupal-, la terapia grupal ha adquirido gran relevancia, hasta el punto de considerarse un tratamiento de primera elección por su eficiencia y efectividad (Mottillo, Filion & Bélisle, 2009).

El tratamiento psicológico basado en la terapia de los PM comprende tres fases: (a) preparación para dejar de fumar, (b) abandono de los cigarrillos y (c) mantenimiento de la abstinencia. Los puntos de los PM en forma generalizada son: información sobre el tabaco, contrato comportamental, autor registro, representación gráfica del consumo, reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán, control de estímulos, estrategias conductuales-cognitivas para controlar los síntomas de la abstinencia, *feedback* fisiológico del consumo mediante la determinación semanal del monóxido de carbono (CO) y entrenamiento en prevención de la recaída (Tønnesen, Mikkelsen & Bremann, 2008).

Cuando se utiliza la intervención psicológica únicamente, el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo es muy bajo, por lo tanto, se recomienda ofrecer tratamiento farmacológico a todos los consumidores de tabaco que desean dejar de fumar a menos que existan contraindicaciones médicas (Barrueco Ferrero, Hernández Mezquita & Torrecilla García, 2009).

Por otro lado, actualmente, las intervenciones *farmacológicas* para la cesación tabáquica se dividen en tratamientos denominados de primera línea y los de segunda línea.

La implementación de las líneas de tratamientos indicadas se ajusta a cada caso en particular y depende, además, de ciertas estrategias que se pueden implementar durante el proceso de cesación y de la manera que responde la estructura bioquímica, social y psicológica de cada paciente fumador, que difiere según cada caso.

### *1.6.1.- Tratamientos farmacológicos de primera línea*

Los tratamientos denominados de primera línea reciben esta designación debido a que sus resultados se reflejaron a través de evidencias clínicas (Stead, Perera, Bullen, Mant & Lancaster, 2008; Zieher & Guelman, 2005) como los más eficaces y efectivos al momento del tratamiento. Entre ellos podemos encontrar la terapia de reemplazo nicotínico.

#### 1.6.1.1. Terapia de reemplazo nicotínico (TRN).

En un metaanálisis llevado a cabo por Stead et al. (2008), se concluyó que la TRN incrementa las tasas de abstinencia del 50% al 70% y su efectividad es independiente de la intensidad del apoyo adicional brindado a los pacientes.

Toda TRN se debe prescribir con la correspondiente instrucción de uso; el agente de salud actuante debe efectuar un seguimiento permanente del paciente fumador. Es muy importante que el inicio con cada uno de estos recursos terapéuticos se lleve a cabo sin que el paciente consuma tabaco.

La TRN incluye: a) chicle o goma de mascar -Polacrilex-; b) parches de nicotina; c) inhalador bucal; d) caramelos de nicotina -Lozenges-; e) tabletas sublinguales -Microtab- y f) spray nasal.

a) Chicle o goma de mascar: fue el primer producto nicotínico disponible de absorción en la mucosa oral. Muchos pacientes al consumirlos encuentran un sabor desagradable -es el sabor natural de la nicotina, sabor a pimienta o picante- y es por ello que se comercializan de diversos gustos: naranja, menta y frutal.

La evidencia científica (Jiménez Ruiz, 1998; West et al., 2001) demuestra que su uso en proporciones de dos a cuatro mg duplica la tasa de éxito obtenida al año de seguimiento en comparación con un placebo. Si los pacientes se encuentran motivados para dejar de consumir tabaco, la tasa de éxito en comparación con un placebo es del 30% (Hughes, Shiffman, Callas & Zang, 2003).

Una vez absorbida, la nicotina proveniente del chicle tarda de dos a tres min en alcanzar el SNC con una máxima de 30 min en los casos extremos, a diferencia de tan solo ocho seg que se demora en estimularse el área de placer del SNC con la inhalación o pitada de un cigarrillo, según se mencionó precedentemente. Está científicamente comprobado que la conducta de masticar chicle reduce el deseo compulsivo de fumar si se compara con chicles placebo (Cohen, Collins & Brt, 1997).

b) Parches de nicotina (o terapia transdérmica): fueron uno de los primeros reemplazos nicotínicos disponibles en la Argentina para el tratamiento de cesación tabáquica. Existe acabada evidencia que demuestra la eficacia de la utilización de parches de nicotina si se compara con placebos (Hughes et al., 2003; Jiménez Ruiz, 1998; Raw, Andersosn & Batra, 2002).

Como la concentración de nicotina que logra el parche es baja y constante comparada con el pico de nicotina posterior a la pitada, para los fumadores de alto consumo -de más de 16 cigarrillos por día- y en muchos casos también para los que no son altos consumidores la utilización del parche no resulta satisfactoria debido a que carece de los efectos estimulantes casi inmediatos que conlleva el acto de fumar, lo que deriva en una desventaja terapéutica. La duración del tratamiento puede variar entre 8 y 12 semanas, y es recomendable comenzar a utilizar el parche el día que el paciente deja de fumar.

Tanto los parches de nicotina transdérmicos como el Bupropion -ver párrafo 1.6.1.2. Bupropion- poseen el mejor índice de costo y efectividad en el tratamiento del tabaquismo. (Etter & Stapleton, 2006).

c) Inhalador bucal: preferentemente se prescribe a aquellos fumadores donde predomina la dependencia gestual, los rituales conductuales -los orales, entre ellos-.

El inhalador consta de una boquilla de material plástico a la que se le inserta un cartucho con un tapón impregnado en nicotina. Al inhalar, se introduce una cantidad de vapor de nicotina a través de su boquilla dentro de la boca del fumador. El cartucho contiene 10 mg de nicotina, de los cuales cuatro mg ingresan a la boca y dos mg se absorben en la mucosa oral. El resto se diluye sin llegar al árbol bronquial (Bergstrom, Nordberg & Lunell, 1995). Cada cartucho dura 60 min. Es recomendable usar entre 6 y 16 cartuchos al día para obtener resultados positivos. El nivel de nicotina que llega a la boca está relacionado con el número de pitadas; si su uso es adecuado reemplaza aprox el 45% de la nicotina.

La ventaja de utilizar este método es que la cantidad de nicotina liberada en una pitada de un cigarrillo es equivalente a diez pitadas del inhalador bucal.

d) Caramelos de nicotina (Lozenges): los caramelos o pastillas de nicotina Lozenges (Choi, Dresler, Norton & Strahs, 2003) se incorporaron al tratamiento de la cesación tabáquica en el año 2002. Es una droga de venta libre que difiere en sus cantidades de nicotina; traen concentraciones de un mg, dos y cuatro mg. Su contenido se absorbe por la boca, por lo que se debe disolver lentamente sin masticar ni deglutir. El nivel de nicotina se alcanza en plasma entre los 20 y 30 min.

Antes de ser utilizado por el paciente fumador se debe evaluar su estado dentario en general.

Si se compara con la masticación de chicles en las mismas cantidades, las pastillas (Lozenges) liberan un 20% más de nicotina, por ende, alcanza una mayor concentración plasmática -entre el 8% y el 10%-.

e) Tabletas sublinguales (Microtab): las tabletas sublinguales Microtab (Molander & Lunell, 2001) pueden ser depositadas en cualquier sector de la boca, por sus dimensiones. Esta es una opción para aquellos pacientes fumadores que desean utilizar un reemplazo nicotínico más

discreto, o para aquellos que por su estado dentario no pueden utilizar las pastillas antes descritas.

Se disuelven en un tiempo de 30 min o menos y la absorción es a través de la mucosa oral. En el mercado se encuentran en tabletas de dos mg con un tratamiento de 12 semanas para los fumadores de alta dependencia -más de 16 cigarrillos de consumo diario-, o los fumadores que consumen su primer cigarrillo antes de los 30 min al despertarse.

f) Spray nasal de nicotina: de todos los productos mencionados el spray nasal es el de más rápida acción. La nicotina que contiene el spray alcanza el plasma entre los 5 y los 10 min, entonces, genera un rápido alivio en las vivencias de *craving* (Gourly & Berowitz, 1997).

Su absorción se realiza a través de la mucosa nasal. Una sola dosis de un mg provoca alivio de la urgencia de fumar de manera más rápida que una dosis de cuatro mg de chicle -Polacrilex-. La recomendación para su uso en general es una aplicación en cada fosa nasal cada hora, 16 veces por día en los primeros días de tratamiento.

Las evidencias clínicas demuestran (Gourly & Berowitz, 1997) que el spray de nicotina es de mucha utilidad para aquellos pacientes que son grandes fumadores; los cuales pueden utilizarlo inicialmente hasta una aplicación cada media hora. El tratamiento aconsejable es de dos meses, luego, se efectúa una reducción gradual según cada caso. Su utilización debe ser controlada, el fumador no debe inspirar ni deglutir en cada aplicación, debiendo posicionar su cabeza ligeramente inclinada hacia atrás.

#### 1.6.1.2. Bupropion

El Bupropion es un antidepresivo atípico efectivo para la cesación tabáquica (Hughes, Stead & Lancaster, 2007). Es el primer fármaco no nicotínico aprobado en el año 1997 por la FDA para el tratamiento en la cesación tabáquica. Diversos estudios (Ascher et al., 1995) demuestran que la administración de Bupropion favorece el aumento de dopamina en el núcleo accumbens, lo que le otorga condición de agonista dopaminérgico. De este modo, logra un efecto parecido al

de la nicotina, pero con una concentración más baja y estable de dopamina, que atenúa la necesidad de pulsos dopaminérgicos desencadenados por la adicción a la nicotina y merma la búsqueda de la droga, por lo que reduce la ansiedad y la compulsión a consumir tabaco.

Más adelante, la investigación de Hughes et al. (2007) demostró que el Bupropion duplica aproximadamente las posibilidades de dejar de fumar en comparación con un placebo.

Si bien su efectividad está comprobada clínicamente, no todos los fumadores podrán utilizarlo dado que existen una serie de contraindicaciones y determinadas precauciones que deben comprobarse antes de su uso (Hughes et al., 2007). Del mismo modo que otros antidepresivos, Bupropion puede traer aparejados riesgos de convulsiones al ser consumido. Por otro lado, se hace foco especialmente en la asociación de su uso con ideación y comportamiento suicida (Jick, Kaye & Jick, 2004).

Los fumadores con una dependencia fuerte a la nicotina que reciben tratamiento con Bupropion advierten un descenso de su sintomatología depresiva -más allá de su severidad- durante el período del tratamiento, pero estos síntomas pueden reaparecer al discontinuar su uso (Hughes et al., 2007).

#### 1.6.1.3. Vareniclina

La Vareniclina es un agonista parcial del receptor nicotínico alfa cuatro beta dos y es por ello que posee una acción similar a la nicotina. Actúa mediante un doble mecanismo que estimula de manera débil al receptor y lo bloquea. Esto favorece la liberación de dopamina en el núcleo accumbens con aproximadamente un tercio de la intensidad con que lo hace la nicotina. Así, impide su adherencia al receptor y permite disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina, sin producir placer ni dependencia.

Varios estudios (Cahill & Stead, 2011) demostraron que la Vareniclina al menos duplica las posibilidades de abstinencia a largo plazo en comparación con un placebo y debilita la recompensa asociada con el uso del tabaco. Este medicamento está contraindicado en fumadores

con hipersensibilidad conocida a la droga ni se recomienda en mujeres embarazadas o en período de lactancia, así como tampoco se recomienda para menores de 18 años (Anthenelli, Benowitz & West, 2016). La Vareniclina en dosis de un mg en dos tomas diarias durante un período de 12 semanas es eficaz en el tratamiento de la dependencia a la nicotina. La dosis del medicamento se regula semanalmente (Anthenelli et al., 2016).

### *1.6.2.- Tratamientos farmacológicos de segunda línea*

Este grupo comprende la Clonidina, la Nortriptilina y los ansiolíticos.

Los medicamentos descriptos como de segunda línea deber utilizados exclusivamente cuando los de primera línea no han dado resultados satisfactorios.

#### 1.6.2.1. Clonidina

La Clonidina es un alfa pre sináptico antidepresivo que se ha utilizado para el síndrome de abstinencia en la cesación tabáquica. Su acción es central. Existen trabajos de investigación científica (Gourly, 2006) que indicaron que la clonidina puede duplicar la tasa de cese del tabaquismo. En esos estudios se emplearon dosis que oscilan entre 0.1 y 0.75 mg/día, suministradas por vía transdérmica u oralmente.

Se advirtieron además efectos secundarios, razón por la cual el médico tratante debe alertar a sus pacientes sobre estos efectos, que pueden ser: nerviosismo, cefalea, agitación, temblor distal e hipertensión. Por otro lado, esta droga no ha sido aprobada por la FDA como un medicamento para tratar la adicción la nicotina.

#### 1.6.2.2. Nortriptilina

La Nortriptilina es el único antidepresivo -además del Bupropion- que demostró ser efectivo para mejorar esta enfermedad -la adicción a la nicotina-. Se observa que ayuda a la cesación tabáquica (Hughes et al., 2007) por medio de su mecanismo noradrenérgica, que disminuye la virulencia de los síntomas de abstinencia.

Si bien es considerado un medicamento de segunda línea, los estudios (Hughes et al., 2007) demuestran que la Nortriptilina es bastante más eficaz que el placebo para ayudar a los pacientes fumadores a lograr la abstinencia a largo plazo. Los efectos adversos que suelen aparecer frecuentemente al utilizar este medicamento son: boca seca, visión borrosa, sedación, retención urinaria y temblor en las manos.

#### 1.6.2.3. Ansiolíticos

Es sabido que estas drogas no deben ser utilizadas como centrales en el tratamiento de la cesación tabáquica; su prescripción en la clínica debe ser de bajas dosis por períodos cortos en la medida en que el paciente fumador presente una mejoría sintomática en su etapa del sueño, angustia y ansiedad. La utilización de Alprazolam o Clonazepan, que son benzodiazepinas de mínimos efectos adictivos, no tendrían contraindicaciones (Hughes et al., 2007).

#### *1.6.3.- Terapias combinadas*

En ocasiones, los profesionales a cargo de los tratamientos para la cesación tabáquica utilizan estrategias que combinan distintos fármacos. Por ejemplo, es posible utilizar combinaciones entre TRN -chicles, tabletas, parches, etc.- con Bupropion. También es factible la utilización de este último con Vareniclina. La utilización de Vareniclina y la TRN para grandes fumadores podría ser otra combinación posible, pero aún no se ha demostrado científicamente su efectividad (Hughes et al., 2007).

Por último, algunos especialistas en esta área prescriben en casos particulares de manera eventual y transitoria la utilización supervisada del CE expresado precedentemente - comunicación personal, 16 de septiembre de 2016, Dra. Gabriela Senatore experta en tabaquismo-.

## **2. CAPÍTULO- 2: ADOLESCENCIA**

No es tarea simple establecer los límites cronológicos de la adolescencia dentro del ciclo vital. De acuerdo con lo convencionalmente aceptado por la OPS (1998), la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerando dos fases: la adolescencia temprana -entre los 10 y los 14 años- y la adolescencia tardía -entre los 15 y los 19 años-. No obstante, en los últimos años se ha prolongado la finalización de esta etapa y llega, por consenso, hasta los 25 años de edad (Bernete, 2010).

El universo adolescente está signado por vertiginosos cambios que generan pérdidas y ganancias a nivel general y, en particular, con resultados que se traducen en fortalezas y debilidades que van conformando su identidad. El adolescente transita por diferentes experiencias que están marcadas por peculiaridades propias de esta etapa (Vinaccia, Quiceno & Moreno San Pedro, 2007). Entre ellas, se producen unas series de procesos adaptativos de los cambios corporales y es, además una fase marcada por grandes determinaciones subjetivas - inestables en varios casos y en otros mucho menos- de cara a una mayor independencia tanto psicológica como social. De hecho, existen franjas etarias con mayor o menor vulnerabilidad, según Del Pino et al. (2011) hacen referencia a las características de una persona en cuanto a su capacidad para sobrevivir, predecir, resistir y reponerse del impacto de una amenaza tangible, que conlleva una combinación de factores internos y externos. Es la percepción que el sujeto posee de no contar con un adecuado control interno o externo sobre los peligros, o de que tal control no sea suficiente, y así puede sobrevenir enfermedad en el soma y/o enfermedad psicológica, propensión que se halla determinada por las particularidades inherentes a la etapa de la adolescencia (Del Pino et al., 2011).

Por cierto, en el período adolescente, el riesgo de ocurrencia de síntomas psicológicos es alto debido a las constantes transformaciones características de ese ciclo vital (Coleman & Hendry,

2003). Al respecto, el investigador Jessor (1991) señaló que el concepto de riesgo psicológico se halla íntimamente relacionado con la evolución y adaptación sociales que se dan en la adolescencia, debido a que las conductas de riesgo cumplen un rol fundante en la transición a la adultez. Se denominan factores o conductas de riesgo a todas aquellas situaciones que incrementan la probabilidad de comprometer la salud, la calidad de vida o la vida misma, en este caso de los adolescentes (Jessor, 1991).

Otro eje en extremo importante radica en que en este segmento de la vida el cerebro es diferente al del adulto (Durston et al., 2006). En el pasado, se consideraba que las actitudes conductuales de los adolescentes se debían únicamente a cuestiones psicológicas y a la falta de experiencia con respecto a los adultos. Sin embargo, en los últimos años se ha avanzado mucho en este terreno y se ha llegado a la conclusión de que no se trata tan solo de una cuestión de experiencias y de aprendizaje, sino que el comportamiento de los adolescentes está muy relacionado con su desarrollo cerebral (Durston et al., 2006). En el derrotero de tal desarrollo, se producen una serie de cambios que afectan fundamentalmente a la corteza prefrontal, una estructura esencial de muchos procesos cognitivos, ya que esta experimenta un importante desarrollo a partir de la pubertad -por lo general se inicia entre los 8 y 13 años en las niñas, y entre los 9 y 15 años de edad en los niños-, o adolescencia temprana -entre los 10 y 14 años- que no culmina hasta los primeros años de la adultez temprana -entre los 25 y 28 años aprox-.

Estos últimos autores indicaron, además, que se producen cambios que afectan a otro circuito, el meso límbico, relacionado con la motivación y la búsqueda de recompensas, que se ve influenciado por las alteraciones hormonales asociadas a la pubertad. Como consecuencia de esas modificaciones, durante los primeros años de la adolescencia se produce un cierto desequilibrio entre ambos circuitos cerebrales, el cognitivo y el motivacional, que puede generar cierta vulnerabilidad y justificar el aumento de la impulsividad y las conductas de asunción de riesgos durante la adolescencia como el consumo de tabaco, entre otras (Burunat, 2004).

En este proceso, el cerebro crece y madura y no es hasta los 25/28 años, aprox, que logra su completo desarrollo. Vale decir que el cerebro de los adolescentes se encuentra en un momento en el que aún no posee todas sus secciones desarrolladas al mismo nivel, lo que por un lado le permite aprender velozmente y acumular grandes cantidades de información con facilidad, pero por otro le hace reaccionar de forma diferente ante las emociones y los procesos de toma de decisiones (Burunat, 2004). Esto es debido a que el cerebro se desarrolla por partes; la zona que más tarda en madurar es la frontal, región que comienza un nuevo proceso de desarrollo durante la adolescencia temprana que se extiende durante toda la adolescencia. En esta área se focalizan las habilidades para controlar las emociones, el juicio, la memoria y el humor.

Todos estos cambios en la corteza prefrontal conllevan una activación menos difusa y más eficiente en esta zona durante la realización de tareas cognitivas (Durston et al., 2006). Por lo tanto, las zonas cerebrales más modernas desde el punto de vista filogenético, como la corteza prefrontal, son también las últimas, como se mencionó, en culminar su desarrollo desde lo ontogenético. En cambio, aquellas zonas que cumplen funciones más básicas, como las sensoriales o motoras, maduran en los primeros años de la infancia -entre uno y seis años- (Durston et al., 2006). Considerando lo descrito, es razonable inferir en una relación causal entre estos procesos de desarrollo cerebral y muchas de las conductas propias de la adolescencia, como las conductas de asunción de riesgos y de búsqueda de sensaciones, que dependen en gran medida de la maduración de las funciones ejecutivas y de la autorregulación de la conducta -corteza prefrontal- (Coleman & Hendry, 2003).

Esta propensión a incurrir en conductas de riesgo se encuentra directamente relacionada con la alta probabilidad de los adolescentes de iniciarse en el consumo de tabaco. Tal como fue expuesto en el capítulo precedente, la edad de inicio en el consumo de tabaco, por lo general, suele ser la adolescencia y los porcentajes de los adolescentes como tabaquistas son alarmantes.

A continuación, se desarrollarán distintos aspectos característicos de los adolescentes vinculados al inicio y mantenimiento del consumo de tabaco.

Se indicarán los factores protectores y de riesgo más significativos del mundo adolescente frente al consumo del tabaco. En palabras de Morín (1977), se constituyen como una *complejidad sistémica*, referida a que pueden favorecer un crecimiento sano y saludable o bien desfavorecerlo. En caso de desfavorecerlo, en muchos casos no solo se producirá una desadaptación en la etapa adolescente, sino que además las dificultades trascenderán a la etapa siguiente como, de hecho, sucede con el consumo de tabaco en los adultos, ya que en su mayoría se inició en la adolescencia (Berajano & Alderete, 2009; Morello et al., 2001).

## **2.1.- Factores vinculados al macro contexto: educación, nivel socioeconómico, publicidad y acceso al tabaco**

La *escolaridad* es un elemento considerado como protector del desarrollo y de la salud tanto en el niño como en el adolescente. Un estudio de la *World Health Organization* (WHO, por su sigla en inglés) (2008a) arrojó como resultado que los adolescentes con objetivos académicos y rendimientos bajos tenían mayores probabilidades de convertirse en fumadores. El abandono de los estudios de los adolescentes trae como consecuencia que, en muchos casos, se sienten alienados de la sociedad y no encuentran la posibilidad de una autoafirmación positiva. En este cuadro de situación, disminuyen las posibilidades de comprobar sus destrezas para enfrentar las dificultades y asumir responsabilidades. Se resquebraja así su autoestima y la confianza en sí mismos, además de coartarse las posibilidades de un adecuado desarrollo social, y este se vuelve un escenario propicio para entrar en el terreno de las adicciones (Botvin, Epstein, Baker, Díaz & Ifill Williams, 1997).

El desarrollo *socioeconómico* del país en el que el adolescente se encuentra inserto también puede favorecer el tabaquismo o proteger al adolescente de este. Tal como se indicó

previamente, los países en vías de desarrollo soportarán el 70% de muertes por consumo de tabaco en el mundo en las dos primeras décadas del siglo XXI (Eriksen et al., 2012). Esto puede deberse, entre otras cosas, a que no existen programas de prevención eficientes con respecto a dicho consumo y sus nefastas consecuencias que faciliten la información de manera genuina a los adolescentes para que tomen conciencia de los peligrosos riesgos que corren si comienzan a adoptar la conducta tabáquica y su posible posterior adicción al tabaquismo (Eriksen et al., 2012).

A pesar de la abundante información existente con respecto al consumo de tabaco y los mitos de toda índole que se generaron alrededor del cigarrillo, aún hoy una cantidad muy numerosa de adolescentes de ambos sexos sostiene la falsa creencia de que fumar cigarrillo ayuda a controlar el peso corporal y de ese modo ayuda a mantenerse delgado/a, por ser la moda de la época (Hernández Mezquita, 2001). Esto es debido, en gran parte, a que se ha difundido a través de diversos medios comunicacionales que dejar de fumar implica necesariamente ganar peso corporal. La manipulación simplista de este constructo lleva a la asociación consumo de tabaco = control de peso corporal, y esta falsa creencia actúa como un factor netamente confusional para continuar consumiendo tabaco (Hernández Mezquita, 2001). Esto quiere decir que la *publicidad* se constituye como un factor de riesgo central en el tabaquismo.

Por otro lado, la publicidad juega un papel importante en el cambio de los estilos de vida de la población en general, sobre todo en los adolescentes. La industria del tabaco aseguró oportunamente que el propósito exclusivo de su publicidad fue y es mantener e incrementar las cuotas potenciales de mercado entre las personas adultas ya consumidoras. Sin embargo, diversos estudios (Evans et al., 1995) señalaron el efecto que provoca la publicidad del tabaco y a las actividades de promoción relacionadas con este producto como agentes causales del incremento en la demanda de cigarrillos en los adolescentes. De hecho, la industria tabacalera utiliza decididamente recursos de *marketing* que apuntan al sector adolescente para lograr, con

sus diversas estrategias publicitarias, que ellos sean los futuros fumadores y con ello perpetuar su negocio.

Existe, además, una clara evidencia (White, Kelly, Huang & Charlton, 1996) de que la franja etaria que comprende a los niños expuestos a la publicidad del tabaco y a las actividades promocionales relacionadas con esta son capaces de reconocer y nombrar las marcas de los cigarrillos. La información que los niños poseen sobre la publicidad del tabaco denota que prestan atención a los contenidos de la misma. Los investigadores Aitken, Eadie, Hastings y Haywood (1991) observaron que se presenta una relación directa entre la promoción del tabaco y la decisión de comenzar a fumar por parte de los adolescentes. Por otra parte, se hace tangible, además, una fuerte evidencia de que los niños que se interesan por la publicidad tienen mayor probabilidad de cambiar sus actitudes acerca del tabaco (Aitken et al., 1991).

En la CABA, por ejemplo, el 90% de los adolescentes de entre 14 y 17 años habían visto avisos publicitarios de tabaco el mes anterior a una encuesta (Míguez, 2003).

Otro estudio realizado en el Reino Unido entre 1999 y 2004 demostró que para cada forma de *marketing* del tabaco reconocida por los adolescentes, la posibilidad de comenzar a fumar aumentaba un 7% (Moodie et al., 2008). Una investigación posterior, en ese mismo contexto, demostró que el *marketing* del tabaco incrementaba la cantidad de adolescentes que se iniciaban en el consumo de tabaco (Di Franza et al., 2006).

Nueve estudios longitudinales (Lovato, Linn, Stead & Best, 2003) en los EE. UU., en los cuales participaron más de 12 mil adolescentes, concluyeron que la publicidad y la promoción del tabaco incrementan la posibilidad de que los adolescentes comiencen a fumar.

Por último, en España, la familiaridad con las carteleras locales de tabaco aumentó la posibilidad de que los adolescentes de entre 13 y 14 años comenzaran a fumar (López, Herrero & Comas, 2004).

Como contrapartida, las leyes actuales vigentes locales, regionales y a nivel mundial que, como se indicó, entraron en vigencia a través del convenio CMCT, están arrojando resultados positivos para combatir este flagelo a nivel mundial (WHS, 2008b). Por su parte, actualmente, las empresas tabacaleras, a pesar de dicho convenio, pueden eludir de manera sencilla las prohibiciones parciales de publicidad dado que trasladan sus estrategias de *marketing* y de promoción a los lugares en los que no existen tales restricciones (WHO, 2008b).

En síntesis, estos factores -publicidad, promoción y patrocinio del tabaco- estimulan decididamente a niños y adolescentes a consumirlo y también influyen en los fumadores adultos para que consuman aún más. Esto provoca, lamentablemente, la disminución de la motivación en estos estratos sociales para que los consumidores de tabaco se alejen de este. Es por eso que las restricciones sobre el tabaco son de suma importancia para continuar reduciendo su consumo en la población general y fundamentalmente en los adolescentes, sin dejar de monitorear permanentemente a los niños.

Como conclusión, el fácil acceso al tabaco también resulta ser un factor de riesgo. Si bien en la región existen numerosas leyes vigentes, enunciadas precedentemente, que prohíben que se venda tabaco a los menores de edad, fundamentalmente su costo y obtención en este contexto no son para nada complejos (Pinilla, 2001).

## **2.2.- Factores interpersonales: pares, padres y otros adultos**

Los adolescentes que cuentan con más y mejores *habilidades sociales* (HH. SS.) se encuentran de algún modo protegidos del uso de sustancias adictivas, ya que estas constituyen unas de las mayores fuentes de autoestima y bienestar personal (Contini, 2006).

Por lo general, el adolescente, con el fin de ir consolidando su identidad y los cambios que atraviesa, experimenta situaciones de crisis con sus padres, por lo que tiende a fomentar y fortalecer vínculos con pares, y así busca la integración en grupos de pertenencia que lo

contengan (López Latorre, Garrido, Rodríguez Díaz & Paíno Quesada, 2002). De acuerdo con distintas investigaciones (Botvin et al., 1997; Jessor, 1991; Stein, Newcomb & Bentler, 1996) este puede ser uno de los puntos de partida para el desarrollo de diferentes prácticas de riesgo como la del consumo tabáquico, entre otras.

Un suceso bien conocido que se produce en esta etapa es el *fenómeno del conformismo grupal* que, junto con la búsqueda de originalidad, gestan una red defensiva de apoyo que le brinda al adolescente el sentimiento de pertenencia, la seguridad y la estima personal que necesita en este período de tránsito de cara hacia la propia originalidad y autonomía personal para su vida adulta (Perkins, 2002).

También se hace foco en la influencia que pueden ejercer en sus decisiones los amigos y compañeros del adolescente en el ámbito escolar, por ejemplo, a partir de la *Teoría de Normas Sociales* (Perkins, 2002) según la cual la percepción de las normas de comportamiento de los pares influye en los propios comportamientos -del adolescente- mediante un proceso de parangón social que funciona como estándar para evaluar, acomodarlos y ser visto como análogo al grupo de referencia.

No es nada sorprendente que cuando los adolescentes no encuentran un camino adecuado de autoafirmación traten de buscar esta última en grupos que incurren en comportamientos antisociales donde fácilmente la consiguen con el reconocimiento grupal ante la imitación de sus patrones inadecuados de conductas. Este factor tiene como causa fundante la satisfacción de la necesidad de autoafirmación y la necesidad del seguimiento del código grupal (Perkins, 2002).

La relación del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas con determinadas conductas inadaptadas o de riesgo, entre las que se incluyen los comportamientos violentos y antisociales, ha sido ampliamente estudiada (Díaz Aguado, 2005) y, además, se evidencia a menudo. No obstante, es difícil establecer una relación de causa-efecto entre ambos tipos de conducta, -

consumo de sustancias, conductas violentas, de riesgo y/o antisociales- pero es evidente la relación que existe entre ellas (Díaz Aguado, 2005).

Por su parte, *la asistencia a fiestas o encuentros grupales* facilita y promueve el consumo de tabaco, alcohol y otras clases de drogas entre los adolescentes asistentes, como se observa frecuentemente. Los adolescentes suelen atravesar lo que se conoce como la «fase de experimentación» y luego el uso social en una proporción significativa de ellos -como se expresó en el capítulo 1, apartado 1.2., Tipo de fumadores-, en el que existe un uso irregular pero repetido de consumo de tabaco entre otras adicciones relacionadas con el ocio (Yáñez et al., 2006).

Lo mencionado se halla intrínsecamente relacionado con el concepto de DS que encuentra su origen en la necesidad de la aprobación social. Se trata de la búsqueda por parte de los adolescentes de una evaluación favorable de sus otros significativos (Ferrando & Chico, 2000).

En lo concerniente al ámbito escolar, diversas investigaciones (Arseneault, Bowes & Shakoor, 2010; Copeland, Wolke, Angold & Costello, 2013; Tharp Taylor, Haviland & D'Amico, 2009) indicaron que el *acoso escolar* es un factor de riesgo potencial que facilitaría la aparición de problemas psicopatológicos y consumo de drogas no solo durante la infancia y la adolescencia sino también durante la edad adulta. En la problemática del acoso escolar, en cuanto a los comportamientos de consumo de drogas, existe suficiente consenso con respecto a la comorbilidad bidireccional entre consumo de drogas y dicho acoso, ya sea a raíz del consumo de sustancias o como consecuencia de abusos durante la infancia y la adolescencia (Kaltiala Heino, Rimpelä, Marttunen & Rantanen, 1999; Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders & Best, 1997; Martino, Collins & Ellickson, 2004).

Por otro lado, la mayoría de los estudios sobre esta problemática han indicado que los implicados en acoso escolar, ya sea como víctima-acosador o acosador-víctima, consumen de manera significativa mayor cantidad de drogas que aquellos que no están implicados (Radliff,

Wheaton, Robinson & Morris, 2012). En concreto, de esa investigación se dedujo que las víctimas fueron más propensas al consumo de drogas que los adolescentes que no sufrían acoso.

Otro factor de riesgo es un giro de mucha importancia para el niño/adolescente que se manifiesta entre los 8 y 11 años de edad, aprox, y consiste en la *desmitificación de los adultos de la familia*. Inicialmente el infante idealiza a sus padres y considera que hacen todo bien. Al llegar a esas edades, los niños/adolescentes comienzan a advertir y detectar los errores e incongruencias de los adultos significativos, motivo por el cual necesariamente comienzan a formarse sus propias opiniones, y así se rebelan frente a sus padres y dichos adultos, y los cuestionan (Aberastury, 1971a). En ese momento toman mayor independencia, que es completamente útil y necesaria para desenvolverse en la vida como un ser autónomo y responsable, pero en el otro extremo pueden incurrir en determinados casos en conductas de riesgo como el consumo de tabaco y de otras drogas legales e ilegales (Corbella & Valls, 1993).

En esta línea, Baumrind (1978) concluyó que los estilos de crianza que combinan el control firme pero sin rigidez con la debida explicación razonada de las normas y motivan a los hijos a participar en la toma de decisiones resultan ser los más eficaces en la prevención de las conductas desviadas, incluido el consumo de drogas.

De hecho, se han llevado a cabo investigaciones en la región que arribaron a la conclusión de que el diálogo abierto y la comunicación fluida entre el adolescente y sus padres actúan como factores protectores frente al abuso de alcohol y tabaco (Messoulam & Abal, 2005; Schmidt, Messoulam, Abal & Molina, 2004).

Por el contrario, los estilos autoritarios y permisivos no fomentan la consecución de la autonomía y las responsabilidades personales y, por lo tanto, resultan menos efectivos frente al consumo de drogas por parte de los hijos.

Cuando la *relación familiar es conflictiva*, especialmente con los padres, pueden presentarse experiencias negativas en los adolescentes que facilitan y allanan el camino para el desarrollo de

conductas de riesgo (Castillo, Sanz & Pampliega, 2004). Osorio, Ortega de Medina y Pillon (2004) concluyeron que los problemas en la familia son indicadores de riesgo en el uso y aumento del consumo de sustancias psicoactivas. La familia y las relaciones dentro de ella influyen en la adaptación psicosocial de sus miembros, y desempeñan un rol crucial en el desarrollo de adicciones. Al respecto, Becoña Iglesias (2002) destaca el rol sumamente influyente de la familia en la probabilidad de que el niño/adolescente consuma o no consuma tabaco.

Un dato no menor hace referencia a que el consumo de tabaco por parte de los padres u otros parientes puede crear una dependencia sobre el niño o el adolescente y promover su consumo (Feighery, Borzekowski, Schooler & Flora, 1998; Jackson, 1997). Además, en la etapa adolescente se producen innumerables *identificaciones* (Bandura, 1982) con figuras que él desea imitar por su relevancia en los ámbitos donde el adolescente frecuenta o le gustaría estar, como son personajes del cine, del espectáculo en general, músicos, deportistas, artistas o simplemente sujetos a quien el adolescente admira de la vida cotidiana -parientes, amigos, vecinos, conocidos, etc.-. Como la adolescencia se caracteriza, entre otras cosas, por la búsqueda de la identidad personal, toma en este proceso identificatorio rasgos y/o características de ese/os modelo/s con el fin de seguirlas de manera más o menos consciente (Bandura, 1982). El hecho de que una figura admirada fumase podría derivar en conductas de imitación por parte del niño/adolescente, quien se convertiría, sin tomar plenamente conciencia, en un futuro consumidor de tabaco y probablemente en un ulterior adicto a la nicotina.

### **2.3.- Factores individuales: autoconcepto, emocionalidad y psicopatología**

Con la llegada de la pubertad surgen una serie de transformaciones fisiológicas significativas y vertiginosas que, sumadas al despertar y al empuje de las *necesidades sexuales*, constituyen un escenario que echa por tierra el equilibrio que el niño había logrado, y así se libra una franca

revolución interna de cara a las modificaciones que van a producirse en el terreno psicológico (Aberastury, 1978). El desarrollo del psiquismo, sin embargo, no siempre acompaña al unísono los cambios corporales, y se provoca una desarmonía que, en los casos más extremos, puede acrecentar el desequilibrio y generar otras problemáticas de un significativo nivel de complejidad. Los adolescentes que no pueden sortear debidamente esta crisis que se vivencia como un *duelo* (Aberastury, 1978) pueden alimentar una fantasía de control consumiendo diversas drogas que alivian de manera transitoria su malestar.

El *autoconcepto* se define como un sistema de creencias que el niño de cara a la adolescencia considera verdaderas respecto de sí mismo. Estas son el resultado de un proceso de análisis, valoración e integración de la información proveniente de la propia experiencia y la retroalimentación de los otros significativos (González et al., 2002). Una serie de hallazgos (Marsh & Craven, 2006) ha brindado apoyos para una perspectiva multidimensional y jerárquica del autoconcepto, en el que se conjugan tanto los aspectos descriptivos o cognitivos del niño/adolescente que se corresponden con la autoimagen como los valorativos o afectivos que atañen a su vez a la autoestima y auto valía.

En realidad, se trata de cambios claramente intempestivos que experimenta fundamentalmente el adolescente que, de no transitarse de manera adecuada en tiempo y forma, pueden generar serios inconvenientes en su desarrollo y su posterior vida adulta. De hecho, el salto rápido en la autoestima -típico en las etapas tempranas de la adolescencia- está relacionado con el consumo de tabaco entre niñas (Musitu, Jiménez & Murgui, 2007). En esta línea, González y Berger (2002) hallaron una relación entre la baja autoestima del adolescente con la baja autoeficacia por él percibida, lo que da como resultado un mayor nivel de emociones negativas que se relaciona de manera directa con el consumo de tabaco (González & Berger, 2002).

En el mismo sentido, Olivari y Barra (2005) indicaron que la utilización de drogas por parte de los adolescentes se relacionaría además con una *baja autoestima* o percepción de

competencia. De este modo, el adolescente se refugiaría en el consumo de drogas para utilizar ese tiempo en compañía de amigos y, de esta forma, lograr la aceptación social buscada y mejorar, por consiguiente, su percepción de competencia e imagen personal (Olivari & Barra (2005).

La *inestabilidad emocional* que se manifiesta en este período se debe, entre otros factores, a la búsqueda de la afirmación de su autoimagen (Garaigordobil, 2004; Rodríguez & Torrente, 2003). La ausencia de estabilidad emocional puede derivar en conductas impulsivas y riesgosas típicas de este momento del desarrollo (Join, 1995) como, por ejemplo, consumo de tabaco u otras sustancias adictivas con el fin de mitigar la angustia y sentirse mejor (e.g., Carceller Maicas et al., 2014; Khantzian, 1985).

Esto se vincula con una particularidad psicológica propia del adolescente: el *sentimiento de invulnerabilidad*. Es poco probable, y Grinder (1987) así lo expresa, que un niño o un adolescente, lleno de vida y vigoroso, sienta como propias las consecuencias nocivas del cigarrillo. El adolescente se encuentra en plena expansión de sus posibilidades físicas y mentales, en el apogeo de su actividad social, y no teme de manera consciente afrontar el riesgo del acto de fumar, sino que, al contrario, estas situaciones lo incentivan, lo atraen, lo ponen a prueba y, de esa manera, afirman su autovalía, mal comprendida por supuesto (Grinder, 1987). Esto se debe a que los daños por demás suelen manifestarse en todo su potencial de manera tardía, en el mejor de los casos. Es más, aun teniendo conocimiento de las nefastas consecuencias del tabaquismo, estas le parecerán tan distantes que no le prestará atención a las implicancias negativas que tendrá indefectiblemente para su salud el hecho de consumir tabaco.

Parecería ser que según su percepción -la del adolescente-, la adultez y la vejez están tan lejanas que no las concibe como parte de su vida futura (Grinder, 1987). Sin embargo, fumar un solo cigarrillo provoca obstrucción leve en las vías respiratorias, función pulmonar disminuida y un desarrollo lento del aparato respiratorio de los adolescentes (Gold, 1996). De hecho, la

frecuencia cardíaca de los adolescentes fumadores en reposo es de dos a tres latidos más rápida que la de los adolescentes no fumadores. Se ha demostrado incluso que se pueden detectar los primeros síntomas de enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular en los adolescentes consumidores de tabaco (Jauniaux & Grenough, 2007).

Además, por otro lado, algunos adolescentes se caracterizan por ser *sedentarios*, algo que favorece el incremento y la proliferación de conductas adictivas en esta etapa ontogenética (US.HHS, 1996). A este respecto, las conclusiones a las que se han arribado en diversos trabajos de investigación (Armendáriz Elizondo, Grima Guillén & Ontoso, 2005) sugirieron que habitualmente los adolescentes que practican algún tipo de actividad físico-deportiva enfocada en la diversión se muestran activos, llevan a cabo un estilo de vida saludable y poseen, además, una percepción de sí mismos más positiva. En esa situación, donde lo lúdico y placentero se transforma en el aspecto central de la conducta deportiva, esto se convierte en una motivación intrínseca muy beneficiosa, máxime si se tienen en cuenta una cantidad de estudios (Armendáriz Elizondo et al., 2005) que se sustentaron en la teoría de la autodeterminación por su relación positiva con la persistencia en dicha actividad, debido a que el adolescente concebiría el deporte como un fin en sí mismo, dado que disfruta de esa actividad y no lo hace para conseguir algo a cambio. De esta forma, se mantiene distante de los comportamientos adictivos.

Por su parte, el *tiempo libre* puede ser un disparador de consumo. El consumo de tabaco y otras drogas legales e ilegales podría estar dirigido a reemplazar el aburrimiento o la exaltación provocados por la falta de organización de tareas fuera del horario educativo-académico (Ley & Rato, 2009).

Unas de las propuestas positivas para disminuir estos factores de riesgo es brindarles a los adolescentes desde la etapa escolar la libre elección de la actividad física-deportiva que más se acomode a sus pretensiones con la finalidad de que se convierta en un hábito saludable. Este repertorio de conductas se traduciría a su vez en un escudo que les podría proteger de otros

hábitos o adicciones no sanas como el consumo de otras drogas legales e ilegales y las conductas de riesgo para su integridad psicofísica (Ley & Rato, 2009). Como contrapartida, bajas tasas de ejercicio practicado y consumo de sustancias no saludables repercutirían en una baja autoimagen, y esto último provoca un aumento de emociones negativas, que es un motor para consumir aún más -nicotina, por ejemplo-, con el fin de sentirse mejor (Echeburúa, Salaberría & Fernández Montalvo, 1998).

Sucede que cuando el adolescente comienza a experimentar la sensación de tensión e inestabilidad emocional que provoca la pérdida de control sobre su conducta, esto hace que la percepción de competencia disminuya, y dichos componentes constituyen un factor de riesgo para repetir el consumo. El peligro asociado con esta situación sería que la conducta que se inició como un consumo experimental propio de la adolescencia, y luego el uso social asociado al fin de semana y a los lugares de reunión -discotecas, pubs, etc.- termine convirtiéndose en una adicción. Este circuito desadaptativo podría incrementar la probabilidad de padecer problemas relacionados con el consumo en los años posteriores a la adolescencia y pueden, incluso, aparecer déficits cognitivos asociados con dicho consumo (Carballo, García, Jáuregui & Sáez, 2009).

Gazzaniga y Heatherton (2005) y Gigliotti, Carneiro y Ferreira (2001) indicaron que, en el caso del consumo de nicotina, esta suministra efectos cerebrales de recompensa y de satisfacción inmediata -tan solo en ocho s como se había ya indicado-, por lo que es un causal muy potente para acudir nuevamente a dicho consumo de manera frecuente y peligrosa.

Por otro lado, el ya mencionado consumo experimental, expresado unas líneas más arriba, tiene su génesis en muchos casos en un constructo más propio de la vida adolescente -y fundamentalmente de la niñez-, denominado *curiosidad*. Esta actitud emocional-intelectual-conductual les proporciona a los niños y adolescentes recursos y/o herramientas que los hacen más hábiles y eso mejora las perspectivas de supervivencia. Es más, si la curiosidad es una

compañera durante toda la vida y los sujetos continúan interesados por el mundo que los rodea observando, analizando, explorando y aprendiendo de él, sus cerebros funcionarán mejor, y su calidad de vida será más vigorosa. Por consiguiente, mantendrían la mente activa y joven. Desde la perspectiva positiva, la curiosidad es la capacidad de observar, interesarse y aprender del entorno para favorecer el proceso de adaptación en todo su espectro (Kashdan & Silva, 2009).

En la contracara, como en el caso de las adicciones, estas se inician en muchos casos bajo ese modelo, el de la curiosidad, y este es un factor de riesgo que se debe tener presente cuando de consumos de sustancias se trata en el período niñez/adolescente (Cooper, Wood, Orcutt & Albino, 2003). Estos investigadores ponen de manifiesto que la falta de conocimiento o la información equivocada sobre la naturaleza de las drogas, y fundamentalmente sobre las repercusiones negativas biopsíquicas a corto, mediano y largo plazo de sus consumos, estimula y promueve la curiosidad e impide valorar acertadamente los riesgos. Así, un elevado porcentaje de adolescentes, hoy en día, consideran que el tabaquismo no es una adicción, hecho que se pone de manifiesto al analizar los protocolos confeccionados por los adolescentes convocados para la presente investigación.

En conclusión, debido a las cuestiones ya versadas sobre la niñez en lo que se refiere al consumo de sustancias, sería prudente tomar el constructo «curiosidad» como un potente factor de riesgo también en dicha etapa.

Existen, además, distintas *patologías psicológicas* que pueden favorecer el inicio del consumo de tabaco. Constan sobradas evidencias científicas que concluyeron que el tabaquismo y los trastornos mentales se relacionan (Breslau, Kilbey & Andreski, 1993; Hughes, Hatsukami, Mitchell & Dahlgren, 1986; Laseer et al., 2000). Por ejemplo, se ha asociado el consumo tabáquico a la sintomatología ansiosa (e.g., Lipschitz, 1988; Mae Wood, Iruarrizaga, Itziar, Cano Vindel & Dongil, 2009) y depresiva (e.g., Cervilla, 2004; Covey & Tam, 1990), así como

también a ciertos rasgos de la personalidad (e.g., O'Toole & Torabi, 2001; Spinella, 2005; Zuckerman & Kuhlman, 2000).

En lo que concierne a la DS y su relación con el consumo de tabaco, si bien no se pudieron identificar estudios específicos al respecto, los investigadores De La Villa Moral Jiménez, Rodríguez Díaz y Sirvent Ruiz (2006), coincidieron en informar que la DS -entre otras actitudes- predice en jóvenes las actitudes y predisposiciones al consumo de diferentes sustancias psicoactivas.

En los capítulos posteriores, se profundizará sobre el conocimiento pasado y más reciente sobre dichas relaciones.

Por otro lado, se ha podido observar en distintos casos clínicos (Wilens, Spencer & Biederman, 2003) una frecuencia ligeramente mayor a presentar consumo de algún tipo de sustancia cuando el adolescente tiene diagnóstico de *trastorno por déficit de atención con hiperactividad* (TDAH) que cuando no. El riesgo se duplica cuando el TDAH no se trata oportunamente (Wilens et al., 2003). A este respecto, los investigadores Kollins, McClernon y Fuemmeler (2005) sostienen que, en niños y adolescentes, la relación entre TDAH y tabaco es lineal, ya que haber tenido estas condiciones en la infancia-adolescencia incrementa la probabilidad de ser fumador regular en la vida adulta.

Por su parte, Macía (2000), indicó que las experiencias de *aislamiento y soledad* pueden conducir al adolescente a que comience a consumir sustancias nocivas como el tabaco para atenuar, de alguna manera, su angustia por incomunicación. En esta línea, los investigadores Lai et al. (2001) han indicado que en presencia de angustia por soledad y síntomas de depresión, los fumadores consumen más tabaco para poder atravesar esa experiencia.

Rodríguez y Santamaría (2007), por otro lado, demostraron con sus hallazgos que el consumo de tabaco en los adolescentes se vincula con ciertos comportamientos de riesgos, como los conflictos con figuras de autoridad, la participación en peleas en general y la participación en

relaciones sexuales no protegidas, con las nefastas consecuencias que esta última conducta implica en estos tiempos que corren.

Además de estas conductas, otros factores como la toma de decisiones, *baja autoeficacia* y pobres HH. SS. -como se indicó precedentemente- pueden estar asociados negativamente al consumo continuado de tabaco (Botvin & Botvin, 1992; Carvajal, Wiatrek, Evans, Knee & Nash, 2000).

Caballo (2002), por su parte, indicó que la falta de las citadas HH. SS. pueden contribuir a la adicción en general, fundamentalmente por medio del uso de las drogas como recurso que parece favorecer al consumidor en diversas experiencias interaccionales. En el caso de los fumadores, por ejemplo, a menudo afrontan dichas situaciones -que consideran más complejas- haciendo uso del cigarrillo, en lugar de expresar un comportamiento asertivo (Caballo, 2002).

Anteriormente, Del Prette y Del Prette (2001) ya habían demostrado que existe una relación directa entre el bajo índice de las HH. SS., como, por ejemplo, las dificultades y los conflictos en las relaciones interpersonales, el deterioro en la calidad de vida y los diferentes tipos de trastornos psicológicos, con el consumo de drogas, la nicotina entre ellas.

Posteriormente, los investigadores Gurpegui et al. (2007) concluyeron, de acuerdo con sus estudios, que los sujetos consumidores de tabaco poseen tendencias a experimentar problemas de conducta, dificultades de aprendizaje y menor rendimiento escolar en el caso de los niño/adolescentes.

Uno de los problemas conductuales más trascendentes que se relacionan con el párrafo anterior es la *impulsividad* -más en los adolescentes- ya que, de acuerdo con distintos investigadores, ha quedado demostrado en sólidos hallazgos que existe una mayor tendencia a la impulsividad en fumadores que en no fumadores (Doran et al., 2009; Zuckerman & Kuhlman, 2000).

### **3. CAPÍTULO - 3: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

La vulnerabilidad asociada a la etapa del ciclo vital de la adolescencia conlleva un alto riesgo de desarrollo de sintomatología psicológica como ansiedad y depresión, rasgos disfuncionales de la personalidad, la denominada DS, entre otras psicopatologías (OMS, 2003b). La OMS (2001), de hecho, indicó que los trastornos de ansiedad (TA) y los trastornos depresivos (TD); son los más prevalentes; se calcula que más del 20% de la población general sufrió algunos de ellos en algún momento de sus vidas.

Los niños y adolescentes experimentan ansiedad y depresión en sus respectivos períodos evolutivos al igual que los adultos, lo que representa una problemática frecuente que se ha incrementado en la última década (Cano Vindel et al., 2009). Es más, en el mundo académico existe un amplio consenso acerca de que los TA son los trastornos psiquiátricos más comunes en los períodos de la niñez y la adolescencia (Cía, 2007). Por otro lado, existe evidencia (Brent & Birmaher, 2002) de las consecuencias a largo plazo de los TA y TD en la niñez/adolescencia y su continuo en trastornos psiquiátricos en la edad adulta.

#### **3.1.- Ansiedad**

La ansiedad es la más común y universal de las emociones que coloca al sujeto en una situación de alerta (Cía, 2007). Es sinónimo de preocupación, congoja, desasosiego frente a acontecimientos futuros o situaciones de incertidumbre. Se vivencia como la anticipación temerosa de peligro inminente acompañada de un sentimiento intenso y displacentero y/o de síntomas físicos.

Sucede que cuando el sujeto experimenta una situación estresante o procesa la información de una manera sesgada (Eysenck, Mogg, May, Richards & Mathews, 1991), por lo general, como resultado surgirá el estado de ansiedad que lo coloca en la actitud de afrontar activamente la

situación. Es posible que un porcentaje de sujetos no valoren la situación como amenazante, no siendo esta conducta suficiente para impedir y/o frenar una alta activación fisiológica (Cano Vindel et al., 2009).

La respuesta ansiosa consiste, entonces, en una serie de anticipaciones subjetivas, respuestas conductuales y fisiológicas recursivas que llevan al sujeto a un estado de impaciencia que continuará hasta tanto no se resuelva esa situación (Hyman & Rudorfer, 2000).

En esta línea, según Cano Vindel (2003b), el estado de ansiedad despliega una trilogía que involucra una manifestación cognitiva, fisiológica y motora o conductual, que se inicia frente a la eventualidad de que en una determinada experiencia se obtenga un resultado negativo o no deseado.

Desde el punto de vista *cognitivo* la ansiedad «normal» se manifiesta en pensamientos o sentimientos de preocupación, miedo, temor o amenaza, mientras que la ansiedad psicopatológica se vivencia como una catástrofe inaplazable -amenaza magnificada- y se puede experimentar como desórdenes de pánico generalizados.

Desde el aspecto *fisiológico* se produce un incremento en la actividad del sistema nervioso somático y en el sistema nervioso autónomo, así como también parte de la activación de la actividad neuroendocrina del SNC. El resultado de este incremento puede producir aumentos en la actividad electro dérmica, cardiovascular, la frecuencia respiratoria y el tono músculo-esquelético con lo cual la sensación de control tiende a estar amenazada (Cano Vindel et al., 2009).

Por último, las respuestas *motoras/conductuales* se modifican por los incrementos de las respuestas cognitivas y fisiológicas ya descritas. Dichas respuestas, han sido divididas por las modificaciones que se presentan en respuestas directas e indirectas. Las primeras incluyen inquietud motora, tics, tartamudeo, gesticulaciones innecesarias, etc. Las indirectas, por su parte,

se refieren a las conductas de escape o evitación (*National Institute of Mental Health* [NIMH, por su sigla en inglés], 2009).

En este sentido y con especial dedicación a la adolescencia, Mardomingo (2004) destacó que desde la vertiente motriz la ansiedad se manifiesta en ciertas ocasiones como una imposibilidad de permanecer sentado, y en otras, con menor frecuencia, se traduce en inhibición motriz, con dificultad del adolescente para hablar o moverse. Indicó además que los síntomas de ansiedad frecuentemente afectan lo somático y pueden aparecer manifestaciones de palidez, temblores y sudoración que perturban habitualmente a todos los sistemas, especialmente el digestivo y la piel.

Por otro lado, se afirma a menudo que el tipo de vida de la sociedad actual urbanizada, tecnológica y competitiva genera altos grados de ansiedad. Sin embargo, la ansiedad ha acompañado al hombre en todas las épocas y es impensable la vida sin ella (Cía, 2007). De hecho, cierto grado de ansiedad está siempre presente en la vida cotidiana de todas las personas.

Como se indicó precedentemente, existe una ansiedad «normal» (Spielberger, Pollans & Wordan, 1984) ligada a las situaciones que se viven que cumple una función de cierto acomodamiento y/o preparación para que el sujeto pueda ejecutar determinadas acciones o alertas oportunas frente a posibles amenazas. En el otro extremo, la ansiedad puede ser patológica cuando no se presenta como respuesta acorde y pertinente frente a un estímulo o si su intensidad y duración exceden de los límites aceptables. En ese escenario, entonces, la ansiedad pierde su función de adaptación y se transforma en una dificultad para el sujeto (Spielberger et al., 1984).

En pos de una mayor claridad sobre el constructo ansiedad, se enfatiza que el miedo y la ansiedad son habitualmente términos relativamente intercambiables, pero la ansiedad cuando pierde su función de adaptabilidad se transforma en un miedo patológico (Mardomingo, 1994) dado que se desencadena por una circunstancia no bien justificada, o bien si esta existe, la

respuesta es desproporcionada al estímulo que se presentó. La ansiedad patológica a diferencia del miedo/ansiedad, no sirve como mecanismo de defensa adaptativo y provoca estados emocionales desagradables, acompañados de cambios físicos -taquicardia, enrojecimiento facial, ahogo, etc.- y un deseo imperioso de resolución de la experiencia que se está atravesando (Spielberger et al., 1984).

En esta línea, otro elemento no menos importante es la llamada sensibilidad a la ansiedad (SA), conceptualizada en el año 1985 por Reiss y McNally como el miedo a la ansiedad o a los síntomas vinculados a ésta. Existe evidencia que asocia la SA con la tendencia a sentir miedo intenso (Reiss, Gursky, Peterson & McNally, 1986). En tiempos más recientes, Clark y Beck (2012) señalaron que la SA representa un factor de vulnerabilidad de la personalidad donde los aspectos cognitivos adquieren una notoriedad destacada en relación con los TA.

Las personas que presentan una elevada SA demuestran una amplificación en sus repertorios de respuestas ante los estímulos que la provocan y viven dichos síntomas de manera substancialmente aversiva (Reiss, et al., 1986). La SA constituye una disposición a desarrollar ansiedad donde no es necesaria la experiencia previa de la ansiedad o el pánico para su propio desarrollo. La SA se ha considerado como una causa de debilidad ante posibles trastornos emocionales (Reiss & McNally, 1985).

Por otro lado, desde la perspectiva del sujeto consumidor de tabaco, existen evidencias respecto del papel que juega la SA. La presencia de tal constructo es un factor que incrementa el consumo de tabaco y la dependencia a la nicotina (Zvolensky, Kotov, Bonn Miller, Schmidt & Antipova, 2008).

Por último, en términos generales, la ansiedad «normal» es menos acentuada, más ligera y no conlleva una reducción de la libertad personal. En el otro polo, la ansiedad patológica, elemento nuclear de los TA, es desproporcionada con las experiencias o se manifiesta en ausencia de cualquier peligro tangible, es más corporal, compromete el normal funcionamiento del sujeto, le

provoca un déficit funcional y un malestar que lo impulsa la mayoría de las veces a pedir ayuda médica.

### 3.1.1.- Síntomas patológicos de ansiedad

Se aclara que en relación con las sintomatologías de las variables inherentes a la investigación en curso se expondrán aquellas relativas a estos síntomas.

La ansiedad patológica se identifica por distintos síntomas característicos (APA, 2013). Uno de los más representativos es la *inquietud o sensación de estar atrapado y/o muy alterado* (Mardomingo, 2004). Cuando afloran estos síntomas en los sujetos se produce una serie de diálogos internos negativos -*pensamientos irracionales, dañinos, nocivos, etc.*- que contaminan de forma perjudicial el equilibrio psicofísico necesario para sostener un estado de armonía y/o llevar a cabo una determinada tarea. Lo que se gesta es una interferencia entre lo que útilmente se debe hacer y sus *pensamientos improductivos* que en realidad la mayoría de las veces carecen de importancia (Mardomingo, 2004).

La *inquietud* (Hyman & Rudorfer, 2000) puede referirse a una sensación de preocupación por algún posible problema o dificultad. Por ejemplo, estar esperando una respuesta de alguien y preocuparse desproporcionadamente por la tardanza de la misma. También puede darse el caso de *preocuparse en demasía* por cuestiones sin importancia real o por las conductas de otros de manera insistente.

La *sensación de estar atrapado y/o muy alterado* (Ruiz Sancho & Lago Pita, 2005) por su parte, puede presentarse frente una situación que el sujeto no sabe cómo resolver y en cambio de buscar posibles opciones/soluciones se bloquea, se paraliza, no puede pensar claramente sobre el problema en cuestión y los sostiene de manera rumiante. Otra forma de sentirse atrapado es estar en un lugar determinado y comenzar a pensar que le resultaría difícil salir, surge allí entonces el temor de quedar atrapado y la desesperación de escapar al aire libre de inmediato (Ruiz Sancho & Lago Pita, 2005).

En estos tiempos, sucede a menudo que un sujeto puede perder su estado de *calma, equilibrio, tranquilidad y/o seguridad* por distintas razones como ser: querer cambiar el estado de los hechos, no lograr sus objetivos fijados, vivenciar determinadas experiencias tales como *disgustos, insatisfacciones, desengaños y/o traumáticas*, entre otras. Si la persona siente o piensa que no posee los recursos necesarios como para afrontarlas, se disparan alarmas que lo *atemorizan* y aflora un estado general de *tensión* en el sujeto que pueden lograr *aturdirlo* - estando ya presente y patente la sintomatología ansiosa- y que no puede controlar debidamente, lo que transforma dichas vivencias en serios escollos emocionales (Mardomingo, 2004).

La *falta de confianza* en uno mismo es otro de los síntomas ansiosos y uno de los ejes del constructo autoestima. Un estudio sobre la franja etaria adolescente como el de Garaigordobil, Cruz y Pérez (2003), señalaron que existe una relación negativa directa entre la sintomatología ansiosa y la baja autoestima, y se considera a la ansiedad como un factor predictor de dicha relación.

La baja autoestima genera además *inseguridad, incertidumbre e indecisión*, entre otros estados mentales, frente a situaciones donde se deben poner en juego las potencialidades y cualidades personales para resolverlas adecuadamente (Garaigordobil, et al., 2003).

Se recuerda que en el capítulo 2, Adolescencia, en el apartado 2.3., se mencionó la relación estrecha entre autoestima, autoconcepto, autoimagen y auto valía.

En lo que respecta a las relaciones interpersonales, existen sujetos que poseen serias dificultades al momento de ponerlas en práctica. Dichas dificultades se encuentran vinculadas con una gran variedad de problemas psicológicos y conductuales. Dentro de los primeros se encuentra la denominada ansiedad social (Del Barrio, Martín, Almeida & Barrios, 2003). Prefieren *evitar* -síntoma patognomónico del espectro ansioso- esas situaciones dado que los sujetos se perciben como *fuera de lugar, incómodos*, no desean estar ahí (Del Barrio et al., 2003).

El concepto de evitación se despliega con virulencia en la sintomatología fóbica, la cual se manifiesta como un temor irracional y desproporcionado al estímulo que se presenta y que en realidad no conlleva ninguna amenaza real para el sujeto, lo que desencadena todo un cuadro de descarga adrenalínica cuya intensidad no puede controlar y lo empuja a alejarse y/o evitar al estímulo fóbico (Del Barrio et al., 2003).

La *infelicidad*, por su parte, es uno de los síntomas que con más frecuencia se presenta en los sujetos ansiosos. Las personas que manifiestan de manera asidua estados de ánimos negativos -la ansiedad entre ellos- y *pensamientos no saludables*, perciben su propia existencia y el mundo que los rodea en general como *amenazantes*, y desencadenan sentimientos de infelicidad y *malestar* clínicamente significativo (Fredrickson, 2001).

Otro síntoma ansioso característico resulta ser la *fácil fatigabilidad* (Cía, 2007). Luego de un esfuerzo, ya sea mental o físico, el sujeto se encuentra *agotado* o *cansado* de manera rápida. Puede darse también en situaciones donde la persona advierte el sufrimiento de otro y siente un cansancio no habitual. Ocasionalmente, dicho cansancio puede manifestarse como una molestia o dificultad al respirar. Así es que la resistencia frente a situaciones complejas es muy limitada y conlleva cansancio psicofísico.

Por otra parte, los sujetos con TA suelen tener altos grados de *irritabilidad* o *nerviosismo* (Hyman & Rudorfer, 2000). Esto se relaciona con un cambio en la homodinamia del organismo, ya sea por un estímulo interno o externo, que causa que el sujeto reaccione de manera no convencional. Puede ser un enojo, conductas agresivas tanto para el sujeto como para sus semejantes y/o reacciones desproporcionadas de rabia. La irritabilidad puede llegar a dificultar el juicio de la persona y la razonabilidad puede verse afectada. La interacción social consigue dañarse frente al tipo de respuesta que emite el sujeto irritado. Tal es así que le es difícil mantener un diálogo funcional con sus otros semejantes y cualquier estímulo por más

insignificante que sea, logra que pierda su *estabilidad*, se *descontrole* y/o *agite* y se descargue gritando, golpeando algún objeto, etc. (Hyman & Rudorfer, 2000).

La *ansiedad anticipatoria* es otro de los síntomas que frecuentemente se presenta en los sujetos con características ansiosas. La misma se desencadena e incrementa frente a lo desconocido, ante la *incertidumbre*, sucede que estas personas son incapaces de comprender o de lidiar con el hecho de que, en determinadas circunstancias, simplemente no se puede saber lo que ocurrirá y no podrá controlarse. Ante este escenario el sujeto se centra en predicciones catastróficas y se impone invariablemente el polo extremo más negativo de todas las posibilidades (Mardomingo, 1994).

En lo que respecta a las HH. SS., los investigadores Newman et al. (2011) han manifestado que los sujetos con sintomatología ansiosa presentan habilidades sociales deficitarias. Sucede que ellos despliegan ciertos sesgos cognitivos que dificultan un positivo despliegue de las HH. SS., en consecuencia, en determinadas situaciones no pueden llevar a cabo estrategias, métodos y/o sistemas que facilitarían la resolución de sus problemas. Las soluciones intentadas fracasadas desencadenan *sentimientos de fracaso* en el sujeto y causan que actúe de manera negativa y recursivamente con una sintomatología ansiosa (Newman et al., 2011).

Otro de los sesgos cognitivos que puede presentar un sujeto con sintomatología ansiosa es el denominado *sesgo interpretativo*, que lo lleva a pensar que muchos de sus otros semejantes poseen mejor vida que él en cuanto al disfrute en general; que otros llevan una vida más alegre, distendida, saludable, un mejor pasar, etc. Esto gatilla sentimientos de conmiseración con él mismo que no hacen más que sostener y profundizar dicha sintomatología (Bar Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans Kranenburg & Van, 2007).

El sujeto ansioso también posee *dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco* (Cía, 2007). La concentración mental es un proceso psíquico que se lleva a cabo a través del razonamiento. Consiste en estar de manera voluntaria centrado en un quehacer, pensamiento u

otra actividad psíquica, prestando toda la atención necesaria para la situación imperante. Para ello, se deben dejar al margen todos los distractores tanto internos como externos para utilizar en todo su potencial la energía disponible. Los distractores internos pueden ser pensamientos, imágenes, recuerdos, elucubraciones, razonamientos, diálogos internos, molestias físicas, etc. Por su parte, los distractores externos pueden ser cuestiones ambientales como la temperatura o la humedad, ruidos molestos, interrupciones, etc.

No lograr tener la mente en blanco conlleva las mismas consecuencias que la falta de concentración. Es la imposibilidad de estar relajado dado que la mente se encuentra en estado rumiante y *perturbador* producto de la sintomatología ansiosa (Mardomingo, 1994).

Se enfatiza que los trastornos de ansiedad producen por lo general *alteraciones del sueño* -inconvenientes para conciliar o mantener el sueño-, o bien la sensación al despertarse de haber conciliado un sueño no reparador (Chóliz, 1999). En el contexto de los TA, al parecer el insomnio es un síntoma natural. El insomnio es la incapacidad del individuo para obtener la cantidad de sueño necesario y para despertarse fresco y descansado. Se define por la calidad del sueño y la sensación de descanso posterior; no depende tanto del número de horas que se pudo dormir, sino que se trata de un valor cualitativo. El insomnio se convierte en algo crónico si esta condición de no descanso y desvelo se presenta todas las noches durante un tiempo considerable. Es que no poder descansar bien y plácidamente trae como consecuencia mal humor, irritabilidad, fatiga, falta de concentración, problemas fisiológicos y malestar general (Chóliz, 1999).

En las personas que padecen ansiedad pueden presentarse distintas anomalías del sueño, como, por ejemplo, dificultad para conciliar el sueño a pesar de estar cansado, despertarse frecuentemente durante la noche, problemas para volver a dormirse cuando se despierta, despertarse muy temprano por la mañana y somnolencia diurna entre otras (Chóliz, 1999).

En conclusión, dentro de los síntomas ansiosos se circunscribe la *tensión muscular* (Ruiz Sancho & Lago Pita, 2005). Esta tensión, también conocida como *tensión muscular residual* o

*tono*, es la contracción parcial, pasiva y continua de los músculos. Cuando el sujeto se encuentra sometido a grandes cantidades de estrés por un tiempo, esa experiencia se convierte en ansiedad. En esta situación, entonces, el organismo se confunde, no distingue entre el *estrés* de estar frente a una fiera o la entrega de un trabajo atrasado, por ejemplo. Las señales que se le envían al cuerpo independientemente de la situación son las mismas y se le está indicando que se encuentra frente a una situación demandante, aflorando los recursos innatos y/o aprendidos que generalmente son insuficientes -por todo lo ya expresado- para resolver adecuadamente cada situación.

La diferencia consiste en que, al no haber una amenaza real, estos síntomas son muy confusos para la persona y el cuerpo encuentra mayor dificultad para relajarse nuevamente. Estar estresado continuamente mantiene al organismo al límite, hace que esta contracción muscular se sostenga por más tiempo del habitual y produzca con el correr de los días molestias, dolor y ciertos problemas de movilidad (Mardomingo, 2004). En muchas ocasiones, estos nuevos síntomas colaterales no hacen más que sumarse a la ansiedad previa (Cía, 2007).

### *3.1.2.- Criterios para el diagnóstico de ansiedad*

En las prácticas clínicas en general se advierten que existen dificultades diagnósticas para los TA entre los médicos de salud mental. Es por ello que se debe prestar especial atención a lo enunciado por la APA (2013), en el DSM-5.

El diagnóstico de un TA resulta principalmente de la presencia de ansiedad y preocupación excesiva en el individuo sobre un amplio espectro de actividades que se prolonga por más de seis meses. Se hace difícil para la persona que experimenta ansiedad dominar el curso permanente de preocupación. Para su diagnóstico deben estar presentes tres o más de los seis síntomas que se enumeran a continuación por un lapso de al menos seis meses en adultos y solo uno en niños: 1) inquietud o sensación de estar atrapado o muy alterado; 2) fatigabilidad fácil; 3) irritabilidad; 4) tensión muscular; 5) dificultad en la concentración o tener la mente en blanco; 6) alteraciones del

sueño. Además, se evalúa si los síntomas mencionados ocasionan malestar clínicamente significativo o deterioro en el trabajo, en el grupo social y en las áreas en las que generalmente interactúa el sujeto; siempre que no se deban a una enfermedad médica o a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, así como tampoco cuando se manifiestan de manera exclusiva en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno generalizado del desarrollo (TGA) o un trastorno psicótico.

De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013), los TA comprenden los siguientes tipos: TA por separación (TAS), fobias específicas (FE), TA social (fobia social [FS]), trastorno de pánico (TP), agorafobia (AF), TA generalizado (TAG), TA inducido por sustancias (TASU), TA debido a otra afección médica, otro TA especificado (TAE) y TA no especificado (TAnoE).

### *3.1.3.- Medidas que operacionalizan los síntomas de ansiedad*

Para poder efectuar el diagnóstico de ansiedad, además de realizarse una evaluación clínica con múltiples herramientas, los psicólogos cuentan con una variedad de instrumentos psicométricos destinados a la operacionalización de la sintomatología ansiosa. Se pueden destacar, por ejemplo, el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982), la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS; Hamilton, 1969) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck & Robert, 2011), entre los que más se utilizan.

- El STAI es un instrumento cuya finalidad es evaluar la sintomatología ansiosa y la predisposición del sujeto de cara al estrés. Su utilidad alcanza a la población general, adultos con o sin alteraciones psiquiátricas, así como también a los adolescentes en etapa escolar de estudios medios y superiores.

Se trata de un instrumento de 40 ítems dispuestos en una escala Likert con cuatro opciones: «nada», «un poco», «bastante» y «mucho»; 20 de los cuales evalúan la ansiedad/estado (AEdo) -especificada como la ansiedad en un corte temporal-transversal en la corriente emocional del sujeto- y los 20 restantes contemplan la ansiedad/rasgo (AR) -un patrón de comportamiento con

tendencia relativamente estable temporalmente que establece diferencias individuales en las reacciones ansiosas-. La versión original es de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982), pero, a su vez, se dispone de una versión local -adaptación para la Argentina por de Leibovich de Figueroa (1991)- que cuenta con una estructura bifactorial: uno de los factores indaga sobre el bienestar en el cuerpo y otro factor lo hace sobre la ansiedad cognitiva y fisiológica. Como se utilizó en esta tesis, se profundizarán las cualidades de este instrumento en el capítulo 6, apartado 6.3.3.

- El HAS es una escala hetero-administrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de cero a cuatro puntos cada ítem y valora tanto la intensidad como la frecuencia de cada ítem. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad somática y ansiedad psíquica. Se recomienda distinguir entre ambas a la hora de valorar los resultados. La versión original estuvo a cargo de Hamilton (1969).

Inicialmente (1959) este instrumento constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se transformaron en dos, quedando reducido a 13. Luego, en 1969, Hamilton dividió el ítem «síntomas somáticos generales» en dos: «somáticos musculares» y «somáticos sensoriales», por lo que finalmente se cuentan 14 ítems. Esta última versión es la más administrada en la actualidad. Su objetivo es estimar el nivel de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados. Según Hamilton, no debe emplearse para medir la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales -específicamente desaconsejado en situaciones de obsesión, agitación, depresión, demencia, histeria y esquizofrenia-. Es por ello que para diversos trabajos de investigación donde no se realizaron evaluaciones previas y se llevará a cabo una sola administración, se recomienda no utilizarla (Hamilton, 1969).

- El BAI, cuyo nombre original es *Beck Anxiety Inventory* -sus autores Beck, Norman, Epstein, Brown y Robert (1988)-, cuenta con una última revisión del *test* en su adaptación española (Beck & Robert, 2011). Es un breve cuestionario auto administrable, con gran aceptación por parte de la comunidad científica y aplicada que se utiliza para medir ansiedad en

adultos y adolescentes. Sus áreas de aplicación son: psicología clínica, educativa, del deporte, forense y neuropsicología. Se trata de un cuestionario de opciones múltiples de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en los grupos etarios mencionados. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad; es una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión. El BAI solo necesita un nivel básico de lectura para realizarse, se puede utilizar con personas que tienen discapacidad intelectual, se completa en un breve lapso de entre 5 y 10 min con un formulario de papel y un lápiz. Debido a la relativa simplicidad del inventario, también puede ser administrado de manera verbal para personas con discapacidad visual. Puede ser administrado por para profesionales, pero debe utilizarse e interpretarse exclusivamente por profesionales con la formación y experiencia clínica pertinente.

No obstante lo mencionado, a pesar de que el BAI fue diseñado para reducir al mínimo su superposición con las escalas de depresión, como el BDI, los análisis demuestran que la media de las correlaciones entre BAI y BDI es 0.53, lo que indicaría que ambas pruebas no son del todo independientes. No parece entonces que se pueda discriminar adecuadamente entre desórdenes de ansiedad y depresiones ansiosas. Piotrowski y Gallant (2009), recomiendan una futura revisión para modificar tal anomalía.

### *3.1.4.- Prevalencia del trastorno de ansiedad*

Durante los años 2001 a 2003, Kessler y Ustun (2004) llevaron adelante una investigación compuesta por 15 estudios en 14 países de América, Europa y Asia. En este trabajo, realizado sobre un total de sesenta mil adultos, los TA resultaron ser los más frecuentes problemas psicológicos que tratan los médicos de atención primaria en la mayoría de los países, con una prevalencia de 2.4% a 18.2%. Estos datos son coincidentes con un estudio posterior llevado a cabo por los investigadores Vera Villarroel, Celis Atenas, Córdova Rubio, Buena Casal y Spielberg (2007).

Por otro lado, especialistas en general de todas estas regiones indicaron que se habían incrementado considerablemente las consultas por ataques pánicos, TAG y otros TA (Ríos, 2009).

No obstante, a pesar del porcentaje alarmante en cuanto a morbilidad, los TA son infra diagnosticados y no tratados adecuadamente (Kessler & Ustun, 2004). Cerca de la mitad de los pacientes con TA del mencionado estudio no había sido diagnosticada por su médico de familia.

En la población adolescente de la Argentina, se estima que los TA afectan a entre el 10% y el 12% de este grupo del ciclo vital (OMS, 2001). En un estudio posterior llevado a cabo en la provincia de Corrientes, Argentina (Czernik, Dabski, Canteros & Almirón, 2006), sobre TA en adolescentes entre 14 y 20 años, se determinaron prevalencias de un 11% de ellos. Además, comprobaron la comorbilidad de síntomas ansiosos con síntomas depresivos: de un total de 12 pacientes con ansiedad grave, 10 presentaban depresión grave (83%), y los otros dos restantes coexistían con depresión moderada (17%). A su vez, de los 26 adolescentes con ansiedad moderada; cinco presentaban depresión grave (19.2%), 12 con depresión moderada (46.2%), y nueve, depresión leve (34.6%).

Anteriormente, Serfaty, Zavala, Masaútis y Foglia (2001), habían realizado un estudio sobre los TA en adolescentes de la provincia de BS el cual arrojó una prevalencia del 26.6% de los entrevistados. En lo que respecta específicamente a la CABA, una investigación (MSN, 2015) sobre los TA en adolescentes entre 10 y 21 años del Consejo Nacional del Menor y la Familia, donde se examinaron a 522 adolescentes a los cuales se les administró el *Present State Examination* del SCAN (*Schedules for Assessment in Neuropsychiatry*) y un cuestionario con preguntas sobre antecedentes personales, familiares y del entorno, se detectó la presencia de TA en el 26.6% de la población entrevistada. Este dato se relaciona con los estudios previos que había llevado adelante Navarra (2001), en los cuales, sobre la base de una serie de estudios de los

TA, indicó que en la CABA, dado el sub diagnóstico, la cifra de los TA podría incrementarse hasta un 25%.

En otras localidades del país los resultados de prevalencia en TA fueron significativamente menores con muestras similares; por ejemplo, en la provincia de Corrientes se halló una presencia de TA del 11% como ya se mencionó (Czernik et al., 2006) y en Santa Fe se detectaron el 7.74% de TA (Alcmeon, 2005).

Es interesante advertir que en esta región se replica lo observado oportunamente por los investigadores Barlow y Durand (2001); Cascardo y Resnik (2005); Cía (2007), los cuales indicaron, como se manifestó precedentemente, que la presencia de síntomas ansiosos suele variar de acuerdo con distintas variables sociodemográficas y económicas. Por ejemplo, Agudelo Vélez, Casadiegos Garzón y Sánchez Ortiz (2008) hallaron que las mujeres tenían mayor tendencia a presentar tanto síntomas ansiosos como depresivos en mayor medida que los hombres.

### *3.1.5.- Consecuencias vinculadas a la sintomatología ansiosa*

Los estados de ansiedad intensos y crónicos pueden gestar inconvenientes paulatinamente en la salud mental, física, comportamental, interaccional y laboral de los sujetos, incluidos los adolescentes, que se manifiestan en distintas partes del soma (Cano Vindel, 2003b). La sintomatología ansiosa se vincula también con los accidentes que puedan sufrir sus portadores (López Araujo & Osca Segovia, 2009) y en las alteraciones del rendimiento diario en las distintas áreas que opera la persona (González, Donolo & Rinaudo, 2009).

Desde lo *cognitivo*, los sujetos con sintomatología ansiógena presentan generalmente numerosas preocupaciones basadas en percepciones inadecuadas de las demandas del entorno y en una subestimación de sus habilidades para afrontarlas (Kendall et al., 1997). Al suceder esto, específicamente en adolescentes, sucede que no exploran debidamente su entorno y su nivel de

curiosidad queda restringido a muy pocas experiencias, con lo cual el alcance de su mapa cognitivo se reduce notablemente.

Por otro lado, cuando está presente la sintomatología ansiosa se podrían llegar a producir errores o distorsiones cognitivas (Beck, Freeman & Davis, 2005) que se consideran de ese modo dado que se expresan como inferencias ilógicas que sobre enfatizan la información negativa en desmedro de los aspectos positivos o ambiguos de una situación. En este estado, se producen desajustes tanto a nivel perceptivo -no solo en cuanto al tiempo y al espacio, sino respecto al otro semejante y al sentido de los diferentes sucesos- como sobre la resolución de problemas. Se origina además una merma en el tiempo de reacción y en el aprendizaje en general, y también se dificulta llevar a cabo tareas complejas (Beck et al., 2005). En muchos casos, se presenta una disminución en la calidad y capacidad de la memoria a corto plazo o de trabajo, y se estrecha considerablemente la posibilidad cognitiva de realizar asociaciones entre hechos y conceptos y el aprendizaje en general (Beck & Emery, 1985).

Por su parte, Mardomingo (2004) indicó que los problemas de memoria y la lentitud del pensamiento son propios de la etapa adolescente, no obstante, al sumarse estados de ansiedad recurrentes es muy probable que puedan instalarse los sentimientos de despersonalización y desrealización. Los primeros conllevan un sentimiento de extrañeza respecto del propio yo, como si el adolescente se sintiera vacío. En la desrealización por su parte, su mundo circundante se percibe como si no existiera, como si no fuera real y no tuviera vida.

La sintomatología ansiógena también actúa sobre las creencias racionales donde su influencia las transforma en creencias irracionales arraigadas (Ellis, 1987b). En estos casos, el cotejo de la información puede presentar deformaciones sistemáticas de la percepción y de la atención, entonces, se producen distorsiones variadas (Ellis, 1987b). Es posible además que emanen parcialidades tanto a nivel cognitivo como atencional y del juicio en todos los espectros de esta sintomatología, aunque el contenido de éstas difiera según cada trastorno.

Las parcialidades cognitivas se asientan en la selección y en el procesamiento no fehaciente de la información emocional.

Las tendencias en el proceso atencional de los sujetos ansiosos se circunscriben al material amenazante para luego evitar su codificación en la memoria. Las parcialidades atencionales están dadas por los efectos de interferencias que se producen cuando los pensamientos ansiosos están presentes: el típico ejemplo es la imposibilidad de concentrarse en algo específico.

Por último, la parcialidad del juicio refiere a que los sujetos ansiosos tienden por lo general a una alta evaluación del riesgo personal, lo cual infaliblemente lleva a la experiencia de ansiedad y a un incremento de la disponibilidad de la información amenazante (Craske & Pontillo, 2001).

En lo que concierne a los *aspectos físicos*, la sintomatología ansiosa produce un cúmulo de ácido láctico en los músculos, se incrementa el tono muscular y la persona comienza a sentir dolor de diversas intensidades en diferentes partes del cuerpo como, por ejemplo, en la espalda, en el cuello, en la nuca y en el pecho, entre otros (Kandel, Schwartz & Jessell, 1991).

El hipotálamo por su parte, que forma parte del sistema límbico y que es afectado por la sintomatología ansiosa, produce desequilibrio en la temperatura corporal. Se manifiestan alteraciones en el sistema neurovegetativo, puede modificarse el peso corporal y el apetito, se generan desequilibrios en la etapa del sueño y dificultades en la sexualidad y en los períodos menstruales (Kandel et al., 1991).

Desde la perspectiva *comportamental o motora*, uno de los fenómenos más estudiados ha sido el denominado bruxismo. Un estudio realizado al respecto por los investigadores Sutin, Terraccian, Ferrucci y Costa (2010) ha llegado a la conclusión de que los síntomas de ansiedad pueden producir acciones mandibulares durante los estados tanto de vigilia como de sueño y desembocan en un malestar significativo de quien lo padece. Advirtieron además que la ansiedad puede modificar el sistema masticatorio, lo cual produce deterioro dentario y contracturas de los músculos involucrados en este sistema.

Jiménez y Daniel (2001), señalaron que cuando las conductas motoras se encuentran en presencia de ansiedad puede existir una reducción de la precisión motora, fundamentalmente en la motricidad fina. Por otro lado, también sostienen que el sujeto ansioso puede manipular los objetos de forma inadecuada e incurrir en torpezas que no manifestaba antes de la aparición de los síntomas. La relación del sujeto con su entorno además puede dificultarse debido a que en presencia de los síntomas ansiógenos se tropieza, se lleva por delante objetos, se le caen de las manos, etc. La sintomatología ansiosa actúa también sobre los temblores generales que puede sufrir el soma, por ejemplo, el temblor del pulso de las manos, las piernas inquietas e incluso el tartamudeo en algunos casos.

Asimismo, la sintomatología ansiosa puede afectar los *vínculos interpersonales* ya que los sujetos ansiosos tenderán a evitar las interacciones sociales y a menudo muestran dificultad para iniciar y mantener relaciones amorosas y de amistad (González et al., 2009).

El *rendimiento laboral*, por su parte, también es alcanzado y afectado por la sintomatología dado que puede favorecer la ocurrencia de accidentes en el ámbito de trabajo (López Araujo & Oscar Segovia, 2009).

A modo de síntesis, se concluye entonces que la sintomatología ansiosa se asocia a serios problemas en el ámbito relacional general del sujeto, y conlleva sufrimiento y deterioro significativo en su calidad de vida (Caballo, Salazar, Irurtia, Arias & Hofmann, 2008).

### *3.1.6.- Sintomatología ansiosa en el adolescente*

Los especialistas en esta área Ruiz Sancho y Lago Pita (2005) refieren que en su quehacer clínico los TA en niños y adolescentes se han convertido en uno de los motivos más frecuentes de consulta en sus prácticas diarias y afectan del 9% al 21% de los niños y adolescentes. Estas cifras fácilmente llevan a preguntarse si existe alguna característica particular en ellos que los haga más propensos a padecer sintomatología ansiosa. En este sentido, Mardomingo (2004) rescata la manera veloz en la que los niños y adolescentes captan la dimensión amenazante del

mundo que les rodea y cómo la asociación de estas circunstancias ambientales con otros factores de riesgo de tipo genético, temperamental o familiar, pueden derivar en la aparición del cuadro clínico característico del TA.

El adolescente que presenta un cuadro de ansiedad, por ejemplo, puede poseer un temor incontrolable a que los padres mueran en un accidente, o terror a perder el control o cometer una locura y arrojarse por el balcón, enumerando solo algunas. En otras ocasiones, se trata de diálogos internos perturbadores y constantes, de pensamientos dubitativos acerca de lo que debe hacer o no debe hacer, o de lo que hizo o dejó de hacer (Mardomingo, 2004). Además, estos diálogos internos o ideas repetitivas pueden ser acompañados de escrúpulos de conciencia de carácter moral o religioso que, al asociarse con las preocupaciones sexuales muy típicas de esta franja etaria, se transforman en pensamientos recursivos que se repiten y perturban la vida del adolescente.

Estos estados pueden estar acompañados de síntomas corporales como opresión en el pecho, falta de aire, dolores de cabeza y abdomen entre otros (NIMH, 2009).

En otro orden de ideas, la FS es muy usual en el período adolescente. Se presenta cuando el adolescente ha de confrontar situaciones no habituales y comprometedoras donde existe una interacción preferentemente cara a cara con otros semejantes. Sucede lo mismo cuando tiene una ansiedad excesiva relativa a la posibilidad de que pudiera hacer algo o actuar de una forma que lograra resultar ridícula o bochornosa. Los síntomas incluyen el temor a hablar, comer o escribir en público, ir a fiestas públicas o hablar con figuras de autoridad, entre otras. Cuando ha de confrontar tales situaciones, el adolescente experimentará síntomas intensos de ansiedad (Cano Vindel, 2003b).

Para intentar enfrentarse a esos temores, los adolescentes pueden recurrir a estrategias positivas como ser las cognitivas -convencerse de que no sucede nada, por ejemplo- o negativas -evitar las situaciones- (Bar Haim et al., 2007). Puede ocurrir además que la situación

experiencial se vea exaltada porque irrumpe un sentimiento de vergüenza por los síntomas. Los adolescentes suelen considerar que las demás personas, pares o no, los valoran negativamente o los juzgan como raros, escasamente atractivos o estúpidos.

Los estudios epidemiológicos sobre la FS estiman una frecuencia de presentación en poblaciones comunitarias del 1% (Beck & Emery, 1985). No obstante, se considera que los porcentuales reales son mucho más elevados, pues la FS es un trastorno que por su propia naturaleza tiende a pasar desapercibido y diagnosticarse años después de haber aparecido los primeros síntomas. Típicamente comienza en la adolescencia, aunque se ha diagnosticado en niños desde ocho años (Beck & Emery, 1985). Por lo general, comienzan de manera gradual y es habitual que vaya precedida de una historia previa de timidez o inhibición social.

### *3.1.7.- Síntomas de ansiedad y consumo de tabaco*

En el contexto actual, la ansiedad es una respuesta emocional habitual, como ya se indicó, que contribuye a una mejor adaptación de las exigencias que se deben enfrentar día a día. Pero sucede que en muchos casos las personas padecen excesivos niveles de síntomas ansiosos que les pueden originar malestar clínicamente significativo, variaciones o desórdenes de tipo psicossomático y/o psicofisiológico, que desembocan en conductas desadaptativas, como, por ejemplo, consumir tabaco (Bejarano & Alderete, 2009) o abusar de tranquilizantes.

Echeverría et al. (1998) indicaron que la sintomatología ansiosa, sumada a la percepción subjetiva de desconocer los mecanismos para enfrentarla de manera apropiada, favorecen la implicación en conductas potencialmente adictivas -beber alcohol abusivamente, consumir tabaco, comer en exceso, auto medicarse, etc.-. Sucede que el alivio de una preocupación a través de la incorporación en cualquiera de sus formas de una sustancia química al organismo, al tener un efecto inmediato y no requerir relativamente esfuerzo alguno, resulta muy reforzante como automedicación y necesita pocos ensayos de aprendizaje para consolidarlo en el repertorio de conductas del sujeto (Echeverría et al., 1998).

En este sentido, Lipschitz (1988) realizó una revisión de un gran número de estudios sobre las relaciones entre diversas drogas -cafeína, marihuana, nicotina, neurolépticos, alcohol, tranquilizantes, heroína y metadona- con la ansiedad y dedujo que la relación entre esta última y el consumo de estas drogas es bidireccional, lo que afirma que las causas más frecuentes de ansiedad son la intoxicación por drogas y los síndromes de abstinencia.

En lo que respecta al tabaco específicamente, este último autor concluyó que la ansiedad puede también producirse por la intoxicación de la ingesta de nicotina presente en el tabaco o de otras fuentes. Esta ansiedad es usualmente de duración breve, ya que la nicotina es eliminada rápidamente del torrente sanguíneo (Szymańska et al., 2011).

Otro estudio al respecto de Mae Wood et al. (2009) hace referencia a un trabajo realizado en Finlandia, donde se evaluó un elevado número de empleados públicos -460 mil-. En la investigación se evidenció que era más probable que los empleados con más estrés laboral fumaran mayor cantidad de tabaco. Al mismo tiempo relacionaron el tabaco con el desarrollo del TA.

Por su parte, los investigadores Hughes et al. (1986) hallaron una correlación positiva entre los síntomas de ansiedad y la conducta de consumir tabaco en una muestra de pacientes psiquiátricos entre los cuales se incluyeron adolescentes. Los resultados indicaron que la mayoría de los sujetos que padecían trastornos psicológicos fumaban significativamente más que la población no psiquiátrica.

Investigaciones posteriores (Breslau et al., 2004; Feldner et al., 2009) reafirmaron dichos hallazgos y coincidieron en señalar que la adicción de consumir tabaco es más frecuente entre las personas con trastornos mentales, incluidos los TA que entre la población mentalmente sana. Tal es así que, haciendo foco en población adolescente, Di Franza et al. (2006) concluyeron que los adolescentes más ansiosos tenían mayor probabilidad de iniciarse antes en el consumo tabáquico.

Por otro lado, profesionales de la salud dedicados a explorar la problemática de las drogadicciones (Rodríguez López, González Ordi, Cano Vindel & Iruarrizaga Díez, 2007) han observado y coincidido en señalar que se hace presente en los adolescentes una fuerte relación entre las emociones negativas como la ansiedad desadaptativa y el consumo de sustancias. En este sentido, los investigadores Becoña Iglesias, Vázquez y Míguez (2002) concluyeron que dentro de los adolescentes fumadores quienes consumían mayor cantidad de cigarrillos diarios presentaban niveles significativos de TA en comparación con el resto.

Elevados índices de ansiedad juegan un papel significativo no solo en el inicio del consumo, sino también en su mantenimiento, ya que dichos índices de ansiedad variarán en función del aumento o disminución de los niveles de nicotina en sangre (Echeburúa et al., 1998).

Los aspectos sociales por su parte cobran aquí gran interés debido a que en un estudio posterior llevado a cabo por Rodríguez y Oliveira (2010) se concluyó que los adolescentes consumidores de tabaco presentaban mayor ansiedad que los no fumadores en dos dimensiones sociales: en la interacción social con desconocidos y cuando son el centro de atención, pero no presentaban diferencias significativas en sus HH. SS. Con respecto a la primera dimensión, el adolescente que se ve expuesto a personas que no son de su ámbito familiar o del grupo de pares con quienes frecuenta normalmente -en esa interacción- teme actuar de una manera humillante o vergonzosa y/o mostrar síntomas ansiosos que potencian el consumo de tabaco (Rodríguez & Oliveira, 2010). En lo que atañe al ser el centro de atención, resulta que la FS se caracteriza entre otras cosas porque el adolescente consumidor de tabaco no sufre malestar cuando realiza actividades en privado, solamente se manifiesta una alteración de su conducta cuando está siendo observado o es el centro de la atención. El malestar aparece entonces cuando realiza alguna actividad interaccional, es consciente que otras personas lo observan y percibe que su conducta es susceptible de ser evaluada. Ese escenario experiencial lo lleva a incrementar su habitual consumo de tabaco (Rodríguez & Oliveira (2010).

Estas observaciones se relacionan con el trabajo de Sonntag, Wittchen, Hofler, Kessler y Stein (2000), en adolescentes sobre el impacto de la ansiedad y el consumo de tabaco, donde indicaron que los que sufren de FS «*social fears*» consumen más tabaco que lo habitual en tales experiencias.

Mae Wood et al. (2009) por otro lado, postularon que la asociación entre los síntomas ansiosos y el consumo de tabaco se potencia especialmente a partir de la adolescencia debido a que esta conducta puede funcionar como un reductor ansioso y promover la puesta en marcha de estrategias «artificiales» de afrontamiento ante diferentes situaciones amenazantes o estresantes. Estas artificialidades resultan desadaptativas en el largo plazo dado que actúan como factores sustentadores del patrón adictivo.

Si con el transcurso del tiempo el consumo de tabaco continúa, se convierte en una conducta cotidiana. Como consecuencia, se pueden producir cambios neuroquímicos muy parecidos a las alteraciones endógenas propias de los TA (Antai Otong, 2003). Al respecto, Becoña Iglesias et al. (2002) indicaron que al consumir tabaco se experimenta una marcada activación, con lo cual muchos fumadores utilizan la nicotina no solo por su proceso adictivo, sino también por sus propiedades funcionales para sus problemas psicopatológicos o personales. En el otro extremo, el tóxico nicotínico puede intervenir de un modo estimulante cuando los adictos al tabaco experimentan un nivel de activación bajo, por ejemplo, cuando están cansados; además, puede actuar como sedante cuando experimentan un alto nivel de activación como, por ejemplo, frente a la ansiedad, algo muy común en la etapa adolescente, como ya se mencionó.

Si se abandona la conducta de fumar con éxito, se observa una reducción en los niveles de ansiedad y estrés, relación que se incrementa con el tiempo de abstinencia (West & Hajek, 1997). De aquí la relevancia de verificar la asociación de estas variables en población adolescente con fines de intervención no solo para reducir el consumo de tabaco que ya de por sí

acarrea serios problemas en la salud en general como los ya descriptos, sino también para reducir la sintomatología ansiosa a la que se encuentra asociado.

Un aspecto fundamental de la sintomatología ansiosa es que resulta ser frecuente la comorbilidad con síntomas depresivos; uno de los fenómenos psicopatológicos más advertidos en la psicopatología del adolescente (Keenan, Feng, Hipwell & Klostermann, 2009; Monga et al., 2000). Al respecto, Ballenger et al. (2001) dedujeron también de sus estudios que los TD pueden estar acompañados de ansiedad en mayor o menor grado.

En esta línea, en un estudio llevado a cabo por Romero Acosta et al. (2010) se sostuvo que los síntomas de ansiedad aumentan el riesgo de desarrollar depresión, mientras que Reinherz, Giaconi, Lefkowitz, Pakiz y Frost (1993) ya habían indicado que la presencia de síntomas ansiosos se relacionaba con el posterior desarrollo de síntomas depresivos. Cuando los síntomas ansiosos y depresivos coexisten puede haber un incremento del nivel de la gravedad sintomática, tener ésta peor pronóstico y responder peor al tratamiento administrado (Angold, Costello & Erkanli, 1999).

### **3.2.- Depresión**

El concepto de depresión ha inquietado a muchos pensadores, escritores y hombres del conocimiento de todas las latitudes desde tiempos remotos. En ese transcurrir temporal, si bien se la ha denominado con diferentes términos tales como melancolía, angustia, abatimiento general o tristeza, lo cierto es que en mayor o menor medida su existencia y especialmente el estado de ánimo deprimido ha estado generalmente ligado a la condición humana.

La depresión se diferencia de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana (PAHO, 2007b). De hecho, puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad -desde leve, moderada a grave-. Puede causar gran sufrimiento y alterar las

actividades sociales, laborales, de aprendizaje, familiares, relacionales en general y en el peor de los casos llevar al sujeto al suicidio (WHO, 2008b).

La depresión -del latín *depressio*, que significa opresión, encogimiento o abatimiento- es el diagnóstico psiquiátrico que enmarca un trastorno del estado de ánimo, ya sea transitorio o permanente distinguido por sentimientos de infelicidad, desesperanza y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las vivencias y de los acontecimientos de la vida cotidiana (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2012).

El término hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan fundamentalmente a la esfera afectiva; como lo es el decaimiento, la sensación de malestar, la tristeza constante, la impotencia, la frustración de vivir o la irritabilidad, entre otros, que ocasionan por lo general una disminución en la actividad global de quien la padece. Lo expresado se considera el epicentro de este síndrome, pero también la depresión puede manifestarse a través de afecciones de tipo somático, cognitivo o volitivo (Cassano & Fava, 2002).

Por otro lado, es pertinente plantear que lo más común y de manera coloquial en la sociedad actual de la región se emplea el término depresión como sinónimo de *tristeza*, pero en numerosas ocasiones esa tristeza se experimenta en circunstancias cotidianas concretas, de carácter negativo, no referido específicamente a un estado de ánimo anormal o patológico (Cassano & Fava, 2002).

En realidad, cuando las personas se sienten tristes pueden continuar con sus vidas de manera normal. En cambio, cuando están deprimidas, sus vidas en general se ven afectadas en distintas áreas y con serias perturbaciones tanto psíquicas como fisiológicas (Cassano & Fava, 2002). Al respecto, Clark y Teasdale (1982) plantearon que los sujetos que tienen afectadas dichas áreas generalmente no pueden vivenciar la tristeza como tal, es decir, como una emoción natural del hombre y en su reemplazo lo que aparece es una pérdida de interés e incapacidad para disfrutar,

por ejemplo, de las actividades lúdicas habituales por lo que también se ve perturbada la motivación consciente.

No obstante, si bien la tristeza sustenta dicha consideración -una emoción natural del hombre- de acuerdo con diversas observaciones clínicas realizadas por Cruz Pérez (2012) se la concibe como precursora de la depresión como patología.

Por su parte, Beck et al. (2012) plantean que es casi una constante que las personas que padecen TD realicen una descripción de manera indefinida de lo que les sucede y sus explicaciones sean poco claras, por lo que es necesario no confundir la tristeza con la depresión.

Otro vocablo que generalmente se asocia con la depresión es la *soledad*. La palabra soledad proviene del latín *solitas* y hace referencia a la carencia de compañía, que puede ser deliberada -cuando el sujeto determina estar solo- o natural -cuando se encuentra solo por múltiples circunstancias de la vida-. La soledad, por lo tanto, comprende la falta de contacto con otros semejantes y se concibe entonces como un estado subjetivo que se produce en diferentes niveles o matices percibidos de diversas maneras según cada sujeto en particular (Macía, 2000).

Es muy común que cuando una persona se encuentra sola, aislada y trascurre su vida sin la necesaria interacción social, sea considerado un sujeto depresivo. Sin embargo, para ciertas teorías la soledad y la depresión poseen importantes diferencias. Weiss (1974) afirmó que en la soledad la persona puede liberarse de la angustia de sentirse sola, para relacionarse nuevamente con sus semejantes. En cambio, en la depresión la persona más bien se rinde a estar sola. Weiss (1974) considera que al menos existen tres explicaciones tentativas acerca de relación entre la soledad y la depresión: a). La depresión puede causar en el sujeto una notable reducción de su actividad social y como consecuencia puede quedarse finalmente solo. b). La soledad prolongada puede ser causa de depresión y c). La finalización de una relación significativa para el sujeto puede producir ambas simultáneamente.

Por otro lado, Hojat y Grandall (1989) asociaron la soledad con la inmunocompetencia celular deprimida, con una menor actividad defensiva del organismo. La consideran como un síntoma clínico en la sociedad contemporánea relacionada en algunos casos a depresión, ansiedad y problemas de salud mental, y se sostiene que es, fundamentalmente, uno de los problemas psicosociales más relevantes del siglo XXI.

Como se puede observar entonces la etiología de la depresión es multifactorial. En su aparición influyen factores biológicos, genéticos y psicosociales. Desde el punto de vista biológico y específicamente el neurológico parece estar demostrado que en la depresión existen disfunciones en zonas del sistema límbico, corteza pre frontal y temporal, cíngulo anterior y núcleo caudado (Videberch, 2000).

La psiconeuroinmunología plantea un puente entre los enfoques estrictamente biológicos y psicológicos (Vera Villarroel & Buela Casal, 1999).

En el caso de los enfoques biológicos, sucede que se hacen presente en determinadas circunstancias distintos factores que incrementan el peligro de padecer depresión tales como la mala alimentación, inactividad física, obesidad, deficiencia de vitamina D, enfermedades periodontales, entre otros (Vera Villarroel & Buela Casal, 1999).

Entre los factores psicológicos que pueden ser producto también de la interacción social, se destacan el estrés y ciertos sentimientos negativos como ser: derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, penas, contexto social, aspectos de la personalidad, el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte o una elaboración inadecuada del duelo por la muerte de un ser querido.

Gran parte de la investigación empírica sobre factores psicológicos de riesgo proviene de los modelos cognitivos (Gotlib & Hammen, 2002) que proponen que existen ciertos factores de vulnerabilidad -*diátesis* cognitiva- que en su interrelación con hechos o episodios estresantes que

puede vivenciar un sujeto incrementan la probabilidad de aparición de síntomas de depresión. En este sentido, en la actualidad se encuentra disponible una abultada cantidad de literatura (Ingram, Miranda & Segal, 1998) sobre la asociación entre factores cognitivos como baja autoestima, atribuciones causales, pensamientos irracionales, sesgos de memoria y atencionales, entre otros, y el estado de ánimo deprimido.

Por definición, los modelos cognitivos de la depresión ponen de manifiesto que los factores de diátesis cognitivas preceden el inicio del TD y hay evidencias indicadoras al respecto (Garber & Flynn, 2001; Kuyken, Watkins, Holden & Cook, 2006). Estos modelos se sustentan en que las variables que determinan que algunos sujetos se depriman y otros no frente a los mismos acontecimientos están relacionadas con la forma particular que ellos procesan la información (Gotlib & Hammen, 2002).

Un segundo elemento compartido por dichos modelos radica en considerar que pueden existir otros caminos que conduzcan a la depresión compatibles con modelos bio-psico-sociales basados en investigaciones empírica (Gotlib & Hammen, 2002).

En tercera posición, todos estos modelos se basan en el binomio de vulnerabilidad-estrés. Ponen de manifiesto que se presentan ciertos factores cognitivos de vulnerabilidad, como, por ejemplo, atribuciones causales negativas que se activan y consecuentemente pueden desencadenar la aparición de sintomatología depresiva cuando acontecen sucesos estresantes que de algún modo son congruentes con esas vulnerabilidades del sujeto (Hammen, 2005).

En esta línea y con el objetivo de poder dar cuenta del proceso por el cual esas variables pueden llegar a generar vulnerabilidad, algunas investigaciones (Taylor & Ingram, 1999) han demostrado que los hijos de madres deprimidas presentaban mayores sesgos a la información negativa que los controles. Esto se corroboró, por ejemplo, cuando en los hijos que habían sufrido abuso verbal con descalificaciones personales por parte de los progenitores fue significativamente mayor la generación de esquemas cognitivos negativos: mayor tendencia a la

autoinculpación y pensamientos negativos como «todo es un desastre», «no valgo para nada», «soy un estúpido», etc., y finalmente se presenta una mayor probabilidad de sufrir un primer episodio depresivo.

Este tipo de pensamientos conforman la llamada tríada cognitiva negativa, pues manifiestan una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro, siendo los precursores inmediatos de la depresión (Beck et al., 2012).

### 3.2.1.- Síntomas depresivos

Uno de los síntomas centrales en el espectro depresivo es la *tristeza* sostenida en el tiempo (Beck et al., 2012). Para estos autores, la tristeza está asociada con la pérdida o el fracaso, actual o posible, de una meta valiosa comprendida como un objeto o una persona.

La estructura temporal de la tristeza puede ubicarse en el pasado, en el presente y en el futuro. En general, la tristeza es provocada por la vivencia de la separación o la pérdida de vínculos afectivos, el fracaso en el «hacer» del sujeto, la pérdida de autoestima y acontecimientos sociales amenazantes, entre otros. No son los sucesos en sí mismos ni la cantidad de ellos los que influyen en los sentimientos de tristeza sino la interpretación que las personas hacen de estos.

Por su parte, el *pesimismo* o *sin esperanzas* desde un punto de vista psicológico-moral es una disposición anímica o un estado de ánimo en virtud del cual los sujetos perciben bajo la razón del mal todos los fenómenos que les rodean. Es una tendencia a ver y a juzgar las cosas en su aspecto más negativo o más desfavorable (Garber & Flynn, 2001).

Los sujetos pesimistas que se enfrentan a un problema o dificultad se topan con un muro difícil de sortear. Sucede que no perciben con claridad las cosas debido a que no cuentan con la objetividad necesaria para observarlas. Eso genera como resultado que se incrementen sus estados emocionales negativos, se preocupen en exceso ante la situación y entren en una dinámica de absoluto caos.

Con respecto al *fracaso*, este se vivencia como un resultado adverso respecto de un acontecimiento/suceso, etc. que se esperaba sucediese de manera favorable. Se emplea tal constructo con una connotación marcadamente negativa cuando no se cumplen las metas proyectadas o soñadas de la persona que supuso lo conducirían al éxito y sucede todo lo contrario. Como resultado, produce una frustración subjetiva que en algunos casos puede contaminar toda la psiquis del sujeto sin poder separar y/o diferenciar ese fracaso de manera puntual. Se crea de ese modo un escenario frustrante y se disminuye la actitud positiva general del sujeto. Esta desmoralización además tiñe el aspecto emocional de la persona, produce desganos y baja actividad global, entre otros (Beck et al., 2012).

El *placer*, por su parte, puede ser definido como un sentimiento positivo eufórico agradable o que en su manifestación natural se revela cuando un sujeto consciente satisface plenamente alguna necesidad. Placer es un concepto que refiere al deleite o regocije que se experimenta al hacer o lograr alguna cosa/hecho que provoca agrado. El placer no existe aisladamente, sino que está unido a una situación vital buena percibida con una connotación sensible positiva (Seligman, 2002).

Términos cercanos a placer, aunque con matices semánticos peculiares, son: complacencia, gozo, agrado, felicidad, deleite, delicia, gusto, beatitud, gratificación, satisfacción, contento, bienestar, sentirse bien, sentirse cómodo, disfrute, alegría, dicha, etc. (Seligman, 2002).

Cuando se está en presencia de la *pérdida del placer*, todos estos ejes descriptos se encuentran mermados o ausentes y provocan malestar en el sujeto que lo experimenta (Beck et al., 2012).

Otro de los síntomas depresivos es la *culpa*, que tiene como propósito regular la propia conducta y promover el autocontrol. Es un modo de alarma interna que suplente la necesidad de otros controles externos. Cuando se procede a inducir de manera externa una responsabilidad excesiva a un sujeto, puede sentir culpa si no logra lo esperado por los otros y por él en determinadas ocasiones (Marcelli, 1992).

La culpa es un estado doloroso que surge de la creencia de haber transgredido las normas éticas personales y/o sociales, sobre todo cuando el comportamiento o la omisión de una acción ha derivado en un daño y/o perjuicio a otra persona.

La culpa se encuadra dentro del marco de los códigos morales que el sujeto considera valiosos para él, los cuales ha tergiversado y, en consecuencia, ha afectado varios aspectos de su identidad.

El *sentimiento de culpabilidad* está en estrecha relación con el concepto de deuda, algo que no se ha logrado o que no se pudo reparar debidamente y trae aparejados sentimientos negativos de falta de criteriosidad, responsabilidad y ética moral, entre otros (Garber & Flynn 2001).

El *sentimiento de castigo*, por su lado, puede ser conceptualizado como una pena que se impone el propio sujeto que ha cometido una falta, ha actuado contrario a su moral o ha tenido un mal comportamiento (Delgado, 2005).

Se comprende como un auto castigo a una imposición personal subjetiva que afecta el ánimo perjudicando la vida emocional. Es un sentimiento generalizado que embarga al sujeto que lo padece ante la toma de conciencia de sus faltas y/o errores. El sentimiento de castigo se enfoca en el pasado, conlleva una actitud de enojo y represalia, promueve el miedo, el resentimiento y la ansiedad. Este estado provoca padecimientos y coloca al sujeto en una situación pasiva a la espera de ser inculpaado y reprendido por su inadecuada conducta (Delgado, 2005).

Otro síntoma recurrente en el espectro depresivo es la *disconformidad con uno mismo*. Se comprende como una valoración negativa y un sentimiento de aversión frente a sí mismo. Se produce un desajuste entre lo que el sujeto quiere para sí y lo que realmente él considera que es. En este estado mental la autoestima está deteriorada y se encamina a formar un círculo recursivo negativo que afecta la confiabilidad que el sujeto puede tener sobre su ser (Brent & Birmaher, 2002).

La disconformidad con uno mismo puede estar direccionada al «hacer» del sujeto como a su propio «ser», o ambas. Se vivencia como una decepción, desencanto y desilusión frente a sí mismo. Es un sentimiento de desesperanza donde el sujeto que no logra reconciliarse consigo mismo (Bhatia, 2007).

La *autocrítica* o el *auto-reproche*, por su parte, representan la capacidad de distinguir los propios defectos; la persona se dispone a enfrentarlos con el fin de modificarlos positivamente - cosa que no ocurre en todos los casos-. Es la capacidad del individuo de autoevaluarse y de ser sincero consigo mismo, y es un camino adecuado para ir madurando y aprendiendo cada día. La autocrítica es concebida como un estilo cognitivo de la personalidad mediante el cual el sujeto se monitorea y se juzga a sí mismo (Bhatia, 2007).

En su aspecto funcional debería tener un rol fundante evaluar criteriosamente el propio comportamiento y detectar conductas adecuadas e inadecuadas. En su aspecto disfuncional, los sujetos autocríticos poseen la tendencia a percibir rápidamente el error porque están hipervigilantes a cómo se desarrollan los procesos y ante la mínima detección de una equivocación, se dispara toda una serie de ideas negativas acerca de sí mismo (Beck et al., 2012).

Otro factor de importancia es el acto del *pensar* del sujeto. Cuando se presenta, la sintomatología depresiva afecta los esquemas cognitivos compuestos por actitudes, creencias y/o formas de procesar la información, que se vuelven disfuncionales por su merma en la capacidad de respuestas positivas y saludables que no hacen más que perpetuar su estado depresivo (Clark & Teasdale, 1982).

Por otro lado, dentro de la sintomatología depresiva *el pensamiento o los deseos suicidas* son los más temidos. La idea suicida consiste en presentarse pensamientos de acabar con la propia existencia. Las personas suicidas mantienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, su contexto y sobre ellos mismos, así como una cualidad atribucional depresiva que genera un patrón estable, interno y general negativo sobre los acontecimientos y sus experiencias. Este

estilo cognitivo, coligado a un proceso emocional y comportamental disfuncional, puede minimizar la percepción de soluciones disponibles y conducir a un estado de desaliento generalizado; así se eleva la probabilidad de suicidio (Mardomingo, 1997).

Para allanar el camino hacia la conducta suicida se deben presentar ciertas condiciones: como hipótesis más generalizada hacia esa conducta es la de considerar necesario la aparición de un suceso estresante para el sujeto que le genere emociones negativas como frustración y/o rechazo, el deseo de escapar de manera inminente de la situación o de comunicar a otros sus problemas. Por otro lado, el sujeto evalúa que tal opción es posible -suicidarse-, si cuenta con los recursos para llevarlo a cabo y, por último, la falta de potencialidades individuales y sociales para aliviar la crisis originada por dicho suceso estresante. Entonces, finalmente, encuentra el camino para matarse (Mardomingo, 1997).

Por su parte, el *llanto* es concebido como un medio de comunicación social, aunque en muchas ocasiones es una expresión individual que responde a ciertos estados anímicos, que no necesariamente son emociones negativas, sino que en los estados afectivos positivos se llora de alegría, felicidad y euforia (Murube, Murube & Murube, 1999).

Al llorar se regulan algunos componentes internos y los sujetos controlan mejor sus emociones. Lejos de resultar dañino, el llanto es un antídoto contra el estrés y la ansiedad, e incluso previene la depresión -en muchos casos-. En los estados de ánimo negativos como la depresión, el llanto se presenta en marcadas ocasiones con mayor frecuencia y denota el estado interno del sujeto. El llanto es un mecanismo para paliar la angustia, la desesperanza y la aflicción mediante una descarga fisiológica. En definitiva, la finalidad del llanto tanto si se trata de un simple sollozo como si se encuentra presente un auténtico malestar, es expulsar una parte de las sustancias estresantes que dañan al organismo (Murube et al., 1999).

Otro síntoma recurrente es la *agitación*, relacionada de manera directa con la actividad motora, la cual incluye la actitud, el reposo y el movimiento del sujeto. Este se expresa y brinda información a través de la mímica, los gestos, la actitud y sus movimientos corporales.

La *inquietud psicomotriz* o agitación es un estado de hiperactividad motora y psíquica, en la cual las acciones no están claramente ordenadas, como así tampoco dirigidas a la obtención de una determinada finalidad. Es una manifestación de desasosiego interno que indica estados ansiosos/depresivos donde la persona emite dichas conductas a modo de descarga psicofísica. La misma se manifiesta a través de una sucesión de movimientos, gestos e impulsos, tales como deambular, tomar diversas posturas y lenguajes corporales que pueden ser intencionales y hasta automáticos (Beck et al., 2012).

La *pérdida de interés* sobre algo -actividades, personas o cosas- es otro de los síntomas que se hace presente (Pérez & Urquijo, 2001). Inversamente, el interés está constituido por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo -de ese algo en cuestión-. Es un impulso que conduce a una persona a escoger y ejecutar una acción entre las alternativas presentes en una determinada situación. El interés provee de eficacia al sujeto para lograr su meta.

El motor del comportamiento en este caso proviene del propio sujeto, que realiza conductas según sus intereses. En estos casos, existe una finalidad provocada por una tensión interna -por una necesidad- que lleva al sujeto a realizar la acción que culmina en el mejor de los casos en una satisfacción (Marcelli, 1992).

La pérdida de interés está sustentada por la ausencia de las consideraciones vertidas; lleva al sujeto a una situación de inacción o merma en su hacer en general y en la interacción con el mundo que lo rodea (Pérez & Urquijo, 2001).

El concepto *indecisión*, otro de los síntomas depresivos, puede definirse como una falta de determinación ante una circunstancia específica, denotando inseguridad, falta de carácter o valor.

Al hacerse presente la indecisión en un sujeto, echa por tierra su seguridad y se torna en un serio problema a la hora de elegir; es la incapacidad de optar entre dos o más posibilidades en los distintos aspectos de la vida cotidiana, todo ello por la falta de confianza en sí mismo (Garber & Flynn, 2001).

La indecisión puede ser considerada como falta de autonomía que impide a la persona optar, elegir algún camino entre varios o resolver cierta problemática. La indecisión induce a realizar juicios prematuros sin contar con la información necesaria para procesarlos, estos sesgos procesales pueden conducir a errores y/o a la inacción del sujeto. Se consideran bloqueos emocionales/cognitivos y conflictos para la toma de decisiones, donde por lo general los temores del sujeto adquieren fundante relevancia (Garber & Flynn, 2001).

La *desvalorización* típica de la sintomatología depresiva remite a un sentimiento de inferioridad que sufre una persona que no es capaz de observar todo su potencial tal y como es. Una persona puede desvalorizarse a sí misma a partir de un diálogo interior negativo, pero también es posible que la desvalorización provenga del medio externo hacia el sujeto (Beck et al., 2012).

Cuando está presente la desvalorización aparecen por lo general sentimientos de culpabilidad, miedo a las críticas y a la vez puede manifestarse una búsqueda de aceptación externa.

La desvalorización conlleva en la mayoría de los casos el miedo al rechazo, la persona tiende a evitar ciertas relaciones sociales como consecuencia de esa sensación de debilidad producto de su inseguridad y su falta de confianza hacia sí mismo. Por otro lado, disminuye la autoestima con sentimientos de incapacidad e inutilidad para afrontar las situaciones de la vida. Es una actitud que lo hace sentir al sujeto como menos persona y menos digno de respeto (Beck et al., 2012).

La *pérdida de energía* producto del esquema depresivo configura unos de los aspectos más visibles u observables del sujeto portador de este estado psicopatológico. De hecho, el organismo vivo es una máquina que transforma la energía incorporada en cantidades equivalentes de otras

manifestaciones dinámicas. Estas, desde una perspectiva psicológica, son traccionadas por una serie de ejes como ser la motivación, los deseos y los proyectos. En la medida que dichos ejes no sean alimentados positivamente por el sujeto, hace que merme considerablemente su capacidad de ejecución (Pérez & Urquijo, 2001).

Si en el horizonte próximo del sujeto no se hacen presentes necesidades saludables de la vida cotidiana por falta de estimulación primordialmente interna, el aspecto conductual pasivo se torna observable en cuanto al despliegue de sus energías. Tal situación actúa de manera recursiva en su psiquis, despliega conductas aprendidas de inactividad que se perpetúan en el tiempo si en la persona no se producen cambios a nivel cognitivo-emocional que modifiquen ese estado de letargo (Beck et al., 2012).

En otro orden de ideas, los síntomas depresivos provocan *cambios en los hábitos del sueño*. Según los investigadores Benca, Obermeyer, Thisted y Gillin (1992), en numerosos estudios se demostró que la existencia de psicopatologías como ansiedad y depresión representan poderosos factores de riesgo en la aparición de insomnio -falta anormal de sueño y dificultad para conciliarlo que se sufre en el momento en que corresponde dormir- e hipersomnia -sueño excesivamente prolongado y profundo-.

Por otro lado, dichos investigadores sostienen también que existen consistentes hallazgos donde se advirtieron incrementos del sueño REM -existen dos tipos de sueño bien diferenciados: el sueño de movimientos oculares rápidos, conocido como sueño REM (*Rapid Eye Movement*) o sueño paradójico, y el sueño de ondas lentas, también conocido como sueño No-REM (*Non Rapid Eye Movement*), por contraposición al sueño REM- en las personas que presentaron estados de ánimos depresivos.

En la adolescencia se considera que la cantidad de sueño diario para un buen desempeño general debe ser de al menos nueve horas diarias (Carskadon, 2002), de lo contrario, en ciertos

casos esto puede ser un factor de riesgo y promover la aparición de un estado de insomnio e hipersomnía, mal humor, desgano, entre otros.

La *irritabilidad* por su parte es la capacidad de un organismo o de una parte de este de identificar un cambio negativo en el medio ambiente y poder reaccionar con un efecto psicológico y/o fisiológico (Mardomingo, 1997).

La irritabilidad puede concebirse también como la capacidad que posee un organismo vivo de reaccionar o responder de manera no lineal frente a un estímulo (Mardomingo, 1997).

La *irritabilidad emocional* se comprende como un estado de tensión subjetiva liberada por lo general en forma desproporcionada y/o exagerada frente al estímulo externo presentado, aunque puede ser por un estímulo interno -diálogos internos, pensamientos, recuerdos, entre otros- (Beck et al., 2005).

Resulta práctico comprender el concepto de irritabilidad si se considera que ninguna reacción violenta se da porque sí, sino que se gesta como consecuencia de enfrentarse a una o varias situaciones no resueltas en lo más profundo de la psiquis del sujeto (Beck et al., 2012).

En otro orden de cosas, la sintomatología depresiva incide de manera directa en los *cambios en el apetito*. Se admite generalmente que el apetito es un término que engloba tres conceptos: hambre, satisfacción y saciedad, siendo la primera la sensación fisiológica preferentemente que induce a ingerir alimentos, la satisfacción por su parte es un estado de plenitud que obliga a dejar de comer y por último la saciedad es el período durante el cual la sensación de satisfacción se sostiene hasta que aparece nuevamente el hambre. En los tres estados intervienen tanto los aspectos fisiológicos como los psicológicos (Toro & Yepes, 1998).

En los estados de ánimos depresivos suele presentarse además con marcada frecuencia la denominada *polifagia*, un incremento anormal de la necesidad de comer que lleva a ingerir alimentos de manera repetida durante el estado de vigilia, como así también puede manifestarse su contracara, la llamada *inapetencia*, que es una situación que se da cuando se tiene menos

deseo de consumir alimentos o incluso en ciertos sujetos la falta de deseos de alimentarse (Toro & Yepes, 1998).

Los síntomas de depresión también producen generalmente *dificultad de concentración*. Es que el acto de estar concentrado implica una tendencia o propensión del sujeto a entrar en contacto -visual, auditivo, táctil, sensitivo, memorístico, etc.- con algo en concreto. La concentración es una destreza aprendida de reaccionar pasivamente o de no distraerse ante estímulos irrelevantes; se trata de la capacidad, en últimas, de focalizar la atención. La concentración también significa el estar totalmente en el aquí y ahora, en el presente sin la perturbación de distractores internos ni externos.

Los investigadores Beck et al. (2012) indicaron que los estados de ánimo tanto depresivo como ansioso merman la capacidad atencional y dificultan severamente la concentración, dado que sus síntomas ocupan un lugar relevante en la conciencia del sujeto que no le permite focalizar debidamente su tarea ya sea de ejecución y/o de aprendizaje.

Otros síntomas que se hacen presentes en el espectro depresivo es el *cansancio* o la *fatiga*. Ellos pueden ser conceptualizados como la falta de fuerzas después de realizar un esfuerzo físico, intelectual o emocional, o como la falta de descanso (Pérez & Urquijo, 2001).

El cansancio se suele presentar en circunstancias normales de la vida por causa de carencia de sueño, trabajo rudo, aburrimiento, desilusión, hastío, infelicidad, tedio, fastidio, entre otros factores. En estos casos se trata del cansancio considerado normal, una respuesta esperable tras un esfuerzo físico, insuficiencia de sueño y/o tensión emocional, que desaparece luego de un adecuado descanso. También puede ser definido como una sensación subjetiva de falta de energía física o intelectual, o de ambas (Pérez & Urquijo, 2001).

El *cansancio o fatiga emocional* en cambio es un agotamiento extremo que está relacionado con sensaciones de estrés y ansiedad, sentimientos de angustia y/o la presencia de sintomatología

depresiva ya expresada. Dicha fatiga también tiene que ver con emociones contenidas, frustración no canalizada debidamente y sentimientos de incompreensión (Beck et al., 2012).

Estos estados pueden surgir además cuando las propias exigencias laborales, familiares y personales no permiten que el sujeto atienda sus propias necesidades. En diversas ocasiones el sobrecargarse de actividades y cosas por hacer hace que la fatiga emocional se haga más evidente.

Todas las personas pueden sentir cansancio o fatiga emocional extremos de vez en cuando, aunque particularmente cierta cantidad de ellas poseen tendencias a experimentarlas más a menudo como es el caso de sujetos portadores de sintomatología ansiosa y/o depresiva (Beck et al., 2012).

Por último, los sujetos que experimentan *pérdida de interés en el sexo* -hipoactivo o inhibido- refieren no sentir ganas de tener relaciones sexuales, ni fantasías sexuales, como así tampoco actividad auto erótica alguna. Estas actitudes se deben a causas psicológicas y/o a conflictos dentro de la relación de pareja. En las primeras, uno de los síntomas más comunes de la depresión es la disminución o falta de deseo sexual. Dicha falta a su vez actúa de manera recursiva con los síntomas depresivos: los sostiene e incrementa (Rojtenberg, 2001).

La disminución del apetito sexual puede sucederle a mujeres y hombres, y en cualquier caso es detonador de numerosos padecimientos y falta de entusiasmo para enfrentar la vida (Rojtenberg, 2001).

El tratamiento para la depresión puede incluso contribuir al problema, ya que muchos antidepresivos como el Prozac (fluoxetina), Zoloft (sertralina) y Paxil (paroxetina) presentan entre sus efectos secundarios la pérdida de interés por el sexo (Rojtenberg, 2001).

### *3.2.2.- Criterios para el diagnóstico de trastornos depresivos*

De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013), el trastorno depresivo mayor (TDM) está presente cuando:

A) Se hallan cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el lapso de dos semanas y constituyen un cambio del funcionamiento previo del sujeto. Al menos uno de los síntomas es I) estado de ánimo deprimido o II) pérdida de interés o de placer, sin incluir síntomas que son atribuibles a otra afección médica: 1). Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días, de acuerdo con lo descrito por el sujeto -e.g., se siente vacío, sin esperanza, triste- o de las conductas observables -e.g., expresa llanto-. Esta situación tanto en adolescentes como en niños puede denotar estado de ánimo irritable. 2). Se presenta una merma significativa del interés o del placer por todas o la mayoría de las actividades la mayor parte del día, casi todos los días, también desprendiéndose de la información del sujeto y/o sus conductas observables. 3). Se produce una disminución -sin realizar dieta- o un aumento considerable del peso corporal -e.g., alteración de más del 5% del peso en el término de un mes- o incremento o disminución del apetito casi todos los días. En el caso de los niños, en este apartado se debe considerar el fracaso para el aumento de peso esperado. 4). Dificultad con el sueño como, por ejemplo, insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5). Dificultad psicomotora como, por ejemplo, agitación o retraso casi todos los días. Dicha dificultad debe ser una conducta observable y no simplemente una apreciación del sujeto. 6). Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7). Persiste un sentimiento de culpabilidad en exceso y/o inutilidad no pertinente casi todos los días. Puede llegar a ser delirante y no sencillamente el autorreproche o culpa por enfermarse. 8). Mengua la capacidad del sujeto para pensar, tomar decisiones y/o concentrarse la mayor parte de la semana ya sea por las declaraciones del sujeto y/o sus conductas observables. 9). Irrumpen pensamientos de muerte de manera frecuente, ideaciones suicidas recurrentes sin un plan concreto, intento de suicidio o un plan específico para ejecutarlo.

B) Los síntomas generan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo laboral, social u otras áreas interaccionales importantes para el sujeto.

C) El episodio debe estar exento de los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Los criterios A, B y C conforman un episodio de depresión mayor. Se aclara que las respuestas a una pérdida significativa como, por ejemplo, un duelo, ruina económica, discapacidad grave, pérdidas debidas a una catástrofe natural o una enfermedad pueden incluir una tristeza intensa, diálogos internos acerca de la pérdida, insomnio, pérdida de peso y del apetito que se explicitaron en el criterio A y pueden simular un episodio depresivo. No obstante, si bien estos síntomas pueden ser apropiados a la pérdida, también se debería considerar la presencia de un episodio de depresión mayor además de la conducta normal a una pérdida significativa. Dicha decisión requiere inevitablemente el criterio clínico sustentado por la historia del individuo y el contexto donde interactúa el sujeto.

D) El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno de esquizofrenia, esquizofreniforme, esquizoafectivo, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E) Nunca se presentó un episodio maníaco o hipomaníaco. Dicha exclusión no es aplicable si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son provocados por sustancias o se pueden imputar a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

### 3.2.3.- Operacionalización de los síntomas depresivos

Los *test* que se administran generalmente en la clínica para detectar la sintomatología depresiva en este contexto son: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996) -utilizado en la presente investigación-, la Escala de Hamilton para la depresión (MHRSD; Hamilton, 1967) y la escala de Montgomery y Asberg Depression Rating Scale (MADRS; Montgomery & Asberg, 2002).

- El BDI-II, cuyo nombre original es *Depression Inventory Second Edition* (BDI-II, Beck et al., 1996) es utilizado en estudios clínicos y poblacionales en el ámbito internacional. Es

una evaluación de la severidad de la depresión tanto en adultos como en adolescentes que se administra a partir de los 13 años de edad.

El BDI-II es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente formulado por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto *test* más utilizado por los psicólogos en España (Muñiz & Fernández Hermida, 2010). Sus ítems no se desprenden de ningún sustento teórico concreto acerca del constructo medido, sino que refieren los síntomas clínicos que con mayor frecuencia presentan los pacientes psiquiátricos con depresión. Este instrumento ha sufrido algunos cambios respecto a sus versiones anteriores con la finalidad de representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos agrupados en el DSM-4 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, APA, 1995) y CIE-10 (OPS, 1995). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

La adaptación para la Argentina del BDI-II fue realizada por Brenlla de Romero y Rodríguez (2006). El coeficiente alfa de Cronbach del BDI-II en una muestra clínica fue de .92 y la correlación entre *test* y *retest* .93 ( $p < .001$ ). Las pruebas de validez convergentes con el BDI-II (Beck et al., 1979), arrojan una correlación entre los *test* de .93 ( $p < .001$ ).

Los resultados obtenidos en la adaptación para la Argentina (Brenlla de Romero & Rodríguez, 2006) indicaron que reúne los requisitos psicométricos para su utilización en forma válida para este contexto. Se ha constatado la consistencia interna y la estabilidad *test-retest* del BDI-II en muestra clínica y en población general. Asimismo, se obtuvo evidencia de validez externa -convergente y discriminante- e interna -validez factorial- y se constató que los puntajes de corte propuestos por Beck et al. (1996) son apropiados para discriminar los distintos grados de depresión (Brenlla de Romero & Rodríguez, 2006).

- La MHRSD es una escala hetero aplicada, diseñada para ser administrada en pacientes con diagnóstico de depresión. La versión original fue desarrollada por Hamilton (1960) cuyo nombre fue *Depression Rating Scale* (MHRSD). Originalmente estaba compuesta por 24 ítems, luego fue revisada y modificada por el mismo autor en 1967 y se redujo a 21 ítems. Debido a que los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la gravedad o intensidad de la depresión, en la práctica se emplea una versión reducida de 17 ítems.

Posteriormente, en la adaptación española se modificó la escala MHRSD para superar las limitaciones que los autores encontraban en la versión de 17 ítems (Conde & Franch, 1984; Ramos Brieva & Cordero, 1986). Su finalidad es valorar de manera cuantitativa la severidad de los síntomas y justipreciar los cambios del paciente deprimido. Se tiene en cuenta la información adquirida en la entrevista clínica y admite información adicional de otras fuentes secundarias. Se utilizan diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. Si bien puede utilizarse en adolescentes, los autores sugieren su uso en adultos.

- La MADRS se utiliza en población general, en adolescentes y adultos; consiste en una escala heteroadministrada con la modalidad de entrevista. La Escala de Depresión de Montgomery y Asberg (*Montgomery & Asberg Depression Rating Scale*, [MADRS], 1979) fue elaborada particularmente para evaluar el cambio en la intensidad de los síntomas depresivos como consecuencia de la intervención terapéutica. Proviene de una escala de evaluación de síntomas más amplia ([CPRS]; Asberg, Montgomery & Perris, 1978) de la que se seleccionaron aquellos ítems que mostraban mayor sensibilidad al cambio terapéutico. Traducida y adaptada al castellano por Conde y Franch (1984), fue posteriormente validada por Martínez, Bourgeois y Peyre (1991).

Es una escala hetero-aplicada de 10 ítems que evalúan síntomas cognitivos y de alteración del estado de ánimo. Debe ser administrada por personal médico o paramédico experimentado una

vez concluida la entrevista clínica, pudiendo utilizarse otras fuentes de información -e.g., personas allegadas al paciente- de acuerdo con la práctica clínica habitual.

Para cada ítem la escala examina siete niveles de intensidad/gravedad puntuados de cero a seis, de los cuales cuatro -cero/dos/cuatro/seis- están predefinidos y los tres restantes -uno/tres/cinco- se reservan para situaciones intermedias en las que no es posible establecer con precisión el grado de intensidad sintomática a alguno de los niveles anteriores.

Para su puntuación se estableció: «normalidad»: cero-seis: «no depresión», 7-19: «depresión leve», 20-34: «depresión moderada» y 35 o más: «depresión grave».

### *3.2.4.- Prevalencia de los síntomas depresivos*

La depresión es una enfermedad muy frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas y es hasta dos veces más alta en mujeres que en los hombres (OMS, 2013).

La depresión en la peor de las situaciones puede derivar en el suicidio. De hecho, cada año se suicidan más de 800 mil personas y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario entre 15 y 29 años. Obsérvese que el 60% de este rango etario corresponde al ciclo vital del adolescente (OMS, 2013). El suicidio en niños y adolescentes es un fenómeno que viene creciendo desde mediados del siglo XX, llama la atención no solo tal incremento, sino también la edad de inicio de dichas conductas, pues se han reportado casos de seis y siete años de edad (De Zubiría Samper, 2007).

Además, la depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. Según la OMS (2001) la depresión determina una reducción de cuatro años de la vida activa si se compara con las personas que no sufren esta patología.

El 80% de los pacientes con patologías crónicas sufren depresión en algún momento de su transcurso (OMS, 2013).

De acuerdo con otros datos aportados por la OPS (2001) la prevalencia de depresión en la adolescencia alcanza el 8% y cerca de 1000 millones de personas padecen depresión en algún momento de sus vidas, pero solo un pequeño porcentaje es diagnosticado, ya sea por falta de capacitación sanitaria o por desconocimiento de los síntomas. En los adolescentes se asocia con altos grados de disfuncionalidad (OPS, 2001).

Otros estudios posteriores (Bathia, 2007; Rudolph & Flynn, 2007) afirmaron que más del 15 % de los niños y adolescentes poseen algún síntoma o síntomas de un TD y que el 3% de los adolescentes presenta un TD patente. Antes de la pubertad tanto niñas como niños poseen la misma probabilidad de presentar un TD. Sin embargo, después de los 14 años, el TD es dos veces más común en las niñas, quizás se deba a los cambios hormonales que se despliegan durante este período (Angold & Worthman, 1993).

Desde hace tiempo, se está colocando el acento investigativo en el TDM (DSM-5, p. 104) el cual se estima que para el año 2020 será la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo y que ha sido asociado con diversas problemáticas como el incremento de la mortalidad, la tasa de homicidios y suicidios, comportamientos agresivos y el consumo de drogas (Pardo, Sandoval & Umbarita, 2004).

Profundizando en el tema de interés de este trabajo, Czernik et al. (2006) realizaron una investigación en la provincia de Corrientes, Argentina, sobre los TD en adolescentes entre 14 y 20 años. Detectaron la presencia de depresión en el 24% de la población estudiada, observándose además coexistencia con ansiedad.

Específicamente en la CABA, se llevó a cabo un estudio (Serfaty, Andrade, D'Aquila, Masautis & Foglia, 1995) sobre depresión en la adolescencia donde se convocaron a 533 jóvenes de 18 años residentes de dicha ciudad, de los cuales el 31.44% presentaba síntomas depresivos del total de los encuestados.

### 3.2.5.- *Consecuencias vinculadas a la sintomatología depresiva*

Dentro de las consecuencias sintomatológicas de la depresión se hallan *factores fisiológicos, cognitivos-propiamente dichos y cognitivos-conductuales-relacionales* que repercuten de manera significativa en la relación bio-psico-social de quien la padece. Por eso se considera que la depresión no puede ser vista solo como una enfermedad cerebral, sino que es una enfermedad multisistémica (Márquez, 2008).

Desde de las *consecuencias fisiológicas* vinculadas a la sintomatología depresiva se señala su estrecho vínculo con el síndrome metabólico (SM) que incluye síntomas tales como la hipertensión arterial, la obesidad, la hiperglucemia -glucosa o azúcar en sangre por encima de lo normal-, la elevación de los triglicéridos -grasa en sangre- y la acumulación de grasa en el hígado, entre otras anomalías (Aranovich, 2003).

Por otro lado, la combinación de estrés crónico o depresión con altos niveles de glucocorticoides parecen estimular la preferencia por la ingesta de alimentos ricos en grasas e hidratos de carbono (Dallman et al., 2003). Los síntomas depresivos desencadenan hiper cortisolemia y esta a su vez la hiperglucemia.

De lo expuesto, se considera actualmente que los pacientes con sintomatología ansiosa y/o depresiva deberían ser considerados en la atención primaria como pacientes en alto riesgo de desarrollar enfermedad del SM y enfermedad vascular arteriosclerótica (Aranovich, 2003).

En otro orden de cosas, un abultado y creciente número de evidencias científicas (Kemeny & Gruenewald, 2000) indicaron que los episodios depresivos se asocian con cambios en la neurotransmisión del SNC y con cambios estructurales en el cerebro producidos a través de mecanismos neuroendocrinos, inmunológicos e inflamatorios. De hecho, existe un creciente número de pruebas realizadas por los investigadores Berk et al. (2013) que demostraron que la depresión está asociada con una respuesta inflamatoria crónica de bajo grado, aumento del estrés oxidativo y presencia de respuestas autoinmunes; contribuyendo todas ellas al sostenimiento e

incremento de los TD. Estos último investigadores indicaron que de acuerdo con sus observaciones clínicas las citoquinas pro inflamatorias están elevadas en los pacientes con síntomas depresivos, lo que puede explicar por qué los influjos psicosociales y los traumas agudos pueden desembocar en trastornos de TD en sujetos vulnerables, como en aquellos con una predisposición genética o los que tienen una mayor carga inflamatoria.

La relación entre los procesos inflamatorios y los síntomas de la depresión se comprueba por la asociación de ambos en enfermedades tales como enfermedades inflamatorias, autoinmunes o neuroinflamatorias como el EPOC, el asma, la enfermedad cardiovascular, la alergia, la artritis reumatoide, la enfermedad celíaca, la enfermedad de Parkinson y la esclerosis múltiple (Berk et al., 2013).

Dentro de las consecuencias *cognitivas-propiamente dichas* vinculadas a la sintomatología depresiva, se ubican como fundantes las denominadas rumiaciones mentales (Beck et al., 2012), que son una manera repetitiva y pasiva más que activa de solucionar los problemas, en donde los recuerdos del pasado, la interpretación del presente y las expectativas del futuro se vuelven negativas y distorsionadas. Los sujetos depresivos poseen una particular manera de procesar la información (Gotlib & Hammen, 2002). Esa forma de procesamiento produce entre otras cosas, lo que se conoce con el nombre de distorsiones cognitivas (Beck et al., 2012).

En ese trabajo cognitivo pueden ocurrir y de hecho suceden con mucha frecuencia -bastante más a menudo que con sintomatología ansiosa-, consecuencias que desencadenan ciertas alteraciones que lleven a los depresivos a adquirir conclusiones erróneas y/o distorsionadas. Al respecto, se han descrito varias distorsiones o errores cognitivos que denotan estos pacientes, aunque tales anomalías, también pueden estar presentes en muchas otras patologías e incluso en sujetos sin trastornos psicológicos.

Según Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), las principales distorsiones o errores cognitivos que se presentan son: la denominada *inferencia arbitraria*, que es el proceso por el cual se

adelanta una conclusión sin evidencia tangible -e.g., «el profesor me desaprobó porque soy simpatizante del equipo de fútbol River Plate y él es de Boca Junior»-.

Otra distorsión es la *maximización*, que consiste en agrandar ciertos aspectos o cualidades - e.g., los pacientes depresivos maximizan los errores, las carencias, las faltas, las pérdidas-. En el otro extremo se ubica la *minimización*, que se presenta cuando se subestiman o empequeñecen ciertos aspectos o cualidades -e.g., los pacientes depresivos minimizan los logros, las buenas cualidades, los aciertos y los éxitos- (Caro, 1997).

La *abstracción selectiva*, por su parte, consiste en centrarse en un aspecto, detalle o atributo extrayéndolo del contexto y obviando características relevantes del tema en cuestión para elaborar ciertas conclusiones -e.g., los depresivos poseen la tendencia a focalizar en los aspectos negativos y mediante ellos sacar conclusiones que comprueben su inutilidad, su poca valía personal o sus defectos- (Beck et al., 1979).

La *generalización excesiva* consiste en tomar uno o varios hechos o situaciones aisladas y sacar reglas que se expanden fuertemente para otras situaciones -e.g., los pacientes depresivos, pueden, por la experiencia de un fracaso sentimental, concluir que nunca van a poder estar en pareja- (Caro, 1997).

Otra distorsión cognitiva es la *personalización*, que se manifiesta como una tendencia a auto atribuirse sucesos externos que no tienen que ver con uno y sin la evidencia necesaria que establezca dicha relación -e.g., un depresivo expresa «por mí se accidentó mi amigo», «yo le provoqué el infarto»-. En realidad, ninguna de estas situaciones tiene que ver con su intervención o no intervención, sino que generalmente los depresivos sienten culpa sin conexión real ni perceptible alguna con el suceso negativo acontecido (Beck et al., 1979).

Por último, se encuentra el *pensamiento dicotómico*, denominado también *pensamiento absolutista*, todo o nada, o blanco o negro, que se caracteriza por la utilización de categorías polares para clasificar a hechos, experiencias, situaciones o personas, sin poder ver matices o

grados, todo se evalúa en extremos -e.g., bueno-malo, fiel-infiel, justo-injusto, lindo-feo, etc.-. Los pacientes depresivos tienden a atribuirse las categorías del extremo negativo (Beck et al., 1979).

En conclusión, las siete distorsiones enunciadas pueden representarse como esquemas equivocados de interpretar los hechos los cuales generan múltiples consecuencias negativas como, por ejemplo: a). Conflictos en las relaciones con los otros semejantes dado el tenor de las interpretaciones erróneas. b). Alteraciones emocionales como consecuencia de la perjudicial creencia en los pensamientos negativos o en la manera de ver la vida de estos sujetos, y c). Lo enunciado da lugar a una visión simplista y negativa que perjudica todo en el espectro relacional del sujeto (Beck et al., 2012).

En otro orden de ideas, uno de los factores estudiados con más frecuencia ha sido el factor atencional en las personas deprimidas. En varios estudios (Ellis, Beevers & Wells, 2011) se ha detectado un menor tiempo total de atención a estímulos positivos en participantes con depresión moderada respecto de los no deprimidos. Esta diferencia ya había sido también observada anteriormente en pacientes clínicamente deprimidos por Kellough, Beevers, Ellis y Wells (2008) y a su vez, otros estudios clínicos de esa época (Kellough et al., 2008) demostraron que los pacientes con síntomas depresivos se caracterizaban también por un mayor tiempo atendiendo a información negativa.

Como es más que sabido, el proceso atencional influye consecuentemente de manera decisiva en los factores de memorización, por lo que es pertinente explicitar en este sentido la Teoría de Red Asociativa de la Emoción y la Memoria de Bower (1987). Esta teoría ha sido una de las más frecuentemente utilizadas para dar cuenta de la naturaleza de los sesgos cognitivos. Bower añade la emoción a la estructura general de las teorías de red asociativa, de manera tal que cada uno de los estados emocionales estarían representados por un nodo emocional dentro de una red cognitiva que se relacionaría con dicho nodo, el cual, cuando es activado, se expande a través de

toda su red de conexiones e induce la evocación de las cogniciones y memorias relacionadas con dicho estado emocional. En consecuencia, lo que aparece entonces son constructos negativos específicos, que facilitarían el acceso a las proposiciones que representan experiencias negativas, siendo responsables del recuerdo selectivo de la información de contenido afectivo negativo (Bower, 1987).

En lo que respecta al ámbito escolar, algunos estudios en este sentido (Campo Arias et al., 2005) hallaron que la presencia de los TD está asociada a problemas que intervienen en el rendimiento académico en general, como en el surgimiento de un sentimiento de incapacidad para enfrentar los requerimientos curriculares y poca motivación para con la tarea escolar.

Anteriormente, en otras investigaciones más específicas (De la Peña, Ulloa & Paez, 1999; Pérez & Urquijo, 2001) se puso de manifiesto la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre síntomas depresivos de los adolescentes y el desempeño académico en materias como matemáticas, lengua y particularmente con el inglés donde a medida que aumentaban los niveles de depresión disminuían las puntuaciones en estas competencias.

Pasando a otro eje, se ha advertido a través de observaciones y estudios clínicos (Buela Casal, Carretero Dios & Macarena, 2001) una relación significativa entre la depresión y la baja autoestima, que incide decididamente en las expectativas negativas acerca del éxito académico y laboral del sujeto portador de dicha sintomatología.

Para cerrar con la observación sobre el aspecto cognitivo, la presencia de anergia -debilitación de la energía psíquica-, la falta de interés -producto de la sintomatología depresiva- combinada con los sentimientos de desesperanza, conducen a evitar responsabilidades laborales, sociales y académicas. En este estado de situación la depresión empeora, debido a que estos factores actúan de manera recursiva, perpetuándola (Beck et al., 2005).

Por último, dentro de las consecuencias *cognitivas-conductuales-relacionales*, la sintomatología depresiva se corresponde con una propensión al conflicto (Howe, 2007) y al uso

de estrategias de enfrentamiento negativas (Bodenmann & Shantinath, 2004) como ser la evitación, la negación, las auto verbalizaciones negativas, la retirada y la violencia. Estos factores incrementan las probabilidades de una mala calidad marital y relacional en general como ser: las perturbaciones transaccionales en los ámbitos laborales, sociales, educativos y pérdida de oportunidades debido a la falta de asertividad, entre otros. Todo ello trunca y perjudica el desarrollo saludable del sujeto en los diversos espacios sociales donde interactúa.

En esta misma línea de razonamiento, los investigadores Rice, Harold, Shelton y Thapar (2006) hallaron una relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y los conflictos familiares. Por otra parte, algunos individuos con sintomatología depresiva se someten a otro semejante significativo creando una excesiva dependencia interpersonal -sociotropía-, pero que les brinda un falso sentimiento de seguridad, al extremo de sacrificar sus propias necesidades para mantener dicha relación (Frewen & Dozois, 2006).

Otras investigaciones (Pardo et al., 2004; Ronsenberg, Schooler, Schoenbach & Rosenberg, 1995), han encontrado una relación significativa entre depresión y problemas conductuales-interpersonales, como la delincuencia juvenil, victimización y aislamiento social.

### *3.2.6.- Síntomas depresivos en la adolescencia*

La depresión en este segmento de la vida tiene un fuerte impacto sobre el crecimiento, el desarrollo personal, el rendimiento académico y las relaciones familiares e interpersonales en general como las más significativas (OPS, 2001).

La mayoría de los especialistas en el tema (Crowe & Ward, 2006) están de acuerdo al momento de describir los síntomas más trascendentes de la depresión propios en los adolescentes como los que siguen: a). Aumento o descenso de peso. b). Hipo o hipersomnias. c). Disminución del rendimiento académico. d). Problemas de atención y dificultad de concentración. e). Anergia. f). Agitación motora o enlentecimiento. g). Actividades autodestructivas. h). Ausencia de motivación. i). Estado de ánimo deprimido. j). Baja autoestima. k). Evitación de actividades

lúdicas. l). Interacción social y familiar disminuida. m). Pensamientos recurrentes de muerte. n). Deseo continuo de estar solo sin ser molestado, entre los que más se destacan.

A propósito de este último, -n-, si bien en la adolescencia se despliega a menudo un estado natural de soledad por los cambios propios de esta etapa, generalmente se la confunde y asocia a la depresión (Weiss, 1974). No obstante ello, en esta etapa ontogenética existe, como ya se indicó, gran proclividad al desarrollo de sintomatología depresiva, que se manifiesta como un estado generalizado de infelicidad en el que se expresa tristeza, rabia, temores, anhedonia - incapacidad para experimentar placer-, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades y falta de capacidad de respuesta ante las diversas exigencias que se presentan, entre otras expresiones (Weiss, 1974).

Se enfatiza que la depresión en los adolescentes parece ser similar a la de los adultos en cuanto a expresión sintomática; sin embargo, existe un factor diferencial más que relevante, ya que en los adolescentes la depresión es mucho mayor en cuanto a la destructividad que puede ocasionarles a sus psiquismos (Rivero, 2000).

En términos generales, los desórdenes depresivos durante la adolescencia ocurren de manera frecuente, pueden ser crónicos y prolongarse durante la edad adulta. En este sentido, existen suficientes evidencias en las últimas décadas de investigación (Crowe & Ward, 2006; Weissman et al., 1999) por los altos índices de consultas y hospitalizaciones psiquiátricas y en las dificultades laborales y de relación en general, que origina esta patología. Lamentablemente, la presencia de depresión en la adolescencia no siempre se detecta a tiempo debido a que en muchos casos se le resta importancia, ya sea por el mal diagnóstico ya indicado, así como por las características de las conductas propias de este período del ciclo vital (Ceballos Rivera, Ochoa Muñoz & Cortés Pérez, 2000).

Se destaca por lo general en el adolescente, además, una conducta inadecuada e inmadura para superar el duelo por la pérdida de la niñez, por lo que adopta comúnmente un

comportamiento hostil hacia sus progenitores o hacia sí mismo (Ronsenberg et al., 1995). En esta línea de análisis, se detectó que la depresión en la adolescencia (Monterzino, 2006) está asociada en forma estadísticamente significativa al tener uno de los padres fallecidos, padres sin trabajo, padres separados, haberse mudado, haberse peleado con la pareja, con el grupo de amigos y al consumo de alcohol y tabaco, entre las más frecuentes.

Marcelli (1992) halló que los TD se encuentran asociados con la promiscuidad sexual, conductas delictivas, con aumento de la violencia y de la agresividad, así como con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), por lo que la depresión en la adolescencia además del propio coste personal, conlleva un grave costo social ya explicitado.

A propósito -habiendo mencionando a los adultos-, en varios estudios (De la Peña et al., 1999) se ha detectado que los hijos adolescentes de padres deprimidos pueden tener padecimientos comórbidos, por ejemplo, con trastornos disociales (TDS), ADHD, TA, etc.

El TDM, por su parte, es uno de los principales factores de riesgo de suicidio entre los adolescentes (OPS, 2014). Según sus estimaciones, el suicidio es la cuarta causa de fallecimiento en el tramo de edad de 15 a 44 años -nótese que cerca del 35% de la franja indicada corresponde al período adolescente-. A nivel mundial, uno de los datos más preocupantes es el aumento del suicidio en adolescentes sobre todo del sexo masculino (OPS, 2014).

Se conoce que el TDM presenta un primer incremento alrededor de los 17 años, un segundo pico aprox a los 32 años y finalmente, un tercer pico a los 65 años (Medina Mora, Borges, Lara, Benjet & Blanco, 2003).

Estévez, Musitu y Herrero (2005) y Musitu et al. (2007) marcaron la importancia que tiene el contexto familiar para el desarrollo de la depresión. Entre los principales aspectos que han sido identificados como factor de riesgo, se destacan la presencia de problemas de comunicación entre padres e hijos. Otro factor de riesgo es la percepción de los adolescentes acerca de que en sus familias está instalado un elevado nivel de conflictividad, rechazo y hostilidad y un escaso o

excesivo control conductual por parte de los padres (Villatoro et al., 1997), así como una baja experimentación de afecto y proximidad (Pardo et al., 2004).

El hecho de que se encuentren presentes estos factores provoca una incidencia negativa en la esfera emocional y cognitiva de los adolescentes, que los estimula a ser más proclives a un TD (Kraaij, Garnefski, Jan de Wilde & Dijkstra, 2003).

En el otro extremo, factores como la presencia de una comunicación abierta y fluida entre padres e hijos, la manifestación de emociones positivas (Estévez et al., 2005; Jiménez, 2003; Pardo et al., 2004), el apoyo existente en el seno de la familia y/o una organización clara y explícita de los padres hacia los hijos en lo que respecta a las reglas de disciplina (Villatoro et al., 1997) son considerados como aspectos protectores que promueven un ajuste emocional y cognitivo adecuado en los adolescentes, minimizando en este escenario el riesgo que se presente un TD.

### *3.2.7.- Síntomas depresivos y consumo de tabaco*

Varios estudios concluyeron que el consumo tabáquico incrementa el riesgo de padecer depresión (Brown, Lewinsohn, Seeley & Wagner, 1996; Cervilla, 2004; Covey & Tam, 1990). Cervilla (2004), por otro lado, halló que consumir tabaco induce a la depresión independientemente de los mencionados factores de riesgo de enfermedad cardiovascular - presión arterial, arritmia- y cerebrovascular -accidente cerebrovascular isquémico, accidente cerebrovascular hemorrágico-, índice de masa corporal y niveles de colesterol sérico; lo que incrementa el doble el riesgo de padecer depresión a lo largo de los 54 meses de seguimiento de los implicados en su estudio.

Un estudio posterior realizado por Audrain McGovern, Rodriguez y Kassel (2009) sostuvo que existe una relación directa entre el consumo de tabaco y los síntomas de depresión. Halló además que los individuos con estos síntomas manifestaron sentir alivio de sus sensaciones de malestar producidas por la depresión al consumir tabaco.

En esa misma línea, los investigadores Lai, Hong y Tsai (2001) hallaron una fuerte asociación entre la dependencia a la nicotina y la presencia de un TDM, que en muchas ocasiones precedía al inicio del consumo de tabaco. De hecho, de acuerdo con lo indicado por Kassel (2007) los pacientes depresivos son más susceptibles a fumar que la población general y revelan una importante reducción en la severidad de sus síntomas al consumir nicotina. Este tipo de pacientes tienen mayores probabilidades de mantenerse en abstinencia al recibir tratamiento para mejorar su estado de ánimo.

El consumo de tabaco es frecuente tanto en adultos como en adolescentes con depresión severa y ansiedad, siendo la depresión una de las alteraciones del estado de ánimo más frecuentes en los fumadores (Glassman et al., 1990). En efecto, este último investigador coincide con lo expresado precedentemente al indicar que el consumo de cigarrillos suele ser mayor en pacientes deprimidos que en los emocionalmente estables.

Un punto a destacar aquí es que el consumo frecuente de sustancias como la nicotina durante los años de la niñez/adolescencia tiene efectos permanentes en la estructura cerebral dado que se producen cambios a nivel neuronal generando un deterioro que no se produce de la misma forma cuando dicho consumo tiene lugar en la etapa adulta (Consejo Estatal contra las Adicciones, [CECA], 2016)- complementando, ver particularidades del cerebro adolescente ya descrito en el capítulo 2, Adolescencia, primer parte-. Lo dicho justifica sobradamente que uno de los objetivos de la intervención sobre adolescentes en el escenario más negativo sea retrasar el inicio del consumo de sustancias hasta una edad en la que el desarrollo cerebral esté más avanzado madurativamente hablando y, por lo tanto, se presente menos sensible a los efectos nocivos de la droga.

Por otro lado, según los investigadores Lai et al. (2001), cuando en las evaluaciones iniciales de los pacientes que comienzan el tratamiento para la cesación tabáquica se detectan niveles elevados de sintomatología depresiva, esta predice una baja tasa de abstinencia al final del

tratamiento. Además, revelaron también que el incremento de la sintomatología depresiva en la sexta semana y en el sexto mes después del tratamiento se asocia con el fracaso de la abstinencia.

Se asume que el consumo de tabaco en este tipo de sujetos actúa a modo de automedicación frente a diversos síntomas depresivos (Kassel et al., 2007).

Por su parte, los investigadores Catley, Harris, Okuyemi, Mayo y Pankey (2005) han detectado en sus estudios que durante la abstinencia al cigarrillo la sintomatología depresiva se vuelve más frecuente y con mayor intensidad, razón por la cual los fumadores poseen serias dificultades para mantenerse sin consumir tabaco. En este estado de cosas, la interrupción del consumo favorece el aumento de los síntomas depresivos y eventualmente la recaída a la adicción tabáquica (Catley et al., 2005).

La nicotina, como otras drogas psicoestimulantes, incrementa la liberación de dopamina en el sistema meso límbico y en el núcleo accumbens, y potencia las propiedades reforzadoras de la droga -ver apartado 1.1., La nicotina y el cigarrillo-. A su vez, la acción de la nicotina ejerce un mayor efecto en situaciones angustiantes, lo que explicaría su mayor potencial adictivo en personas deprimidas (Kassel et al., 2007). Ellas, en ese estado, poseen mayor sensibilidad a los efectos adversos de la estimulación vivenciada, la cual incrementaría el potencial reforzador de la droga mediante el mecanismo de liberación de dopamina que produciría un alivio rápido sobre los efectos adversos de las emociones negativas (Kassel et al., 2007).

Por otro lado, un estudio experimental que incluyó tanto adultos como adolescentes (Picciotto, Brunzell & Caldarone, 2002) demostró que la nicotina provoca efectos tanto antidepressivos como ansiógenos según la cantidad, la vía de administración utilizada, las condiciones de evaluación y el tiempo transcurrido desde su administración.

De la Peña, Higuera, Domínguez y Palacios (2001) manifestaron que los sujetos que desarrollan depresión en edades tempranas -niñez o adolescencia- tienen 18 veces mayor probabilidad de desarrollar dependencia a las drogas, entre ellas el tabaquismo. A este respecto,

los investigadores Benjet, Borges, Medina Mora, Bautista y Zambrano Ruiz (2004) concluyeron que es muy probable que los resultados obtenidos por De la Peña et al. (2001) se atribuyan a la falta de detección y tratamiento oportuno en los adolescentes.

Diversas investigaciones (Ernst, Moolchan & Robinson, 2001; Upadhyaya, Deas, Brady & Kruesi, 2002) advierten y destacan que la gestación de la dependencia a la nicotina durante la adolescencia es distinta a la que se produce en población adulta. El cerebro en desarrollo de los adolescentes es lo que marca la diferencia y lo hace más susceptible, requieren un menor tiempo de exposición al tabaco y un menor volumen de consumo para sufrir dependencia investigaciones (Ernst et al., 2001; Upadhyaya et al., 2002) -como complemento ver capítulo 2, Adolescencia (Durston et al., 2006)-.

Por último, constan evidencias que indican que existe una relación significativa entre depresión y problemas conductuales-interpersonales en los adolescentes, relacionados al consumo de sustancias nocivas para la salud, entre ellas el tabaco (Pardo et al., 2004; Ronsenberg et al., 1995).

## **4. CAPÍTULO- 4: RASGOS DE LA PERSONALIDAD Y DESEABILIDAD SOCIAL**

### **4.1.- Rasgos de la personalidad**

Desde los comienzos de la psicología como ciencia, la pregunta sobre qué es la personalidad se ha constituido en uno de los focos centrales del debate en el área (Montaño Sinisterra, Palacios Cruz & Gantiva, 2009). Etimológicamente, el vocablo «personalidad» proviene de la palabra latina *personare*, que en un principio significaba máscara teatral y posteriormente su significado fue ampliándose al rol que desempeña el actor y más aún a sus características individuales. Más tarde, esta palabra se fue asociando cada vez más y con mayor intensidad a la esencia misma de la persona con sus características particulares, hasta llegar a ser como hoy en día se la considera, un constructo teórico que trata de dar cuenta del comportamiento humano. Sin embargo, en función del enfoque de estudio utilizado, ha sido definida de varias y múltiples formas a través del tiempo (Montaño Sinisterra et al., 2009).

De hecho, y de acuerdo con diversos investigadores relevantes y de manera cronológica, la personalidad fue definida, por ejemplo, por Allport, como «la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio» (Allport, 1937, p. 48).

Eysenck y Eysenck (1985) postularon que la personalidad es una organización medianamente estable y perdurable del carácter, temperamento, intelecto y físico de un sujeto que establece su adaptación al contexto interactuante. El carácter muestra el sistema más o menos estable y perenne de comportamiento conativo -voluntad- del sujeto. El temperamento, por su parte, se muestra como un sistema medianamente constante y duradero de la conducta afectiva -emoción-. El intelecto denota un sistema regularmente estable y perdurable del comportamiento cognitivo -

inteligencia-. Por último, el físico representa una conformación más o menos invariable y perdurable del sistema corporal y del bagaje neuroendocrino (Eysenck & Eysenck, 1985).

Dentro de las definiciones más actuales se destaca la de los investigadores Millon y Richard (2006), quienes definen la personalidad de la siguiente forma:

Como un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Es decir, la personalidad es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona (Millon & Davis, 2006, p. 2).

Existen diversos modelos para el estudio de la personalidad. Los enfoques empíricos monotaxonómicos, por ejemplo, están focalizados en una o pocas clases de análisis. El supuesto que lo sustenta es que el conocimiento se profundiza indagando en la estructura de los datos obtenidos a través de los instrumentos de medición que existen sin la necesidad de buscar nuevas teorías. De acuerdo con este enfoque, las diferencias individuales entre los sujetos se manifiestan por un puñado de rasgos psicológicos. Dentro de estos modelos se ubican las aproximaciones del investigador Cattell (1943) quien fuera uno de los pioneros en el estudio analítico-factorial para instaurar las dimensiones de la personalidad, lo que resulta en un modelo empírico monotaxonómicos (Cattell, 1965).

Los enfoques empíricos politaxonómicos, por su parte, se abocan al refinamiento de los instrumentos de medición desde las vertientes psicométricas e instrumentales, sin tomar en consideración las unidades no observables o inferenciales.

En el contexto de este enfoque, la teoría del *Big Five* se ubica como la más representativa y de mayor utilización en el área psicológica en lo que respecta al estudio de la personalidad. Posee una estructura léxica y nomotética que se remonta a los trabajos de Galton (1884), que fue

pionero en la utilización de adjetivos hallados en los diccionarios con la finalidad de lograr una descripción de la personalidad humana.

Diversos investigadores utilizaron esta idea para armar listados de palabras como Allport y Odbert (1936) y Cattell (1943), y luego llevaron a cabo estudios factoriales que culminaban de manera generalizada con el hallazgo de cinco factores (e.g., Digman, 1963; Fiske, 1949). Estos últimos coincidieron en denominarlos de la siguiente forma: extraversión (E), apertura a la experiencia (AE), amabilidad (A), neuroticismo (N) y responsabilidad (R). Este modelo para evaluar la personalidad es conocido como el «modelo de los Cinco Factores» o *Big Five*.

En otra línea, se hallan los enfoques teóricos politaxonómicos que se orientan a clasificar los distintos tipos de personalidad y sus anomalías dentro de un mismo cuerpo de estudio. Su fortaleza estriba en poder generar una taxonomía que sustituya la antigua incorporación de elementos jerárquicos, para instaurar así un esquema diagnóstico real.

Este enfoque trata de dar cuenta de un nuevo marco teórico cuya finalidad es poder proveer una explicación acabada de la personalidad.

La perspectiva de Millon (1996) se ubica dentro de este enfoque, y se sitúa como uno de los modelos integradores en el terreno de la personalidad, ya que se considera un puente entre la personalidad normal y sus trastornos (Millon & Davis, 2006).

Por último, los enfoques teóricos monotaxonómicos se centran en concepciones de origen inferencial que no son observables y que emplean pocas unidades de análisis para comprender al sujeto en cuestión.

En el espacio de este espectro se ubican investigadores mayoritariamente psicoanalíticos. Kernberg (1984) sea tal vez quien realizó los aportes más significativos. Indicó que la personalidad se encuentra más sujeta a los distintos niveles de severidad que a las fijaciones a etapas psicosexuales tempranas. Establece los tipos de personalidad según el nivel de severidad

de los síntomas del sujeto, y estos niveles son bajo, intermedio y alto, y de su conformación estructural neurótica, límite y psicótica.

Si bien no son objeto de esta investigación, existen otras taxonomías capaces de identificar aquellos rasgos de personalidad que se encuadran dentro de las patologías de los trastornos de la personalidad. Unos de los más representativos es el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2-RF) de Ben Porath y Tellegen (2009) que basa su tradición en sus antecesores MMPI y MMPI-2, para adultos pacientes y no pacientes.

El *Personality Assessment Inventory* (PAI) de Morey (2007), con adaptación al español (Ortiz Tallo, Santamaría, Cardenal & Sánchez, 2011), es capaz de detectar los rasgos de personalidad psicopatológica en adultos y adolescentes.

#### *4.1.1.- Dimensiones de la personalidad de acuerdo con el modelo de los cinco factores (Big Five Inventory, BFI)*

Se detallan a continuación las dimensiones del *Big Five Inventory* (BFI) de John, Donahue y Kentle (1991), ya indicadas en el *Big Five*, pero que se desarrollarán a continuación:

La E como dimensión -se utilizarán los términos «dimensión» o «factor» indistintamente de aquí en más- incluye características tales como la excitabilidad, asertividad, locuacidad y altos montos de expresividad emocional. Sus extremos se esgrimen desde «solitario» o «reservado» hasta «extrovertido» o «enérgico».

La dimensión E agrupa aquellos rasgos que reflejan la tendencia a buscar la estimulación en la compañía de otras personas, y mostrar así predisposición hacia la sociabilidad, con el énfasis puesto en la búsqueda de las emociones positivas, como la felicidad y la satisfacción (Wilt & Revelle, 2009). Tales conductas llevan al sujeto a interesarse en nuevas actividades y vincularse con otros, lo que generalmente repercute positivamente en su calidad de vida.

Dentro de esta dimensión se ubica un estado particular denominado «satisfacción con la vida». Esta se define como «la percepción subjetiva de la calidad de vida de un sujeto apoyada

en las predilecciones individuales de variados dominios de la vida y de la satisfacción en esos dominios» (Wood, Froh & Geraghty, 2010).

No obstante, cabe señalar que la mayoría de las investigaciones (Gadermann, Schonert Reichl & Zumbo, 2010) sobre bienestar subjetivo en general y satisfacción con la vida en particular se han llevado a cabo en poblaciones adultas, por lo que, comparativamente, es reducido el número de trabajos destinados a analizar la satisfacción con la vida en niños y adolescentes.

En el polo opuesto, los introvertidos suelen caracterizarse por ser reservados y esta conducta, por lo general, logra que se los confunda con los antipáticos. Una de sus particularidades es que son poco dependientes de otros, prefieren estar solos antes que en situaciones sociales muy animadas. Esto no significa que sean introspectivos e infelices, de hecho, en situaciones como círculos cerrados de amigos pueden ser tan animados y habladores como los extravertidos (Wood et al., 2010).

Pese a que social y psicológicamente se perciba más saludable el polo positivo, esto no es necesariamente así ya que la «no agradabilidad» en sus componentes de escepticismo y pensamiento crítico es necesaria para el desarrollo productivo en muchos ámbitos del quehacer humano, como, por ejemplo dentro del ámbito científico (Wood et al., 2010).

En lo que respecta a la dimensión N, esta se describe como la tendencia a experimentar emociones negativas como respuesta a amenazas percibidas. Incluye ansiedad, irritabilidad emocional, depresión, tristeza, ira y mal humor. Esta dimensión, entre sus polos, se desplaza desde «seguro y tranquilo» hasta «desconfiado y alterado».

El factor N está relacionado con la disposición a padecer lo que clásicamente se conoce como trastornos neuróticos (Eysenck, 1990) tanto TA como TD y TDM. Un individuo con alto N generalmente es ansioso, depresivo, tenso, tímido, triste, emotivo, con baja autoestima y sentimientos de culpa (Eysenck, 1990).

Una de las características de estos sujetos es que tienden a responder emocionalmente a los estímulos relativamente neutros. A menudo están de mal humor, lo que afecta en gran medida su forma de pensar y la toma de decisiones.

Las bases biológicas del factor N tienen que ver con el cerebro o sistema límbico, compuesto por estructuras tales como *septum medial*, hipocampo, amígdala, cíngulo e hipotálamo. Todas ellas son responsables de la dimensión N (Eysenck, 1990; Eysenck & Eysenck, 1994). El grado de actividad del sistema que tradicionalmente ha sido considerado como el responsable neuroanatómico de las emociones determinaría el nivel de emotividad de las personas (Eysenck, 1990).

Otro de los cinco grandes de la personalidad es la dimensión A que, como tal, por su lado, incluye atributos como la confianza, la bondad, el afecto, el altruismo y otros constructos prosociales como el comportamiento amistoso y la empatía.

La A, o afabilidad o tendencia al acuerdo, se refiere a dos rasgos que se asocian, por un lado, a la capacidad para establecer vínculos sociales sinceros y, por el otro, a una marcada disposición a interesarse por los demás (Graziano & Tobin, 2009).

En concordancia con lo expresado, un estudio al respecto llevado a cabo por los investigadores Graziano y Tobin (2009) refiere que la dimensión A facilita las relaciones interpersonales y la solidaridad, y promueve la amistad, con lo cual se fortalece el apoyo social.

No obstante, otros estudios han indicado que el factor A no predice mayor aceptación social (Berry & Miller, 2001; Graziano, Jensen Campbell & Hair, 1996). Estos investigadores manifestaron que puede deberse a que el factor A por sí solo no es una particularidad de autovaloración en sí misma. A pesar de que la mayoría de los sujetos suelen preferir relacionarse con individuos que presenten mayores niveles de A en vez de sujetos desagradables, en ausencia de otros atributos, la A puede ser comprendida, y de hecho sucede a menudo, como una actitud de sometimiento y/o excesiva complacencia.

Para Barrick y Mount (1991), el factor A se vincula con el desempeño en el puesto del quehacer cotidiano de la persona, con la orientación al logro, con la dimensión R, el cuidado, la planeación y la organización del trabajo. Esta particular forma de comprender la A ha sido confirmada también por Tett, Jackson y Rothstein (1991).

La R como otro factor está signada por los extremos que se esgrimen desde «descuidado» o «manipulable» hasta «organizado» y/o «eficiente». La dimensión R remite a constructos relacionados como la autodisciplina, el control de los impulsos y la ordenación. Expresa la habilidad para ejercer el autocontrol necesario para acatar reglas lógicas y saludables.

La R, también denominada «escrupulosidad» o «tesón», remite, además, a aquellas características ligadas a la capacidad de identificar con claridad los propósitos para concluir proyectos a corto, mediano y largo plazo (Allen, 2002).

Del mismo modo, si esas personas son capaces de identificar objetivos y planificarlos de un modo sistemático para alcanzarlos, la R se encuentra asociada al éxito y, por ende, al constructo autoeficacia (Fleeson & Heckhausen, 1997). Ambos aspectos, autoeficacia y la posibilidad de divisar el éxito, favorecen una autoestima más elevada (Costa et al., 1991). Estos últimos investigadores indicaron además, que las personas más responsables logran aceptación social a partir del cumplimiento de sus obligaciones con otros, se comprometen en sus relaciones interpersonales y se presentan como compañero de trabajo honestos. Por todo esto, se ha señalado que la R es un elemento predictor de las relaciones de pareja a largo plazo, y en mayor medida los sentimientos positivos respecto de la relación (Kammrath & Peetz, 2011).

Como última dimensión, se describe la AE, que es la que ha originado más confusiones y desacuerdos en el modelo BFI. Sus componentes constitutivos son la imaginación activa, la atención a las vivencias internas, la curiosidad intelectual e independencia de juicio y la satisfacción por la variedad.

Las personas con estas características son originales e inclinadas a ideas nuevas y valores no convencionales. Significa que se posee un aprecio general por el arte, la aventura y las ideas inusuales. Se podría decir que los sujetos que son proclives a la AE tienen fundamentalmente facilidad para el cambio.

Las personas con puntuaciones elevadas de AE suelen ser individualistas e inconformistas, y además son muy conscientes de sus sentimientos. Esto conlleva fuertes grados de emocionalidad, audacia, inteligencia y liberalismo (McCrae & Sutin, 2009).

Anteriormente para Digman (1997) el factor AE, se relacionaría con un concepto proveniente de la corriente humanista: el crecimiento personal o la realización del sí mismo, con lo cual calificaciones elevadas en esta dimensión, puntualiza este último, propician conductas orientadas al bienestar subjetivo de las personas con estas características, incorporando por lo general hábitos saludables, lejos de ambientes tóxicos. Estos sujetos poseen mecanismos que atenúan y en el mejor de los casos funcionan como protectores ante conductas desadaptativas y/o perjudiciales para la salud.

Continuando con McCrae y Sutin (2009) y en esta línea, indicaron además, que sujetos con estos rasgos poseen alta sensibilidad estética lo que permitiría inferir que, en algunos casos, una mayor AE ligada a la curiosidad y al interés por ampliar el repertorio de respuestas comportamentales con relación tanto a mostrarse abiertos a lo diferente como así también a explorar el gusto estético y artístico, es terreno propicio para sentirse mejor con uno mismo - mejor autoestima-.

En su polo opuesto, los sujetos tienden a ser convencionales en sus conductas y apariencias, son social y políticamente conservadores y prefieren lo familiar a lo novedoso.

Las personas con poca puntuación en AE (McCrae & Sutin, 2009) tienden a tener intereses más convencionales y tradicionales. Prefieren lo sencillo y lo obvio antes que lo complejo, ambiguo y sutil. Pueden ver el arte y las ciencias con sospecha, ya que las consideran inútiles y

no prácticas. Las personas cerradas prefieren familiaridad antes que novedad y son resistentes al cambio.

#### *4.1.2.- Operacionalización del modelo de los cinco factores de la personalidad.*

Los test que se administran generalmente en la clínica o fuera de esta para detectar los rasgos de la personalidad en este contexto son: el Inventario de los Cinco Factores de la Personalidad (Big Five Inventory, BFI) (John et al., 1991) -se utilizó en esta investigación-; el cuestionario de los Cinco Factores Alternativos de la Personalidad, también llamado An Alternative Five Factorial Model (ZKPQ) creado por Zuckerman, Kuhlman, Thornquist y Kiers (1991); y el Inventario de los Cinco Factores de la Personalidad Revisado -(NEO-PI-R) de Costa y McCrae (1992).

##### 4.1.2.1. - El inventario de los cinco factores de la personalidad (*Big Five Inventory*, BFI)

El instrumento denominado BFI y creado por John et al. (1991) evalúa las cinco dimensiones de la personalidad, que dan cuenta de la variación fenotípica de la personalidad. Contiene 44 ítems que representan los cinco grandes factores de la personalidad, como ya se indicó precedentemente: E, N, A, R y AE. Está conformado por una estructura adecuada e integradora para la descripción de la personalidad en un lenguaje «natural».

Se trata de una escala tipo Likert con cinco opciones: «muy en desacuerdo», «en parte en desacuerdo», «ni de acuerdo ni en desacuerdo», «en parte de acuerdo» y «muy de acuerdo».

Este instrumento es un derivado de una prueba de adjetivos de la personalidad convertidos en frases cortas para facilitar la comprensión de los elementos del *test*. El autor de la técnica demostró su validez y fiabilidad en grupos de población general adulta norteamericana. Esos estudios verificaron la validez concurrente con otros instrumentos reconocidos que evalúan la personalidad (John et al., 1991).

Por su parte, los investigadores Fossati, Borroni, Marchione y Maffei (2011) han argumentado en sus estudios las muy buenas propiedades psicométricas del *test* BFI, ya que es un instrumento muy útil y de fácil administración en diferentes contextos gracias a sus 44 ítems de corta administración, y se puede aplicar a diversos ámbitos en los que se pretenda medir la personalidad.

Por otro lado, un análisis sobre el uso de la versión adaptada a contextos de habla hispana del BFI por Internet (Benet Martínez & Jhon, 1988) arrojó una consistencia general del cuestionario aceptable -.73-.

Para la adaptación local -Argentina- (Castro Solano & Casullo, 2001), se corroboró primeramente la homogeneidad de cada una de las escalas del BFI, y se llevó a cabo un análisis de fiabilidad en el que se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para cada una de ellas. Para A, .67; para el factor R, .74; para el factor N, .68; para el factor E, .67 y .72 para el factor AE.

En la muestra participaron 337 adolescentes con edades entre 13 y 19 años de escuelas de enseñanza media públicas y privadas de la CABA y GBA: 159 varones (47%) cuya media de edad era de 16,38 ( $DT = 1.94$ ) y 158 mujeres (53%) cuya media de edad era de 16.46 ( $DT = 1.90$ ).

Se pudo concluir que el BFI aplicado a población local adolescente es confiable, y se verificó la homogeneidad de cada una de las escalas que lo componen (Castro Solano & Casullo, 2001).

#### 4.1.2.2. - El cuestionario de los cinco factores alternativos de la personalidad (ZKPQ)

El modelo de los cinco factores alternativos de la personalidad, también denominado *Alternative Five Factorial Model* (ZKPQ), creado por Zuckerman et al. (1991) está apoyado en la idea de que la estructura de los rasgos en la personalidad humana se halla mejor explicada por cinco factores extensos, que son los que siguen: impulsiva búsqueda de la sensación (ImpSS), neuroticismo-ansiedad (N-Anx), agresión-hostilidad (Agg-Host), sociabilidad (Sy) y actividad (Act) sustentados en la teoría de que los rasgos básicos de la personalidad son aquellos con una

fuerte base biológico-evolutiva. Este modelo carece de cualquier equivalente a la dimensión llamada AE del BFI de John et al. (1991).

Consta de 99 elementos en un formato de verdadero-falso. Este modelo corresponde a dimensiones de dos factores (N y E) de Eysenck (1947), y a cuatro de las cinco dimensiones del BFI -ya explicitado más arriba-. El rasgo de N-Anx es prácticamente idéntico al de N, mientras que el de Sy es muy similar al de E en el modelo de Eysenck y del BFI.

Un estudio posterior (Aluja, García & García, 2002) que comparó este modelo de Zuckerman y el BFI utilizando análisis factoriales advirtió que la actividad, la Sy y la E podrían incluirse en un solo factor, lo que sugiere que la Act y la E son factores que se encuentran estrechamente relacionados.

#### 4.1.2.3. - El inventario de los cinco factores de la personalidad revisado (NEO-PI-R)

Este instrumento mide los cinco factores de la personalidad: N, E, A, AE y R, se denomina NEO-PI-R y fue creado por Costa y McCrae (1992). Dichos factores son relativamente independientes y dan cuenta de la variación fenotípica de la personalidad.

El cuestionario está compuesto por un total de 240 ítems a los que se responde en una escala Likert de cinco opciones -en función del grado de adherencia-. Cada dimensión se compone de seis escalas o facetas.

Se utiliza en población adulta no pacientes y pacientes, y no brinda información psicopatológica directa. Se puede administrar individual o colectivamente.

Se recomienda la utilización de esta prueba en todos los ámbitos en los que se considere conveniente evaluar la personalidad -organizacional, clínico, educativo-, dado que en los últimos 20 años este modelo se ha reconocido como la clasificación de rasgos de la personalidad más validada y consensuada (Aluja, Blanch, Solé, Dolcet & Gallart, 2008). Por otro lado, se recomienda el uso del NEO-PI-R frente a versiones anteriores. De hecho, el material que presenta la casa editorial, como cuadernos, hoja de respuesta, etc., así como diferentes opciones

de corrección por Internet, es apropiado, por lo que representa un valor añadido interesante (Aluja et al., 2008).

En conclusión, sobre este instrumento existe abundante investigación que muestra muy buenas cualidades psicométricas, que se han mantenido en la adaptación española gracias a la rigurosa aplicación realizada. Dada su extensión, es recomendable su utilización en los casos de administración única (Aluja et al., 2008).

#### 4.1.3.- *Consecuencias vinculadas a los rasgos de la personalidad*

Se expondrán algunas de las consecuencias más significativas por su nivel de importancia a nivel  *fisiológico-emocional-cognitivo* que afectan de manera directa lo  *conductual-relacional*. Esto trae aparejado la presencia de los rasgos de la personalidad en su extremo más negativo en los sujetos portadores de los mismos.

Desde el aspecto  *fisiológico* (Junqué & Barroso, 2009), si se encuentra afectado en mayor o menor medida el lóbulo frontal, se genera un estado de emocionalidad negativa que desencadena conductas impulsivas y perjudica así las interacciones con otro y/u otros, por no poseer precisamente el debido control emocional requerido para las mismas. Estas manifestaciones se presentan dentro de la dimensión N y a la vez dicha emocionalidad negativa genera altos montos de vulnerabilidad también comprendida dentro del factor N.

Producto de esta anormalidad, se presenta, además, una falta de voluntad -en gran parte producto de la emocionalidad negativa- en forma generalizada para llevar a cabo determinadas tareas cotidianas. Esto se conoce con el nombre de «abulia», e impide el desarrollo, la evolución y el progreso adecuados y esperados en los diversos ámbitos donde interactúa el sujeto.

Si, por su parte, el lóbulo temporal también se presenta afectado o con déficit (Sánchez Serrano, Villamil Hernández, Mazorco Salas, García Castro & Lozano Sapudio, 2014), lo  *emocional-cognitivo* está comprometido con presencia de índices negativos del factor A, y desencadena respuestas  *conductuales-relacionales* que no permiten, entre otras cosas, sembrar

relaciones duraderas con sus otros semejantes. Como consecuencia, habitualmente ponen en marcha comportamientos de soledad y aislamiento que actúan de manera recursiva en sus disfunciones, y allí la dimensión E brilla por su ausencia.

Otra anomalía que se presenta por el déficit de dicho lóbulo temporal y desde el eje emocional-cognitivo es una marcada escasez en la capacidad de juicio, que se encuadra dentro del factor R, con lo cual las decisiones y consecuencias sobre muchas de las acciones de estos sujetos se ven severamente afectadas y con ello se perpetúa su problemática.

Se produce también una perseverancia en la discusión de problemas encuadrada en la dimensión N, lo que denota una marcada hostilidad, ya que, por ser personas por lo general inflexibles, no logran consensuar sino que la conducta de enfrentamiento es lo habitual.

Un comportamiento que se despliega por el indebido funcionamiento de este lóbulo -temporal-, además, es la conducta impulsiva contenida dentro del factor N (Sánchez Serrano et al., 2014) que, al igual que en el lóbulo frontal, genera serios inconvenientes relacionales y acciones de riesgo para el sujeto portador de este rasgo, debido a que desencadena el comportamiento violento con todo lo que ello implica, concebido como emocionalidad negativa, labilidad emocional o afectividad restringida.

Por último, la disfunción del lóbulo parietal (Kandel et al., 1991) puede dar lugar a descuidar partes del cuerpo dentro del espacio -negligencia contralateral-, lo que origina, además, el deterioro de muchas habilidades del sujeto y perjudica así sus competencias, encuadradas dentro del factor AE.

Es muy frecuente, además, que puedan estar mermadas las conductas del cuidado personal tales como el vestirse de manera aceptable y/o mantener la higiene personal y general, también dentro del rasgo AE, lo que origina un rechazo social generalizado.

En otro orden de cosas, un constructo que aparece, además, desde lo emocional-cognitivo es el egocentrismo, el polo más opuesto de la dimensión A, en el que se coloca la persona en una

postura individualista, sin generar empatía en la mayoría de los ámbitos donde interactúa, lo que también ocasiona habitualmente rechazo social (Sánchez Serrano et al., 2014).

Como resultado de todas estas disfunciones que se presentan debido a este binomio emocional-cognitivo contaminado negativamente, producto del inapropiado funcionamiento de los lóbulos ya enunciados, se genera una activación neurofisiológica inadecuada (Coccaro & Siever, 2007) ante una amenaza o daño percibido y con ello, sus consecuentes comportamientos.

En las actitudes conductuales, los rasgos que se manifiestan en sus polos negativos se originan por diversas razones como: (a). La aversión al contacto con otras personas, dimensión E. (b). Las sospechas, los celos patológicos, el fanatismo o la venganza, dimensión A. (c). La necesidad de liberar la tensión recurriendo a la escisión como mecanismo de afrontamiento o por el temor a la pérdida, dimensión N. (d). Las intermitencias de las conductas, indisciplina y falta del sentido del deber, dimensión R. (e). La monotonía, inactividad y falta de creatividad, dimensión AE (Coccaro & Siever, 2007).

No obstante, en muchos casos, todas las concatenaciones antes descriptas pueden estar influidas además por ciertos procesos de aprendizajes que se activan una y otra vez en esas circunstancias (Rutter, 1987) como, por ejemplo, malos tratos en la infancia, influencia de las nuevas tecnologías, los medios de comunicación o modelos educativos inapropiados y el fracaso personal, máxime cuando está emparentado a una baja autoestima y a sentimientos de humillación, vergüenza o impotencia.

Finalizando este apartado, un hallazgo interesante fue aportado por los investigadores Zuckerman y Kuhlman (2000), que propusieron que la relación observada entre los niveles de testosterona y la dimensión N dentro de la cual se manifiestan rasgos de agresividad, pulsión sexual y búsqueda de vivencias riesgosas puede estar mediada por los efectos de la testosterona en el sistema dopaminico de los neurotransmisores por medio de una enzima que regula la acción

de la dopamina. Estos incrementos de testosterona incluyen un aumento del ritmo cardiaco y de la presión sanguínea, así como de los niveles de adrenalina y noradrenalina.

#### *4.1.4.- Rasgos de la personalidad en la adolescencia*

Si bien no es intención de este trabajo investigativo abordar los rasgos psicopatológicos de la personalidad, se considera pertinente exponer el continuo de la normalidad a la patología, que conlleva sus distintos gradientes para cada caso en particular, a fin de clarificar los rasgos descriptos.

En una revisión crítica de la literatura longitudinal acerca de los rasgos de la personalidad a lo largo de toda la vida, los investigadores Roberts y Del Vecchio (2000) demostraron que estos eran menos estables durante la infancia-niñez y la adolescencia que durante la edad adulta. Sin embargo, más adelante, los hallazgos clínicos y de investigación acerca de los rasgos de la personalidad en sus polos negativo y desadaptativo (Roberts et al., 2009) enfatizaron sus precursores en el desarrollo temprano y cada vez es más frecuente que se describan patrones de personalidad duraderos que hacen su aparición al final de la edad escolar inicial -alrededor de los seis años de edad-.

Acorde a lo descripto, los análisis longitudinales de los datos sobre la personalidad ya habían puesto en relieve (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001) que la transición de la adolescencia a la edad adulta se caracterizaba más por la continuidad de la personalidad que por el cambio.

Estos últimos investigadores, además, concluyeron que los rasgos patognomónicos distintivos de la personalidad desadaptativa son la labilidad emocional/cognitiva y conductual, junto con la impulsividad. El inconveniente estriba -continúan indicando- en que estas características en el ciclo adolescente son comunes y normales y debido a que tal período coincide precisamente con la construcción de la personalidad, se torna complejo conocer a ciencia cierta si lo comportamental es transitorio o perdurable en el tiempo.

A raíz de esa realidad tangible, algunos investigadores (Crawford, Cohen & Brooks, 2001) plantearon en su momento el constructo inflexibilidad -rigidez en las conductas, creencias, pensamientos, razonamientos, formas de ser, de sentir, etc.-, más allá de la disfuncionalidad, como el rasgo de la personalidad que se debe tener presente a la hora de llevar a cabo un diagnóstico diferencial en los adolescentes.

Por otro lado, si bien es normal y frecuente que la mayoría de los adolescentes tengan dificultades para comprender el alcance de sus conductas disfuncionales, también es cierto que solo una porción pequeña de estos adolescentes (Torgersen et al., 2001) necesitarán una atención especializada o en su defecto acabarán cometiendo actos que requieren una atención inmediata y de contención, máxime cuando estos comportamientos ponen en serios riesgos sus propias vidas y/o las de las personas de su entorno.

En conclusión, con fundamento en lo expuesto, resultará evidente que en algunos casos realizar un pre diagnóstico puede tener un carácter preventivo y allanar el camino para llevar a cabo identificaciones tempranas e intervenciones que se adapten mejor a la problemática y a las necesidades del adolescente -algo más útil que esperar a que cumpla 18 años para tomarse en serio las dificultades del menor-.

Si se hace foco ahora en los rasgos de la personalidad del BFI, se había mencionado -apartado 4.1.- que la dimensión E se correspondía con la satisfacción con la vida. Un hallazgo científico al respecto (Migone de Faletty & Moreno, 1991), y en referencia a los adolescentes, indicó que los poseedores de altos niveles de satisfacción con la vida manifiestan habitualmente un temperamento extrovertido, activa capacidad de afrontamiento, locus de control interno, perspectivas de futuro, autoconcepto positivo y se inclinan, además, en términos generales, a participar en actividades significativas de contenido prosocial.

El vocablo «satisfacción», además, está íntimamente relacionada con un amplio rango de beneficios personales como conductuales, psicológicos y sociales (Henrich & Herschbach,

2000). Por el contrario, los adolescentes con niveles bajos de satisfacción con la vida se condicen con resultados negativos tales como el abuso de sustancias adictivas y la conducta agresiva (Zullig, Valois, Huebner, Oelmann & Drane, 2001).

La dimensión N, por su parte, ya había sido investigada por Eysenck (1990) y allí se manifestó que altas puntuaciones en N indicarían inestabilidad emocional, mientras que puntuaciones bajas serían indicadoras de una emocionalidad estable. Esto tendría relación directa con lo indicado en el capítulo 3, Adolescencia, apartado 2.3. Garaigordobil (2004); Rodríguez y Torrente (2003).

Los adolescentes con puntuaciones elevadas en N (Eysenck, 1990) tienden a estar preocupados -preocupación muchas veces difusa-, su conducta es voluble y son proclives a manifestar desórdenes psicosomáticos -dolores de espalda, cabeza, molestias digestivas, etc.-. Son emocionalmente hipersensibles y les cuesta generalmente volver a la normalidad luego de las experiencias emocionales. Dicha hipersensibilidad dificulta la capacidad adaptativa, lo que desencadena conductas estereotipadas e irracionales. Por el contrario, en el otro extremo con puntuaciones bajas, los adolescentes se inclinan por la calma y la ecuanimidad (Eysenck, 1990).

Un elemento fundante en el factor N es la impulsividad que puede provocar que, en la peor de las situaciones, el adolescente lleve a cabo intentos de suicidio. Esto se pone de manifiesto en trabajos tanto con muestras comunitarias como con muestras clínicas (Myers, McCauley & Calderon, 1991). Está absolutamente demostrado que la depresión es un factor de riesgo de comportamientos suicidas cuando está acompañada de altos montos de impulsividad, de tal forma que las dos terceras partes de los niños y adolescentes diagnosticados con depresión asociada a altos niveles de impulsividad tienen ideas de suicidio o han hecho intentos de suicidio (Xing, Tao & Hao, 2010).

A este respecto, se posee un significativo cuerpo teórico (Trinidad, Unger, Chouc, Azen & John Jon, 2004) sobre la regulación emocional en la que se sugiere la importancia del

autocontrol de las emociones en variables del desarrollo del adolescente para procurar una vida saludable lejos de conductas de riesgo y tóxicas como el consumo tabáquico para la salud y su entorno.

Haciendo referencia ahora en lo concerniente a las relaciones sociales, tanto la conducta agresiva (no A) (Ollendick, Weist, Borden & Greene, 1992) como la conducta prosocial, conceptualizada como A en el BFI (Wentzel, Barry & Caldwell, 2004), juegan un rol clave en el bienestar psicológico y físico de los adolescentes. Se ha comprobado que las conductas prosociales son potentes predictoras de la popularidad, mientras que las conductas antisociales predicen alto rechazo socio-contextual (Jiménez, 2003; Markiewicz, Doyle & Brendgen, 2001).

Otro dato que se debe enfatizar en la dimensión A son los hallazgos de los investigadores Vermetten, Lodewijks y Vermunt (2001), quienes indicaron que este factor en la adolescencia puede tener un impacto positivo en el rendimiento académico porque facilita la cooperación durante el proceso de aprendizaje. Esto se produce por la presencia de una relación entre tal factor (A) y el cumplimiento de las instrucciones que imparten los maestros/profesores a los adolescentes, sumado al esfuerzo y a la concentración en las tareas de aprendizaje que estos últimos demuestran.

La otra dimensión, y uno de los aspectos más cruciales en la etapa adolescente, es el sentido de la R que es, entre los cinco factores, el más consistentemente asociado con el éxito académico (O'Connor & Paunonen, 2007). Estos últimos investigadores, en un estudio de meta-análisis, reportaron una -media de- correlación entre responsabilidad y rendimiento académico de  $r = 0.24$ . Han sugerido, además, que el poder explicativo de la dimensión R se debe a las propiedades motivacionales de dicho factor, que se observa manifestado en el esfuerzo y la persistencia que demuestran aquellos estudiantes que puntúan alto en esta dimensión de la personalidad. Significa que es probable que los adolescentes organizados, auto disciplinados, con

necesidad de logro y con gran capacidad de trabajo se desempeñen mejor en las tareas académicas que aquellos adolescentes que no poseen estas características personales.

Para finalizar, la dimensión AE ha sido estudiada por los investigadores McCrae y Costa (2012), y estos hallaron que los adolescentes con altos niveles de AE poseen facilidad para el pensamiento simbólico con su consecuente posibilidad de abstracción, alejados de la experiencia concreta.

Dependiendo de las habilidades intelectuales específicas del adolescente, tal pensamiento simbólico puede allanar el camino para facilitar el uso de las matemáticas, el lenguaje, la lógica, el dominio de las artes visuales y la composición de la música (McCrae & Costa, 2012). En el otro polo, los adolescentes con bajos niveles de AE poseen poca curiosidad intelectual, ya que prefieren lo directo y claro en desmedro de lo difícil y/o intangible -esto coincide con los hallazgos de McCrae y Sutin, (2009), apartado 4.1.1, Dimensiones de la personalidad-. Estos factores psicológicos conllevan a los adolescentes a anteponer lo conocido a lo novedoso debido a una marcada resistencia al cambio (Anderson, John & Keltner, 2011).

En otro estudio llevado a cabo por los investigadores Judge, Erez, Bono y Thoresen (2002), hallaron que los adolescentes con una mayor AE poseen un nivel de autoestima más elevado que los adolescentes con bajos índices de esta dimensión, coincidiendo esto con un posterior aporte de los investigadores ya mencionados McCrae y Sutin (2009).

#### *4.1.5.- Rasgos de la personalidad y consumo de tabaco*

Existe abundante evidencia empírica que relaciona el consumo tabáquico con ciertos rasgos particulares de la personalidad, como es la tendencia a la búsqueda de nuevas experiencias, inconformismo social, baja motivación para los estudios académicos, rebeldía, independencia desmedida, tendencias antisociales tempranas -agresividad, impulsividad y delincuencia-, tendencia a la desviación de las normas sociales y problemas en la socialización (e.g., Arai,

Hosokawa, Fukao, Izumi & Hisamichi, 1997; Bickel, Odum & Madden, 1999; O'Toole & Torabi, 2001; Patton, Barnes & Murria, 1997; Spinella, 2005).

Está a las claras que la dimensión N está presente en lo descripto. De hecho, investigaciones sobre impulsividad (e.g., Doran, Cook, McChargue & Spring, 2009; Skinner, Aubin & Berlin, 2004; Vander Veen, Cohen, Cukrowicz & Trotter, 2008), que se han llevado a cabo en adolescentes y adultos que consumían tabaco, han demostrado que puntuaciones altas en este rasgo -impulsividad- auguran recaídas más rápidas en los sujetos que abandonan el consumo de tabaco. Esta conclusión se concatena con otro hallazgo anterior sobre mayor tendencia de impulsividad en fumadores que en no fumadores (Zuckerman & Kuhlman, 2000).

Se destaca enfáticamente que una característica fundante de la adolescencia es precisamente la presencia de rasgos impulsivos, los cuales implican una búsqueda inmediata de recompensa ante los estímulos ambientales externos e internos sin reparar en las consecuencias negativas de los comportamientos (Barratt, 1994). Este último describió a la conducta impulsiva como «la búsqueda de gratificación inmediata, la realización de actividades de riesgo o tiempo de respuesta disminuido» (Barratt, 1994, p. 18).

Se indicó en el apartado precedente 4.1.4. que, dentro del factor N, la impulsividad es predictora en algunos casos de suicidio entre los adolescentes. A este respecto, el investigador Mardomingo (1997) indicó que la impulsividad sumada a la agresividad desencadena un déficit serotoninérgico, con tasas bajas de 5-hidroxiindol acético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo. El déficit serotoninérgico sería el punto de concurrencia de los comportamientos agresivos, impulsivos y depresivos, y si al unísono se produce un consumo excesivo de sustancias adictivas -la nicotina entre ellas-, se transforma en uno de los componentes de riesgo más importantes de la conducta suicida en los adolescentes (Mardomingo, 1997).

Los investigadores Zuckerman y Kuhlman (2000), por su parte, indicaron que la agresión y/o impulsividad pueden expresarse en los adolescentes con toda intensidad, producto de la descarga

adrenérgica de los psicoestimulantes o con la desinhibición provocada por el alcohol, el tabaco u otras drogas.

En lo que respecta a la dimensión E en cuanto al consumo tabáquico, parece ser que esta es un antecedente en la adopción del consumo de tabaco entre adolescentes, en lugar de ser la propia adicción la que genere que ellos se tornen extrovertidos (Eysenck, 1983). Un rasgo peculiar de ellos es que son deseosos de sensaciones, por lo que necesitan incitar a su entorno próximo para que les proporcione estímulos intensos. Este es el motivo por el cual buscan la gratificación inmediata derivada del consumo tabáquico. De hecho, los que tienen mayores puntuaciones en el factor E son generalmente sujetos que fuman mucho (Eysenck, 1983).

En síntesis, los hallazgos contribuyen a crear una imagen de los fumadores como personas con niveles medios más bajos de integración, estabilidad emocional y afectiva. Poseen un mayor gusto por la espontaneidad, la novedad y el riesgo, y un menor grado de confianza en sí mismos, con una menor sensación de dominio sobre sus vidas en comparación con los no fumadores (Eysenck, 1983).

La A como dimensión, por su parte, se relaciona de manera directa, como ya se mencionó, con la conducta prosocial. Dicha conducta, como foco de interés en esta investigación, actúa como protector de situaciones de riesgo físico y psicológico, y así previene la aparición de acciones arriesgadas para la salud en los adolescentes como el consumo de sustancias adictivas, la droga nicotina entre ellas (Chen, 2006).

Si bien no se han podido ubicar otra/s investigación/es en la literatura disponible sobre la relación entre el consumo de tabaco y el factor A, en otro estudio sobre el mismo factor (Mezquita et al., 2006) se ha encontrado que la baja A y la baja R correlacionan de forma significativa con el consumo de alcohol tanto en los adolescentes masculinos como femeninos. Dicho estudio remarcó, además, que los jóvenes violentos presentan niveles más bajos de R y A.

Por otro lado, se ha demostrado en otro estudio (Carrasco & Barrio, 2007) que la baja A también es predictora de conductas agresivas/impulsivas -especialmente la física- en adolescentes hombres, pero no en mujeres. Esto se puede relacionar con lo expresado en el capítulo 2, apartado 2.3., ya que distintos investigadores han demostrado en consistentes hallazgos que existe una mayor tendencia a la impulsividad en fumadores que en no fumadores (Doran et al., 2009; Zuckerman & Kuhlman, 2000).

De lo indicado, se podría inferir entonces que tales puntuaciones bajas en A y R en los adolescentes que consumen alcohol, también puedan consumir tabaco. De hecho, es más que evidente que el consumo del combo «tabaco-alcohol» está muy presente en esta sociedad tanto en adolescentes como en adultos.

Para ampliar los conceptos de mencionada dimensión R de la personalidad específicamente, se remarca el papel que los procesos de autocontrol pueden jugar en la escalada del consumo de sustancias adictivas. En esta casuística, se han incrementado las investigaciones focalizadas en dichas sustancias, sobre todo el consumo de tabaco y alcohol durante la adolescencia (Wills & Dishion, 2004; Wills, Walker, Mendoza & Ainette, 2006).

Los procesos de autocontrol son predictores positivos a la hora de no caer en la adicción y, en el peor de los casos, tanto en los adolescentes y adultos consumidores, es mayor la tasa de sujetos que abandonan el consumo tabáquico con esta característica en comparación con aquellos que no poseen una adecuada estructura de autocontrol (Wills & Dishion, 2004; Wills et al., 2006).

Finalmente, la dimensión AE -cultura- muestra también diferencias y una correlación negativa y significativa con el tipo de consumo de tabaco (Bermúdez, 2006). Asimismo, indica el interés por mantenerse informado, por la lectura y por adquirir conocimientos.

Los adolescentes que se encuadran, por ejemplo, dentro de los consumidores de tabaco leves y/o moderados (OMS, 2003a) tienen mayores puntajes en esta dimensión -AE- y se

caracterizarían por tener mayores motivaciones académicas y culturales y dedicar mayor tiempo a actividades intelectuales (Niebla & Guzmán, 2007). Dichas características -continúan indicando estos dos autores- están también relacionadas con el autocontrol, ya que tales logros suelen darse a consecuencia de una larga perseverancia en la conducta, un aspecto puntualmente importante dadas las particularidades de la población -adolescentes-, debido a que favorece el posible abandono definitivo de la conducta de consumir tabaco en algún momento de sus vidas.

En el terreno de las adicciones, la poca flexibilidad y la tenaz resistencia a las variaciones comportamentales dificultan la puesta en marcha de un comportamiento asertivo -que se encuadra dentro del factor AE-, ya sea para iniciar un tratamiento genuino y corrector de la adicción o, en el mejor de los casos, para mantenerse alejado de las conductas adictivas. Por el contrario, las puntuaciones elevadas en AE mantendrán a una porción considerable de adolescentes alejados del consumo de sustancias -el tabaco entre ellas- por las consecuencias nefastas ya enunciadas a lo largo del presente trabajo que tendrá oportunamente en cuenta el adolescente (Zullig et al., 2001).

Por otro lado, como es sabido -ver capítulo 2, Adolescencia-, el concepto sobre el constructo personalidad de los adolescentes se relaciona de manera recursiva con el contexto cultural de la sociedad donde viven, fundamentalmente en sus entornos familiares y educativos.

En este caso, en particular en la Argentina, sus protagonistas adultos manifiestan y sustentan un nivel de flexibilidad-permisibilidad en relación al consumo de tabaco de los más jóvenes como conductas normales y permitidas. Como consecuencia de esta percepción, los adolescentes lo llevan posteriormente a su vida adulta, allí finalizan consolidando y avalando el circuito de estas conductas no saludables -el consumo de tabaco- y de riesgos para su salud y para el contexto que los contiene, y dado que en muchos de esos espacios ambientales no se consume tabaco, culminan contaminándolos -capítulo 1, apartado 1.2.5., fumadores pasivos, Tovar Guzmán y López Antuñano (2000)-.

Diversos investigadores al respecto (Osorio et al., 2004) han observado que las dificultades familiares son una clara señal en cuanto al incremento del riesgo de los adolescentes de apropiarse de conductas de consumo de sustancias psicoactivas, entre ellas, el consumo de tabaco. Enfatizan que la familia como sistema y las interacciones de sus actores influyen en la adaptación psicosocial de sus miembros, y así desempeñan un rol central en el desarrollo de la personalidad adictiva.

Cuando de adolescencia se trata, no se debe perder de vista la influencia que sobre las decisiones pueden ejercer los amigos y compañeros en los diversos ámbitos donde interactúa el adolescente, por ejemplo, a partir de la Teoría de Normas Sociales que plasmaron los investigadores Scoppetta y Velásquez (2001), según la cual la percepción de las normas de comportamiento del grupo de pares incide en las conductas personales del adolescente por un proceso de comparación social que sirve como parámetro para evaluar y ajustar sus conductas y ser visto como similar al grupo de pertenencia.

Por estas, entre otras razones, el grupo de pares adolescentes se constituye en una población de riesgo (Ortiz & Rodríguez, 2009), dado que confluyen en ellos mayores niveles de fragilidad emocional, vulnerabilidad y predisposición a dejarse influir por el grupo social, y así este último juega un papel fundante en este flagelo -consumir nicotina- por la inclinación a comportamientos imitativos y por la aspiración a desinhibirse.

Se recuerda que el efecto que ejerce la nicotina sobre el adolescente para que se desinhiba se indicó en los hallazgos de los investigadores Caballo (2002); Del Petri y Del Petri (2001); Echeverría et al. (1998); Millon y Davis (1998); Perea et al. (2009), ya que los distintos constructos y/o factores psicológicos que contemplan y facilitan las conductas desinhibitorias se indicaron en sus respectivos trabajos investigativos.

## 4.2.- Deseabilidad social

Una buena parte de la literatura académica ha proporcionado evidencias respecto de las principales fuentes de varianza de error que presentan las herramientas de autorreportes, entre ellas, la denominada «DS» en distintas áreas del quehacer de los sujetos (Dompnier, Pansu & Bressoux, 2007; Steenkamp, De Jong & Baumgartner, 2010).

Dado el interés que ha promovido el tema específico de la DS y sus consecuencias sobre las puntuaciones de las medidas de la personalidad, varios investigadores han construido diversas escalas con la finalidad de estimarla y por consiguiente controlarla (e.g., Crowne & Marlowe, 1960; Paulhus, 1998b; Stöber, 2001).

La DS responde a que algunas de las alternativas de respuesta frente a ciertos reactivos de la personalidad son socialmente más beneficiosas o deseables que otras, razón por la cual algunos sujetos (Matesanz, 1997) pueden tender a optar por ellas -respuestas- independientemente de su nivel auténtico en el rasgo que el reactivo pretende medir. La DS implica sobredimensionar las actitudes y comportamientos socialmente deseables y reducir los comportamientos y actitudes socialmente desaprobadas o menos deseables.

La ocultación o el engaño, la tergiversación y la deformación de la información (Martínez Selva, 2005) son actos conductuales consustanciales al hombre, y persiguen diversos desenlaces en la dinámica de interacción social, como ofrecer una impresión positiva a los demás, auto beneficiarse y/o beneficiar a otros, evitar un castigo inminente o el simple hecho de fomentar y sostener una positiva interacción social procurando no herir -aunque no es así en todos los casos- de manera gratuita los sentimientos de los demás.

Matesanz (1997) sugiere que la DS tiene su principio en la necesidad de la aprobación social, que se concibe como un factor de motivación significativo del comportamiento del hombre existiendo además, una disposición general de parte de los sujetos a buscar la evaluación favorable de otros.

Los resultados de la DS se han estudiado en forma simultánea con diversos *test* de personalidad, específicamente con el inventario de Eysenck y Eysenck (1964). En él, se observan correlaciones estadísticamente significativas entre E/N y E/Escala de mentiras. Un sujeto que obtuvo puntuaciones altas en E da cuenta de una persona con alta DS y, por otro lado, sujetos que denotan valores altos de N son personas que despliegan conductas indeseables socialmente (Dunnett, Koun & Barber, 1981; Meleddu & Guicciadi, 1998).

#### *4.2.1- Rasgos de la deseabilidad social*

Uno de los rasgos de la DS, es la denominada *escucha activa*, la cual es la habilidad de venir en conocimiento sobre lo que otra persona está expresando directamente, junto con los sentimientos, ideas, pensamientos y/o creencias que subyacen a las manifestaciones del sujeto (Ortiz Crespo, 2007).

La escucha activa además, es parte de un constructo sustancial de las interacciones sociales designado como *empatía*, definiéndose como la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y dificultades de los demás, poniéndose en su lugar y de esta forma poder responder pertinentemente a sus reacciones emocionales (Ortiz Crespo, 2007).

Estudios realizados con niños y adolescentes, confirman una relación positiva de la empatía con la conducta *prosocial* (McMahon, Wernsman & Parnes, 2006) y una relación negativa con la conducta agresiva (Del Prette & Del Prette, 2001).

Otro de los ejes de la DS es la *autocrítica*, concepto que se desarrolló en el capítulo 2, apartado 2.2., siendo pensado como un rasgo de la personalidad cuyo propósito es la autorregulación y para calificarse a sí mismo (Bhatia, 2007).

La autocrítica es un factor protector de las interrelaciones sociales, debido a que promueve el acercamiento y diálogo fluido entre las personas allanando el camino para que se presente el consenso entre los actores intervinientes.

Desde otra idea, se había comentado en el capítulo 4, apartado 4.1.1., que unos de los factores de la personalidad remitía a la R, en su extremo positivo se destacan el *orden*, la *organización* y la eficiencia. En este polo, la dimensión R anida actos relacionados a la autodisciplina, el control de los impulsos, el logro de objetivos lógicos y el cumplimiento de las obligaciones contraídas entre otras (Allen, 2000).

El hecho que las conductas de estos sujetos con tales características personales sean predecibles en estos aspectos, logran que la dinámica relacional se desarrolle de forma amena y agradable. De hecho, la mayoría de las personas prefieren tratar con sujetos que presentan estos tipos de comportamientos, debido a que generan confianza, seguridad y tranquilidad (Allen, 2000).

Otro rasgo de DS en niños y/o adolescentes, es la *obediencia* a sus padres. Al ser una relación asimétrica -padres/hijos- los primeros: educan, alientan, guían, acompañan, sostienen, frustran, condicionan, organizan y limitan a sus hijos (Fernández Otero, 1989). Son los que tienen responsabilidad especial sobre la vida de ellos, limitando el espacio de ese crecimiento tornándolo nutritivo, seguro y prolífero. Los límites que los padres establecen con autoridad -ejercida con amor, pertinencia, estímulos nutritivos y paciencia-, sumado a sus presencias en los momentos apropiados, funcionan como elementos de protección que fomentan y acrecientan la autonomía y la responsabilidad de los hijos. Si estos obedecen a sus padres en el escenario descrito, se perfilan entonces, para ejercitar el respeto, la firmeza, la exigencia, el buen humor, el ejemplo y la sugerencia (Fernández Otero, 1989).

Hasta aquí se expusieron los rasgos de la DS desde los aspectos deseables o positivos. Los cuatro ejes que a continuación se detallan, se refieren a los aspectos no deseables o negativos de la DS (Lemos, 2005).

El rasgo llamado *tener razón* forma parte de los pensamientos distorsionados (Beck, et al., 2012) producto de un modo particular de procesar la información, y es entre otras cuestiones, el

hecho de no practicar la escucha activa ni la empatía descrita en los párrafos anteriores. Y a propósito, se recuerda que en el capítulo 2, Adolescencia, apartado 2.2., factores interpersonales, se había indicado (Aberastury, 1971a) que el preadolescente comienza a formarse sus propias opiniones, considerando en un determinado momento de su desarrollo que posee la razón en ciertas circunstancias -aunque sin evidencias- cuando debe informar lo que piensa u opina en varias de las experiencias que le toca vivenciar, fundamentalmente frente a sus padres (Aberastury, 1971a).

Otro rasgo de este grupo de la DS es la *complacencia*. Al respecto, el cuerpo teórico del Análisis Transaccional Integrado (Kertész, Atalaya & Kertész, 2011), define con claridad una serie de construcciones cognitivas, que son observables por medio de signos conductuales tales como palabras, frases, expresión facial, etc., manifestándose de formas estereotipadas, denominados impulsores. Los mismos, derivan de ciertos mandatos o consejos parentales que son grabados desde la infancia y que se trasladan -si no son detectados y debidamente reestructurados- al resto de las etapas vitales. A simple vista, si bien son recomendables y aceptados socialmente, en realidad son tóxicos y dañinos para todo el espectro emocional-cognitivo y comportamental del sujeto portador de los mismos (Kertész et al., 2011).

Uno de estos impulsores -son cinco- se designa como *complace*. El hecho es que tal impulsor en uno de sus extremos hace que la persona considere que debe agradar y gustar a todo el mundo, todos deben querer ser su amigo, que la gente tenga una imagen excelente de su persona y lo que piensa la gente sobre él es muy importante. No obstante, en su polo opuesto el sujeto pretende ser complacido en demasía generando situaciones relacionales controversiales (Kertész, et al., 2011).

La *envidia* -como otro rasgo de la DS-, es una manifestación emocional eminentemente social debido a que se produce comúnmente cuando el/los-otro/s supera/n al sujeto en cuestión -al

envidioso- en: atributos, habilidades, logros, posesiones, reconocimientos o cualquier otra variable socio-psicológicamente relevante (Hill & Buss, 2006).

La valoración moral de la envidia suele ser una de las más peyorativas, a tal grado que es difícil que alguien admita padecerla, fundamentalmente porque con ella se asume no sólo que se codicia lo que tiene/n otro/s semejante/s, sino que se reconoce abiertamente una inferioridad respecto a la persona que posee lo que se anhela (Hill & Buss, 2006).

En otra idea, oportunamente se mencionó en este capítulo, apartado 4.1., que dentro de las dimensiones del BFI se sitúa la A, afabilidad o agradabilidad, siendo la franqueza uno de sus rasgos en su polo positivo. En el extremo opuesto de esta última, se sitúa la *mentira* que tal como se indicó en conductas similares en el apartado anterior, es un comportamiento que despliega el ser humano desde tiempos remotos para ser aceptado, reconocido, ocultar la verdad, manipular, lograr objetivos, entre otra conductas (Martínez Selva, 2005).

## **5. CAPÍTULO- 5: OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **5.1.- Objetivos**

#### *5.1.1.- Objetivo general*

Estudiar las relaciones entre la sintomatología ansiosa, la sintomatología depresiva, los rasgos de la personalidad, la DS y el consumo de tabaco en adolescentes de escuelas secundarias de la CABA.

#### *5.1.2.- Objetivos específicos*

1.- Describir el consumo de tabaco de los adolescentes y su asociación con variables sociodemográficas.

2.- Analizar si existen asociaciones entre la sintomatología ansiosa y el consumo de tabaco en los adolescentes.

3.- Verificar si existen asociaciones entre la sintomatología depresiva y el consumo de tabaco en los adolescentes.

4.- Indagar si existen asociaciones entre los rasgos de la personalidad y el consumo de tabaco en los adolescentes.

5.- Indagar si existen asociaciones entre la DS y el consumo de tabaco en los adolescentes.

6.- Estudiar si la sintomatología ansiosa, la sintomatología depresiva, los rasgos de la personalidad y la DS predicen el consumo de tabaco en adolescentes.

### **5.2.- Hipótesis**

#### *5.2.1.- Hipótesis para el objetivo 1*

La prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes será de aprox del 25%, teniendo como referencia un dato epidemiológico confiable como lo es la Encuesta de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles (EFRET) (MSN, 2015). En la misma, se realizó un muestreo representativo de la población de mayores de 17 y más años obteniendo un consumo del 24.3% del

total de la población estudiada y en la franja entre 18 y 24 años la frecuencia de tabaquismo alcanzó el 26.7%.

Con respecto al consumo de tabaco según el sexo, se espera que el mismo sea mayor en mujeres de acuerdo a los datos más recientes MSN (2012), cuya población analizada fueron adolescentes estudiantes entre los 13 y 15 años, en los que se reportó una prevalencia de consumo de 21.5% para las adolescentes mujeres y un 17.4% para los varones.

#### *5.2.2.-Hipótesis para el objetivo 2*

La sintomatología ansiosa correlaciona positivamente con el consumo de tabaco.

#### *5.2.3.- Hipótesis para el objetivo 3*

La sintomatología depresiva correlaciona positivamente con el consumo de tabaco

#### *5.2.4.- Hipótesis para el objetivo 4*

Los rasgos de la personalidad correlacionan con el consumo de tabaco. Específicamente, se espera que el N correlacione de forma directa, mientras que la AE y R lo hagan de modo inverso.

#### *5.2.5.- Hipótesis para el objetivo 5*

La DS correlaciona con el consumo de tabaco. No se aventura una dirección en la asociación debido a que las conductas socialmente valoradas en los adolescentes pueden no ser las mismas que el resto de la población.

#### *5.2.6.- Hipótesis para el objetivo 6*

La sintomatología ansiosa, la sintomatología depresiva, los rasgos de la personalidad y la DS predicen el consumo de tabaco en adolescentes.

## 6. CAPÍTULO- 6: METODOLOGÍA

### 6.1.- Diseño metodológico

La investigación fue de tipo no experimental, de alcance correlacional y de comparación de grupos, pues este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más variables, y transversal, puesto que los protocolos se administraron en un momento único (Hernández Sampieri, Collado Fernández & Bautista, 2010).

### 6.2.- Participantes

Se utilizó un método de muestreo incidental no probabilístico. Las unidades de muestreo se obtuvieron de dos instituciones educativas, una con carácter privado de tipo confesional con orientación social y otra pública, una escuela nacional de educación técnica, ambas de la CABA. Las unidades de observación fueron los estudiantes matriculados de ambas escuelas secundarias. El estrato poblacional que se consideró para participar en el estudio fueron los comprendidos entre 13 y 18 años que concurrían al nivel medio de enseñanza en esas instituciones entre los años 2015 y 2016.

El tamaño total de la muestra final fue de 302 adolescentes. El 45.4% ( $n = 137$ ) de los sujetos fueron mujeres, y el rango de edad estuvo comprendido entre los 13 y 18 años ( $M = 15.57$ ,  $DE = 1.75$ ) correspondiendo el 63.57% ( $n = 192$ ) alumnos de la escuela privada y el 36.43% ( $n = 110$ ) de la escuela pública. Se observa que la variable «edad» en años presenta una distribución homogénea, puesto que las frecuencias relativas porcentuales de todos sus valores oscilaron entre 16.2% y 20.2%, lo cual permite asegurar que, dentro de la franja etaria definida para este estudio, no se subrepresentó ni sobrerrepresentó ningún nivel en la muestra empleada.

Con respecto al nivel socioeconómico percibido por los encuestados, el 71.2% consignó considerarse de clase media y el 20.5% de clase media alta. El 7.3% consignó ser de clase baja o

media baja, mientras que tan sólo el 1% se consideró como perteneciente a la clase alta -ver

Tabla 1-.

Tabla 1-.

*Frecuencias absolutas y relativas de las variables sociodemográficas principales.*

		<i>n</i>	%
<b>Sexo</b>	<b>Femenino</b>	137	45.4
	<b>Masculino</b>	165	54.6
<b>NSE Percibido</b>	<b>Bajo</b>	3	1.0
	<b>Medio Bajo</b>	19	6.3
	<b>Medio</b>	215	71.2
	<b>Medio Alto</b>	62	20.5
	<b>Alto</b>	3	1.0
<b>Edad en años</b>	<b>13</b>	49	16.2
	<b>14</b>	47	15.6
	<b>15</b>	58	19.2
	<b>16</b>	39	12.9
	<b>17</b>	48	15.9
	<b>18</b>	61	20.2

### 6.2.1.- Criterios de inclusión

Para la recolección de datos se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- Alumnos de escuelas secundarias de la CABA.
- Alumnos de ambos sexos de entre 13 y 18 años de edad.
- Aquellos alumnos -que no teniendo 18 años-, al momento de la administración de los

protocolos poseían en su poder el consentimiento informado de sus padres para la participación en el estudio.

### 6.2.2.- Criterios de exclusión

Se excluyeron a:

- A aquellos alumnos menores de 18 años que no contaron en el momento de la administración de los protocolos con el correspondiente consentimiento informado de sus padres para la participación en este estudio.
- Aquellos alumnos que no completaron debidamente el instrumento administrado.
- Aquellos alumnos que resultaban ilegibles e incompletas sus anotaciones y/o dudosas.

## **6.3.- Materiales**

### *6.3.1.- Encuesta sociodemográfica*

Esta encuesta fue diseñada *ad hoc* para esta investigación con el fin de indagar sobre datos sociodemográficos básicos de los participantes: el sexo, edad cronológica y nivel socioeconómico (NSE) percibido por el participante.

### *6.3.2.- El modelo de los cinco factores de la personalidad -Big Five Inventory- (BFI)*

Este instrumento autoadministrable fue creado por John et al. (1991), y mide mediante 44 ítems, cinco grandes dimensiones de la personalidad relativamente independientes que dan cuenta de la variación fenotípica de la personalidad: E, N, A, R y AE. Las opciones de respuesta tienen un formato tipo Likert con cinco opciones: «muy en desacuerdo»; «en parte en desacuerdo»; «ni de acuerdo ni en desacuerdo»; «en parte de acuerdo»; «muy de acuerdo».

Para su evaluación se deben computar los valores que surgen en cada una de las dimensiones que lo integran, para lo cual se suman los valores consignados por el evaluado a los ítems de cada dimensión. Previo a ello deben invertirse los valores de algunos ítems que están redactados en sentido opuesto a lo evaluado por la dimensión.

La adaptación local fue realizada por Castro Solano y Casullo (2001). Los análisis psicométricos realizados sobre población adolescente incluyeron la verificación de la

homogeneidad mediante alfa de Cronbach que indicaron adecuados niveles de consistencia interna.

Por otro lado, un análisis factorial de los ítems permitió obtener cinco factores que explicaban el 45% de la varianza de las puntuaciones, verificando que los ítems del BFI, tanto en población militar como civil, se agrupan según las cinco grandes dimensiones del enfoque *Big Five* (Castro Solano, 2005).

### 6.3.3.- Escala de ansiedad estado/rasgo (STAI)

Los autores de la versión original son Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970). Se trata de un instrumento cuyo objetivo es evaluar la sintomatología ansiosa y la predisposición de la persona a responder al estrés. Se utiliza en la población general, tanto para adultos con o sin alteraciones psiquiátricas, como adolescentes en etapa escolar de estudios medios y superiores.

Cuenta con 40 ítems dispuestos en una escala Likert con cuatro opciones: «nada», «un poco», «bastante» y «mucho». La mitad de ellos evalúa la ansiedad/estado -definida como la ansiedad en un corte temporal/transversal en la corriente emocional de una persona- y la otra mitad evalúa la ansiedad/rasgo -definida como un patrón de comportamiento con tendencia relativamente estable en el tiempo que determina diferencias individuales en las reacciones ansiosas-.

En la elaboración del STAI se han intercalado los ítems directos e inversos para evitar el efecto de aquiescencia, cosa que hay que tener en cuenta antes de volcar los datos obtenidos.

En la adaptación local (Leibovich de Figueroa, 1991) se han podido observar muy buenos índices de consistencia interna ( $\alpha = .90$ ) y de estabilidad de las puntuaciones mediante un *test-retest* ( $r = .73$ ). Además cuenta con evidencias de validez convergente ya que correlacionó positivamente con la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (1953) y la Escala de Ansiedad de Cattell (1975) (Leibovich de Figueroa, 1991).

Por otro lado, se halló una estructura bifactorial para ambas subescalas, con un factor que evalúa bienestar en el cuerpo y otro factor que evalúa ansiedad cognitiva y fisiológica. Los índices de consistencia interna de ambas escalas son superiores a .80 (Vaiman & Pereno, 2014).

#### *6.3.4.- El inventario de depresión de Beck II- segunda edición (BDI-II)*

La segunda versión del BDI-II fue publicada por Beck, Steer y Brown (1996). Permite evaluarla la presencia de síntomas depresivos en adultos y adolescentes partir de los 13 años de edad.

Es un indicador de la representación y el grado de los síntomas depresivos consistentes con el DSM-4 (1995). Se utiliza como un instrumento de tamizaje ampliamente utilizado en estudios clínicos y poblacionales en el ámbito internacional. La puntuación del BDI-II se determina mediante la suma de las elecciones para los 21 ítems. Cada ítem es evaluado según una escala de cuatro puntos, entre cero y tres.

Si un examinado realiza elecciones múltiples para un ítem, se utiliza la alternativa con el valor más alto. Se suman los 21 ítems y esto da una puntuación total. La puntuación total máxima es 63. En esta prueba no se transforman las puntuaciones para su interpretación, sino que se toman puntajes de corte.

La adaptación para la Argentina del BDI-II fue realizada por Brenlla de Romero y Rodríguez (2006). Los resultados obtenidos indicaron que reúne los requisitos psicométricos para su utilización en este contexto. Se ha constatado la consistencia interna y la estabilidad *test-retest* del BDI-II en muestra clínica y en población general. A si mismo se obtuvo evidencia de validez externa -convergente y discriminante- e interna -validez factorial- y se constató que los puntajes de corte propuestos por Beck et al. (1996) son apropiados para discriminar los distintos grados de la depresión (Brenlla de Romero & Rodríguez, 2006).

### 6.3.5.- Escala de deseabilidad social (DS)

Debido a que las variables evaluadas podían propiciar la distorsión de respuesta de acuerdo a lo socialmente aceptado se decidió incluir una medición de DS para poder controlarlo. La escala de DS fue desarrollada en sus orígenes por Edwards (1957). Se utilizó la versión adaptado localmente por Lemos (2005) que consta de ocho preguntas donde los encuestados deben responder por «SI» o por «NO». Previo a la suma de las respuestas de los ítems deben invertirse los valores de algunos de ellos que se encuentran formulados en el sentido opuesto.

Esta versión tiene buena consistencia interna valorada mediante alfa de Cronbach de .70. Además los análisis indicaron una estructura factorial simple y clara.

### 6.3.6.- Encuesta sobre el consumo de tabaco

Por último, se confeccionó una encuesta *ad hoc* para recolectar datos sobre el consumo de tabaco y el conocimiento respecto del tabaquismo. El evaluado debía marcar con una cruz la opción que correspondía a su experiencia, opiniones y/o noción de tal consumo. En ella se consultaba acerca de si alguna vez había probado un cigarrillo y a qué edad. En los casos afirmativos se preguntaba mayor detalle sobre el consumo -cantidad, circunstancias, motivos-. Además se solicitó que respondieran sobre sus percepciones acerca de las posibles consecuencias del consumo de tabaco.

### 6.3.7.- Análisis del tipo de distribución

Dado que se utilizó una muestra de más de 300 participantes, se analizó la normalidad de las variables correspondientes a los puntajes totales de las escalas a través de la prueba Kolmogorov Smirnov. Tal como se puede ver en la Tabla 2, todas las variables se apartaron significativamente de un modelo de distribución normal. Debido a ello, todos los análisis estadísticos realizados se complementaron con un *bootstrap* con 500 muestras aleatorias con reposición. En todos los casos se informa de valor de  $p$  obtenido y se realiza un llamado de

atención en el caso de que difiera de aquel obtenido en la prueba realizada con la muestra original.

Tabla 2-

*Valor del estadístico de Kolmogorov Smirnov (KS) y su correspondiente p valor para las escalas e inventarios psicológicos. \*: p = .05. \*\*: p = .01.*

<b>Escala</b>	<b>KS</b>	<b>p =</b>
<b>BDI-II</b>	.109	.001**
<b>DS</b>	.124	.001**
<b>AEdo</b>	.065	.005**
<b>AR</b>	.101	.001**
<b>E</b>	.065	.004**
<b>A</b>	.089	.001**
<b>R</b>	.057	.019*
<b>AE</b>	.052	.047*
<b>N</b>	.060	.011*

## 6.4.- Procedimiento

Primeramente se realizó contacto telefónico con las dos instituciones educativas de educación media -nivel secundario- de la CABA, una privada y otra pública -como ya se indicó-, de los barrios de Flores y Floresta respectivamente, a fin de consultarle si era factible por parte de su alumnado la realización de un protocolo auto-administrado a una cantidad de ellos para un trabajo de investigación respecto de una tesis doctoral proveniente de un doctorando de la Universidad de Flores.

*A posteriori*, ambas instituciones aceptaron el encuentro con el doctorando, se le explicó en el mismo a las autoridades respectivas en qué consistía la esta investigación y los particulares de la misma.

Uno y otro establecimientos educativos solicitaron para llevar a cabo dicho trabajo, un escrito por parte del doctorado de la Universidad de Flores donde explicitaba la autorización al doctorando para cumplimentar la investigación.

Se realizaron todas las tareas administrativas pertinentes para poner en marcha este trabajo de investigación y se dejó previamente en cada institución una cantidad de consentimientos informados para ser completados y firmados por los padres de los menores de 18 años para autorizar la participación de sus hijos en este estudio.

En el mismo se informó acerca del proyecto de este trabajo y se estableció la libertad del adolescente para abstenerse de proporcionar cualquier información si así lo considerase. Además se indicaba que las encuestas eran anónimas y los datos consignados por los alumnos serían guardados en completa confidencialidad usando la información solamente para los fines investigativos.

Una vez consensuado todo lo referente a las cuestiones administrativas, se obtuvieron en forma programada de ambas instituciones el cronograma de administración de los protocolos a los alumnos.

Al momento de entregarles los cuestionarios a los alumnos, el evaluador les ofrecía una serie de instrucciones para su cumplimentación.

Luego, se realizaban algunas aclaraciones de forma colectiva con respecto a varios ítems del protocolo que podían despertar alguna duda y/o inquietud para su cumplimentación y que podían interrumpir el óptimo desarrollo de la administración respectiva. Los cuestionarios fueron administrados también de modo colectivo.

En todas las administraciones se contó con la presencia del evaluador para la supervisión de los encuestados y de un integrante de cada institución asignado por las mismas y sin intervención alguna de este último.

Finalmente, los cuestionarios fueron recogidos por el evaluador en el momento en el que los alumnos los iban completándolo, para así chequearlos y evitar la posibilidad de errores u omisiones. Una vez recogidas todas las pruebas, el evaluador se ofrecía para contestar cualquier

duda y realizar todas las aclaraciones posibles en relación al desarrollo de las mismas o con el proyecto de investigación en su totalidad.

Por último, se llevó cabo una depuración de aquellos protocolos ilegibles y/o dudosos. Por ejemplo, protocolos con hojas y/o carillas sin responder, protocolos con tachaduras en exceso que volvían dudosa la respuesta, tipos de respuestas que no se ajustaba a la consigna planteada. Considerando esto, se eliminaron aprox ocho que no cumplían con la calidad mínima necesaria para su análisis.

#### *6.4.1.- Estudio piloto*

Previo a la salida a campo se llevó a cabo una prueba piloto con el protocolo completo para corroborar que se comprendiera y poner a prueba la recolección de datos. Para ello se convocaron a dos adolescentes de 16 años escolarizados de nivel medio de sexo masculino de una tercera escuela, en este caso pública de la CABA, con la autorización y consentimiento informado de sus respectivos padres. De la administración del protocolo de recolección de datos, sólo surgió una duda en cuanto a su interpretación en ambos encuestados en relación al ítem número cinco del STAI «me siento a mis anchas». Se decidió entonces modificar el ítem en cuestión, reemplazándolo por la frase: «me siento cómodo/a con mi estado actual».

Esta prueba permitió estimar que el protocolo demandaba un tiempo de aprox 30 min para su realización. Esto permitió planificar adecuadamente las administraciones.

#### *6.4.2.- Análisis de consistencia interna*

Se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach con el objetivo de analizar la consistencia interna que cada uno de los puntajes brutos de las escalas y subescalas empleadas mostraron en esta muestra -ver Tabla 3-.

Tabla 3-.  
*Coefficientes de alfa de Cronbach para las escalas e inventarios psicológicos.*

<b>Escalas</b>	<b>Alfa</b>
<b>BDI-II</b>	.84
<b>DS</b>	.52
<b>AEdo</b>	.46
<b>AR</b>	.42
<b>E</b>	.76
<b>A</b>	.53
<b>R</b>	.74
<b>AE</b>	.71
<b>N</b>	.74

#### 6.4.3.- Verificación psicométrica de la calidad de las medidas de ansiedad-rasgo ansiedad-estado (AR-AEdo)

Debido a la modificación precedente mencionada del STAI, se realizó un análisis de la validez de las medidas de ansiedad a través de un análisis factorial confirmatorio (AFC) por separado para los reactivos correspondientes a la escala de AR y la de AEdo, con el paquete estadístico Mplus (Muthén & Muthén, 2010).

En ambos casos el método de estimación fue el *Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted* (WLSMV) empleando una matriz de correlaciones policóricas debido a la naturaleza ordinal de los ítems -escalas Likert-. Estos tipos de método y matriz son más apropiados para variables ordinales (Freiberg Hoffmann, Stover, de la Iglesia, & Fernández Liporace, 2013; Muthén & Kaplan, 1985).

Los índices indicaron un buen ajuste tanto para la escala AEdo,  $\chi^2 = 5498.34$  ( $p < .001$ ); CFI = 0.919; TLI = 0.910; RMSEA = 0.094; 90% I.C. [0.086, 0.102], como para la escala AR,  $\chi^2 = 3916.95$  ( $p < .001$ ); CFI = 0.909; TLI = 0.899; RMSEA = 0.084; 90% I.C. [0.075, 0.092].

#### 6.4.4.- Análisis del inventario de Beck BDI-II. Colegio confesional privado

Dado que los alumnos de la escuela confesional privada, por decisión de las autoridades educativas, no contaron dentro del BDI-II de Beck con los ítems 9 y 21 -son preguntas sobre

pensamientos o deseos suicidas y pérdida de interés por el sexo, respectivamente-, para estos alumnos se computó un «0» en estos reactivos. Por este motivo, se compararon los valores de ambas escuelas en cuanto a la puntuación total en dicha escala. Los adolescentes de la escuela confesional privada presentaron una media de 11.54 ( $DS = 7.59$ ) y los de la escuela de educación técnica pública de 11.45 ( $DS = 7.45$ ), siendo estas diferencias no significativas,  $t(300) = 0.1, p < .92$ . Considerando que no se hallaron diferencias entre los grupos, se optó analizar los datos del BDI-II con todos los sujetos de la muestra.

## 6.5.- Análisis de los datos

Una vez recolectados los datos, fueron ingresados, cargados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS 22 (IBM) y los gráficos fueron realizados con el programa Microsoft Excel 2010.

Para los análisis descriptivos de variables cualitativas se utilizaron medidas de frecuencias absolutas y porcentajes. En el caso de variables cuantitativas se informaron medidas de tendencia central y de variabilidad.

Además se emplearon variadas técnicas de análisis inferencial. Para el análisis de asociaciones entre variables categóricas, se empleó la prueba *Chi Cuadrado*. Para evaluar correlaciones entre variables con nivel de medición ordinal y/o escalar se utilizó la prueba *r* de Pearson. Debido a que las principales variables del estudio no se ajustaron al modelo normal, se calculó el intervalo de confianza al 95% del estadístico *r* con la técnica de remuestreo *bootstrapping* (500 muestras). De esta forma, para considerar una asociación como significativa se empleó el doble criterio de que la misma muestre un *p* valor menor a .05 y que el intervalo de confianza de *r* no comprenda el valor predicho por la hipótesis nula ( $r = 0$ ).

Al momento de realizar comparaciones entre dos grupos o más en relación a sus valores en variables cuantitativas se empleó la prueba *t* de Student para muestras independientes y el

Análisis de la Varianza (ANOVA) de un factor intersujeto, utilizando como prueba *post hoc* el *test* de Tukey cuando fuera necesario. El motivo por el cual se utilizaron pruebas paramétricas radicó en que el tamaño muestral ( $n = 302$ ) fue lo suficientemente grande para asegurar que la distribución muestral de la media adopte una forma gaussiana. Vale destacar que en los casos en los que en la prueba *t* de Student no se cumplía el supuesto de homogeneidad de varianzas, los análisis fueron corregidos con la corrección del Welch, y que en todos los ANOVAs reportados la prueba de Levene mostró que no hubo diferencias significativas entre las varianzas de los grupos.

Finalmente, se emplearon modelos de regresión logística binaria múltiple utilizando el método Hacia Adelante -Condiciona-, con el objetivo de proponer modelos de predicción probabilística sobre la verificación de dos condiciones: haber probado alguna vez en la vida un cigarrillo y haber fumado al menos 100 cigarrillos en total en la vida. Para simplificar la comprensión de estos modelos, los detalles de los análisis serán desarrollados en los apartados correspondientes. En todos los casos, el nivel de significación alfa fue establecido en .05.

## **7. CAPÍTULO- 7: RESULTADOS**

A continuación, se expondrán los resultados estadísticos obtenidos para cada uno de los objetivos específicos planteados calculados sobre la muestra descrita en el capítulo precedente y siguiendo el árbol de decisiones indicado para la elección de los análisis estadísticos.

### **7.1.- Conocimiento sobre tabaquismo**

En este estudio se indagaron variables relacionadas a la información con que cuentan los adolescentes sobre el tabaquismo y sus consecuencias y las actitudes hacia el mismo. De esta forma, se observó que casi la totalidad (98.3%;  $n = 296$ ) manifestó saber que el consumo de tabaco puede generar enfermedades. Resulta interesante observar que un 23.2% ( $n = 70$ ) indicó no haber recibido información sobre tabaquismo. Por otra parte, se observa que la mayoría (86.6%;  $n = 259$ ) consignó saber que la exposición al humo de tabaco -tabaquismo pasivo- puede generar enfermedades. A su vez, el 62.6% ( $n = 189$ ) manifestó que les molesta el humo del cigarrillo. Finalmente, se indagó a los adolescentes sobre qué consideraban era la conducta de consumir tabaco: el 44.5% ( $n = 134$ ) respondieron que es «una adicción», el 14% ( $n = 42$ ) «un hábito» y el 28.9% ( $n = 87$ ) «ambas» cosas. Tan sólo un 5.6% ( $n = 17$ ) consignó que el tabaquismo no era ni una adicción ni un hábito -«ninguna»- y un 7% ( $n = 21$ ) optó por la opción «no sé» -ver Tabla 4-.

Tabla 4-.  
*Conocimientos sobre tabaquismo.*

		<i>n</i>	%
<b>¿Se puede contraer una enfermedad por el consumo de tabaco?</b>	Si	296	98.3
	No	5	1.7
<b>¿Se puede contraer una enfermedad por la exposición al humo del tabaco?</b>	Si	259	86.6
	No	40	13.4
<b>¿Recibiste información sobre el tabaquismo?</b>	Si	232	76.8
	No	70	23.2
<b>¿Te molesta el humo del cigarrillo?</b>	Si	189	62.6
	No	113	37.4
<b>Fumar es...</b>	Un hábito	42	14
	Una adicción	134	44.5
	Ambas	87	28.9
	Ninguna	17	5.6
	No se	21	7

## 7.2.- Descripción del consumo de tabaco de los adolescentes

El primer objetivo de esta tesis consistió en describir el consumo de tabaco de los adolescentes y las variables asociadas al tabaquismo, y su posible asociación con variables sociodemográficas. Para ello se estudió la presencia, frecuencia e intensidad del consumo tabáquico en los adolescentes de esta muestra, así como el comportamiento de dichas variables sociodemográficas asociadas al consumo de tabaco.

En primer lugar, se observó que el 41.7% ( $n = 126$ ) de los adolescentes manifestaron haber probado alguna vez un cigarrillo. El 22.2% ( $n = 67$ ) consignó haber fumado más de 100 cigarrillos en total en su vida. Dentro de los adolescentes que probaron consumir tabaco, se observa que en el 34.9% ( $n = 44$ ) tuvo un primer acercamiento en edades muy tempranas «10 años o menos», y que la mayoría lo hizo entre los «11 y 15 años» (51.6%;  $n = 65$ ). Cabe destacar que, aunque un 41.7% ( $n = 126$ ) alguna vez probó un cigarrillo, el 72.8% ( $n = 220$ ) no fuma ningún cigarrillo al día. Considerando los sujetos que fuman al menos un cigarrillo diario, el

80.5% ( $n = 66$ ) consignó fumar entre uno y cinco cigarrillos diarios, el 17.1% ( $n = 14$ ) consignó fumar entre 6 y 10, mientras que sólo el 2.4% ( $n = 2$ ) consignó fumar 10 o más.

Para analizar la distribución de frecuencia de las variables sobre las circunstancias en las que los adolescentes fuman y motivos por los que comenzaron a fumar, se seleccionaron a los sujetos fumadores -i.e., adolescentes que probaron cigarrillo y que fuman al menos un cigarrillo diario-. En este caso, un 63.4% ( $n = 52$ ) consignó como primera opción fumar en soledad, mientras que el 22% ( $n = 18$ ) indicó fumar «con amigos/as». El 8.5% ( $n = 7$ ) consignó fumar en «reuniones sociales o salidas», mientras que el 2.4% ( $n = 2$ ) fuma «en familia». Los dos sujetos restantes marcaron la categoría «otros». En relación a los motivos por los que comenzaron a fumar, la mayoría (62.2%;  $n = 51$ ) eligió como primera opción «por curiosidad», mientras que el 28% ( $n = 23$ ) manifestó haber comenzado porque el mejor amigo/a fumaba y el 9.8% ( $n = 8$ ) «por imitar a otro/a/os/as».

Finalmente, el 44.5% ( $n = 111$ ) de los participantes consignaron que «menos de la mitad» de sus amigos fuman, mientras que el 28.9% ( $n = 25$ ) estimó que lo hacía «la mitad». El resto del porcentaje se repartió entre quienes respondieron no tener «ningún/a» amigo/a que fuma, tener «más de la mitad» o que «todos/as» sus amigos/as lo hacen -ver Tabla 5-.

Tabla 5-.  
*Descripción del consumo de tabaco de los adolescentes.*

		<i>n</i>	%
<b>¿Alguna vez probaste tabaco?</b>	Si	126	41.7
	No	176	58.3
<b>¿Fumaste al menos 100 cigarrillos?</b>	Si	67	22.2
	No	235	77.8
<b>Edad del primer cigarrillo</b>	10 años o menos	44	34.9
	11 a 15 años	65	51.6
	16 a 18 años	17	13.5
<b>Cantidad de cigarrillos por día</b>	1-5	66	80.5
	6-10	14	17.1
	Más de 10	2	2.4
<b>Circunstancias en que fuma</b>	Solo	52	63.4
	Con amigos	18	22
	En familia	2	2.4
	Reuniones sociales	7	8.5
	Otros	2	2.4
<b>¿Por qué comenzaste a fumar?</b>	Por curiosidad	51	62.2
	Por imitar a otros	8	9.8
	Porque mi mejor amigo fuma	23	28
	Porque fuman en mi hogar	0	0
<b>¿Cuántos de tus amigos fuman?</b>	Ninguno	95	14.0
	Menos de la mitad	111	44.5
	La mitad	25	28.9
	Más de la mitad	60	5.6
	Todos	8	7

Cuando se tomó en cuenta la categorización de los fumadores en función de su nivel de consumo propuesto OMS (2003a) se observó la presencia de un 16.6% ( $n = 50$ ) de «consumidores leves», un 9.9% ( $n = 30$ ) de «consumidores moderados» y un porcentaje minoritario de «consumidores severos» (0.7%;  $n = 2$ ) -ver Tabla 6-.

Tabla 6-.  
Frecuencias absolutas y porcentuales de las categorías de fumadores según la OMS (2003a).

<b>Categorización de fumadores según la OMS</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
<b>No consume</b>	220	72.8
<b>Consumidor leve</b>	50	16.6
<b>Consumidor moderado</b>	30	9.9
<b>Consumidor severo</b>	2	0.7

### 7.3.- Caracterización de las conductas y variables relacionadas al consumo de tabaco

#### 7.3.1- Caracterización de las conductas y variables relacionadas al consumo de tabaco en función del sexo

A continuación, se analizaron las distribuciones de frecuencia conjunta para hombres y mujeres en las variables anteriormente descritas, con particular detalle en aquellas en las que se detectaron distribuciones con diferencias significativas.

En primer lugar, el 45.5% ( $n = 75$ ) de los varones y el 37.2% ( $n = 51$ ) de las mujeres consiguieron haber probado al menos una vez en su vida un cigarrillo. Estas diferencias porcentuales no resultaron significativas en una prueba *Chi Cuadrado* ( $X^2 = 2.08$  [1],  $p = .149$ , con estadístico exacto de Fisher  $p = .161$ ), así como tampoco hubo diferencias entre sexos en cuanto a la edad del primer acercamiento al consumo de tabaco ( $X^2 = 0.64$  [2];  $p = .724$ ). No obstante, en relación al ítem que indagaba si habían consumido al menos 100 cigarrillos en su vida, sí se constató una distribución diferencial entre sexos: mientras el 27.3% ( $n = 45$ ) de los hombres respondió afirmativamente, lo hizo sólo el 16.1% ( $n = 22$ ) de las mujeres ( $X^2 = 5.45$  [1],  $p = .020$ , con estadístico exacto de Fisher  $p = .026$ ), siendo los residuos tipificados corregidos de  $\pm 2.3$ . Estos datos podrían estar mostrando una mayor incidencia de la conducta tabáquica en varones en comparación con mujeres. Esto fue confirmado al analizar la distribución diferencial en relación a la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente. Para realizar el análisis de esta relación con *Chi Cuadrado* y cumplir el supuesto de la prueba, según el cual todas las casillas

deben contar con una frecuencia no menor a cinco, se reagrupó la variable cantidad de cigarrillos fumados por día en tres categorías: «cero cigarrillos», «entre uno y cinco cigarrillos», y «seis o más cigarrillos» de consumo diario. Mientras un 77.4% ( $n = 106$ ) de mujeres consigné no consumir ninguno, un 69.1% ( $n = 114$ ) de los varones presenta este valor. No se hallaron diferencias notables en cuanto a los porcentajes de mujeres y hombre que consumen «entre uno y cinco cigarrillos» diarios (21.2%,  $n = 29$  y 22.4%,  $n = 37$ , respectivamente), pero cuando se observaron las categorías superiores de consumo, se constató que mientras el 8.5 ( $n = 14$ ) de hombres consumía al menos seis cigarrillos, lo hacía tan sólo el 1.5% ( $n = 2$ ) de las mujeres. Estos datos muestran una asociación significativa entre la variable sexo y cantidad de cigarrillos consumidos por día ( $X^2 = 7.73$  [2],  $p = .021$ ).

Continuando el criterio de Haberman (1978), se consideraron significativos los residuos tipificados corregidos -estandarización de las diferencias entre frecuencias esperadas según un modelo de independencia estadística y las frecuencias observadas- que se encontraran por fuera del rango comprendido entre  $\pm 1.96$ . Las diferencias significativas con respecto a un modelo de independencia estadística se sitúan en las frecuencias obtenidas en la categoría de «seis o más cigarrillos», tanto en hombres (2.7) como en mujeres (-2.7). Estos datos indican que la frecuencia relativa de consumo de «seis o más cigarrillos» en hombres fue significativamente mayor que en mujeres -ver Tabla 7-.

Tabla 7-.  
*Distribución conjunta de cantidad de cigarrillos consumidos por día en función del sexo con los residuos tipificados corregidos para cada casillero.*

Cantidad de cigarrillos consumidos por día		Sexo		
		Mujer	Hombre	Total
<b>0 cigarrillo</b>	<i>n</i>	106	114	220
	%	77.4	69.1	72.8
	<i>Residuo</i>	1.6	-1.6	
<b>1-5 cigarrillos</b>	<i>n</i>	29	37	66
	%	21.2	22.4	21.9
	<i>Residuo</i>	-0.3	0.3	
<b>6 o más cigarrillos</b>	<i>n</i>	2	14	16
	%	1.5	8.5	4.6
	<i>Residuo</i>	-2.7	2.7	
<b>Total</b>	<i>n</i>	137	165	302
	%	100	100	100

En relación a las circunstancias en las que comenzaron a fumar, resulta llamativo observar claras diferencias en función del género -ver Tabla 8-. Mientras la gran mayoría de hombres lo hizo «por curiosidad» (81.1%), el porcentaje en mujeres de este motivo también es mayoritario, pero mucho menor (51%). En ellas, se destaca que un 41.2% consignó haber comenzado a fumar porque su mejor amigo/a lo hacía, mientras que este motivo es claramente minoritario en hombres (8.1%). Las diferencias significativas con respecto a un modelo de independencia estadística se situaron en las frecuencias obtenidas en el valor «por curiosidad» ( $\pm 3.6$ ) y la respuesta «porque mi mejor amigo/a fuma» ( $\pm 4.4$ ). Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $X^2 = 19.53$  [2],  $p < .001$ ). Estos datos indican que el motivo de inicio «por curiosidad» tuvo una frecuencia relativa mayor en hombres, mientras que en mujeres fue superior la respuesta de comenzar a fumar «porque mi mejor amigo/a fuma» -ver Tabla 8-.

Tabla 8-.

*Distribución conjunta del motivo por el cual comenzaron a fumar en función del sexo con los residuos tipificados corregidos para cada casillero.*

¿Por qué comenzaste a fumar?		Sexo		Total
		Mujer	Hombre	
<b>Por curiosidad</b>	<i>n</i>	26	60	86
	%	51	81.1	68.8
	<i>Residuo</i>	-3.6	3.6	
<b>Por imitar a otros</b>	<i>n</i>	4	8	12
	%	7.8	10.8	9.6
	<i>Residuo</i>	-0.6	-0.6	
<b>Porque mi mejor amigo fuma</b>	<i>n</i>	21	6	27
	%	41.2	8.1	21.6
	<i>Residuo</i>	4.4	-4.4	
<b>Total</b>	<i>n</i>	51	74	125
	%	100	100	100

No se observaron diferencias porcentuales marcadas entre hombres y mujeres en relación a sus creencias y/o conocimiento acerca de si el consumo de tabaco podría generar enfermedades ( $X^2 = 1.3$  [1],  $p = .254$ , con estadístico exacto de Fisher  $p = .383$ ). No obstante, sí se observaron diferencias en las respuestas al ítem que indagaba sobre las consecuencias en la salud al estar expuesto/a al humo del tabaco. Mientras el 93.4% de las mujeres consideró que tal exposición sí puede generar enfermedades, en los hombres el porcentaje fue de 81%, una diferencia estadísticamente significativa ( $X^2 = 9.83$  [1],  $p = .002$ , con estadístico exacto de Fisher  $p = .002$ ), residuos tipificados corregidos =  $\pm 3.1$ . También se observó que el porcentaje de hombres que consideraron el tabaquismo como un «hábito» fue significativamente superior al de las mujeres (un 18.9% vs un 8%;  $X^2 = 12.18$  [4],  $p = .016$ ), residuos tipificados corregidos =  $\pm 2.7$ . El resto de las variables relacionadas al tabaquismo no mostraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la distribución de frecuencias ( $ps > .05$ ).

### 7.3.2.- Caracterización de las conductas y variables relacionadas al consumo de tabaco en función de la edad

En relación a los vínculos entre la edad de los adolescentes, que en este estudio oscilaron entre los 13 y 18 años -ya indicado-, y las variables relacionadas al consumo de tabaco, se observó que los participantes que consignaron haber probado cigarrillos mostraron una edad significativamente superior al resto,  $t(300) = 3.3$ ,  $p < .001$ ,  $p$  con *bootstrap*  $< .01$ ,  $M_{si} = 15.96$  y  $M_{no} = 15.30$ , un dato que se replica cuando la comparación se efectuó entre aquellos que consignaron haber consumido al menos 100 cigarrillos en su vida y los que no lo hicieron,  $t(300) = 4.71$ ,  $p < .001$ ,  $p$  con *bootstrap*  $< .01$ ,  $M_{si} = 16.46$  y  $M_{no} = 15.33$ , y que la edad en años correlacionó positivamente de un modo leve pero significativo con la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente,  $r = .21$  ( $IC: .11; .36$ ),  $p < .001$ . En consonancia con esto, se halló una correlación directa y baja entre la edad y la cantidad de amigos que fuman,  $r = .29$  ( $IC: = .16; .39$ ),  $p < .001$ .

No se hallaron diferencias significativas en la edad en función del motivo por el cual comenzaron a fumar,  $F(2, 124) = 1.02$ ,  $p = .361$ , con prueba no paramétrica  $p = .288$ , aunque sí se observaron diferencias en función de las circunstancias en las que fuman,  $F(2, 298) = 5.23$ ,  $p < .001$ , con prueba no paramétrica  $p < .001$ . La prueba *post hoc* de Tukey mostró que los adolescentes que fuman habitualmente solos/as son en promedio mayores que los que fuman habitualmente «con amigos/as»,  $p = .011$ , con pruebas no paramétricas  $p < .001$ ,  $M_{solos} = 16.41$  y  $M_{amigos} = 15.27$ . No se detectaron diferencias significativas en el resto de las comparaciones ( $ps > .05$ ).

En relación a la información que los adolescentes manejan sobre el tabaquismo y sus consecuencias, los que manifestaron haber recibido información al respecto tuvieron mayor edad que el resto,  $t(300) = 2.6$ ,  $p = .010$ , con *bootstrap*  $p = .016$ ,  $M_{si} = 15.72$  y  $M_{no} = 15.10$ . No obstante, cuando se comparó la edad de los grupos definidos por sus consideraciones sobre las consecuencias que el consumo o exposición al humo del tabaco -esto último, para fumadores

pasivos (Tovar Guzmán & López Antuñano, 2000)- poseen sobre la salud, i.e., «la exposición al humo de cigarrillo puede traer aparejado enfermedades para aquellos que no fuman ?» no se hallaron diferencias significativas,  $t_s < 1.6$ ,  $p = .129$ , con *bootstrap*  $p = .170$ .

### 7.3.3.- *Exposición temprana e intensidad del consumo de tabaco*

Se indagó la relación entre la cantidad de cigarrillos consumidos por día y la edad del primer cigarrillo fumado. Se observó una clara correlación negativa y débil,  $r = -.22$  (*IC*:  $-.45$ ;  $-.08$ ),  $p < .001$ , evidenciando que los adolescentes que mostraron un mayor nivel de consumo en términos de su frecuencia diaria, también tendieron a ser los que presentaban edades más tempranas de exposición/consumo inicial. No obstante, podría argumentarse que esta correlación se debe a que la variable cantidad de cigarrillos fumados por día contiene a aquellos que no consumen ninguno, dentro de los cuales se encuentra una proporción de adolescentes que nunca probaron el tabaco. Por esta razón, se volvió a realizar el mismo análisis excluyendo a los participantes que consiguieron no fumar ningún cigarrillo diario. Cuando se incorporó este control en el análisis, no se detectó correlación entre las variables,  $r = -.07$  (*IC*:  $-.30$ ;  $.06$ ),  $p = .525$ .

## 7.4.- **Ansiedad estado/rasgo y variables relacionadas al consumo de tabaco**

En primer lugar, se expondrán las comparaciones entre grupos en los niveles de AR en aquellas variables dicotómicas vinculadas al tabaquismo. No se hallaron diferencias significativas en cuanto al nivel de AR entre los adolescentes que probaron y los que no probaron tabaco alguna vez,  $t(300) = 0.094$ ,  $p = .925$ , con *bootstrap*  $p = .914$ . Curiosamente, se observó un nivel de AEdo significativamente superior entre los que consiguieron nunca haber probado tabaco,  $t(300) = 2.59$ ,  $p = .010$ , con *bootstrap*  $p = .008$ ,  $M_{si} = 23.56$  y  $M_{no} = 25.05$ . El mismo patrón de resultados se detectó al comparar los adolescentes que consumieron o no al menos 100 cigarrillos en su vida. Mientras no se observaron diferencias en cuanto al nivel de AR,  $t(300) = 0.087$ ,  $p = .930$ , con *bootstrap*  $p = .928$ , sí se halló mayor AEdo en aquellos que

reportaron no haber alcanzado esa cantidad de cigarrillos consumidos,  $t(300) = 2.84$ ,  $p = .005$ , con *bootstrap*  $p = .008$ ,  $M_{si} = 22.93$  y  $M_{no} = 24.86$ .

Cuando se compararon a los participantes que consignaron sentirse molestos por el humo del cigarrillo contra los que no, se halló que los primeros presentaron niveles más elevados en AEdo,  $t(300) = 2.23$ ,  $p = .026$ , con *bootstrap*  $p = .024$ ,  $M_{si} = 24.92$  y  $M_{no} = 23.61$ , aunque no se observaron diferencias en relación a la AR,  $t(300) = 0.4$ ,  $p = .689$ , con *bootstrap*  $p = .627$ . Tampoco se hallaron diferencias en ambas variables cuando se compararon los grupos en función de haber o no recibido información sobre el tabaquismo o si consideraban o no que el consumo o exposición al tabaco genera enfermedades ( $p > .05$ ).

A continuación, se exponen los análisis de comparaciones de grupos conformados con variables con más de dos condiciones. En primer lugar, se compararon los grupos en función de la edad del primer cigarrillo consumido «10 años o menos» vs «11 a 15 años» vs «16 a 17 años» vs «18 años». Vale recordar que esta variable no incluyó a los adolescentes que consignaron nunca haber probado un cigarrillo. El ANOVA no arrojó efecto significativo ni en AEdo,  $F(2, 125) = 0.67$ ,  $p = .512$ , con no paramétrica  $p = .291$ , ni en AR,  $F(2, 125) = 0.76$ ,  $p = .466$ , con no paramétrica  $p = .431$ . Excluyendo a los sujetos que nunca consumieron cigarrillos, se compararon los niveles de ansiedad en función de las circunstancias en las cuales habitualmente los consumidores fuman, sin detectarse efecto significativo del factor ni en AEdo,  $F(5, 122) = 1.29$ ,  $p = .270$ , con no paramétrica  $p = .123$ , ni en AR,  $F(5, 122) = 0.54$ ,  $p = .745$ , con no paramétrica  $p = .434$ . Los sujetos no difirieron tampoco en AR en función del motivo por el cual comenzaron a fumar,  $F(2, 124) = 0.21$ ,  $p = .807$ , con no paramétrica  $p = .841$ , aunque se halló efecto significativo del factor en relación a la AEdo,  $F(2, 124) = 3.26$ ,  $p = .042$ , con no paramétrica  $p = .046$ . La prueba *post hoc* de Tukey mostró que los que comenzaron a fumar porque su mejor amigo/a lo hacía mostraron valores superiores en esta variable que aquellos que lo hicieron «por curiosidad», siendo esta diferencia marginalmente significativa,  $p = .067$ , con no

paramétrica  $p = .046$ ,  $M_{amigo} = 25.30$  y  $M_{curiosidad} = 22.77$ . El resto de las comparaciones no resultaron significativas ( $ps > .05$ ).

No se hallaron diferencias significativas en función de sus opiniones acerca de qué es fumar en ambas variables ( $p > .05$ , con *bootstrap*  $p > .05$ ). Cuando se compararon a los sujetos en función de la cantidad de amigos que fuman, se observó que no hubieron diferencias significativas en AR,  $F(4, 298) = 1.37$ ,  $p = .242$ , con no paramétrica  $p = .299$ , pero sí en AEdo,  $F(4, 298) = 5.64$ ,  $p < .001$ , con *bootstrap*  $p < .001$ . La prueba de Tukey mostró que los que consignaron no tener «ninguno/a» amigo/a que fuma presentaron valores superiores ( $M = 26.29$ ) que los que consignaron tener «menos de la mitad» ( $M = 23.28$ ),  $p = .003$ , con prueba no paramétrica,  $p = .001$ , y también mostraron valores superiores a los que consignaron tener «más de la mitad» ( $M = 22.83$ ),  $p < .001$ , con prueba no paramétrica,  $p < .001$ . El resto de las comparaciones no resultaron significativas ( $ps > .05$ ).

Finalmente, se evaluaron las posibles asociaciones entre los niveles de AR y AEdo y la cantidad de cigarrillos consumidos por día. No se detectaron asociaciones significativas ni con AEdo,  $r = -.02$  ( $IC: -.12; .10$ ),  $p = .597$ , ni tampoco con AR,  $r = .004$  ( $IC: -.06; .08$ ),  $p = .714$ .

## 7.5.- Depresión y variables relacionadas al consumo de tabaco

A continuación, se reportarán análisis análogos a los del apartado anterior, pero en este caso los mismos tendrán como variable dependiente el puntaje total obtenido en el BDI-II de Beck (1996).

Los adolescentes que consignaron haber probado cigarrillos mostraron niveles significativamente superiores de depresión que los que no lo hicieron,  $t(300) = 4.51$ ,  $p < .001$ ,  $p$  con *bootstrap*  $< .01$ ,  $M_{si} = 13.75$  vs  $M_{no} = 9.90$ . También se observaron mayores niveles de depresión promedio en aquellos que fumaron al menos 100 cigarrillos en relación al resto,  $t(300) = 3.39$ ,  $p < .001$ ,  $p$  con *bootstrap*  $< .001$ ,  $M_{si} = 14.22$  y  $M_{no} = 10.73$ , y en aquellos que

consignaron que no les molesta el humo del tabaco en relación a los que sí les molesta,  $t(300) = 3.65$ ,  $p < .001$ ,  $p$  con *bootstrap*  $< .001$ ,  $M_{si} = 10.31$  vs  $M_{no} = 13.51$ . Por el contrario, no se detectaron diferencias significativas entre las medias de los puntajes de depresión cuando se compararon en función de si habían recibido o no información sobre tabaquismo y si consideraban o no que el consumo o exposición al tabaco puede generar enfermedades ( $ps > .05$ ).

No se detectaron diferencias según sus opiniones acerca de qué es la conducta de fumar,  $F(4, 300) = 1.71$ ,  $p = .147$ , con prueba no paramétrica  $p = .132$ . Teniendo en cuenta solo los adolescentes que probaron tabaco, cuando se compararon a los sujetos en función de la edad en la cual iniciaron el consumo, no se detectaron diferencias significativas en sus niveles de depresión,  $F(2, 125) = 1.76$ ,  $p = .175$ , con prueba no paramétrica  $p = .356$ , tampoco se hallaron diferencias en los niveles de depresión al comparar a los sujetos según las circunstancias en las que habitualmente fuman,  $F(4, 118) = 0.5$ ,  $p = .998$ , con prueba no paramétrica  $p = .991$ , ni según los motivos por los cuales comenzaron a fumar,  $F(2, 124) = 0.84$ ,  $p = .410$ , con prueba no paramétrica  $p = .451$ .

Finalmente, se detectó una correlación positiva leve entre los niveles de depresión y la cantidad de cigarrillos consumidos a diario,  $r = .17$  (*IC*: .04; .28),  $p < .001$ . Nuevamente, esta correlación no fue constatada cuando se excluyeron los casos que nunca habían consumido tabaco,  $r = .13$  (*IC*: -.12; .31),  $p = .140$ , lo cual evidencia que más allá de la diferencia anteriormente reportada entre los sujetos que probaron y los que no probaron cigarrillos, no se detectan asociaciones entre la intensidad del consumo y los valores de depresión.

Por último, se exploró la distribución conjunta del nivel de consumo tabáquico en función de la severidad de los síntomas depresivos. Para esto, se utilizó la categorización de la OMS (2003a) sobre niveles de consumo -«no consumidores», «consumidores leves», «consumidores moderados» y «consumidores severos»- y la categorización del nivel de depresión en función de

los valores en el BDI-II -«mínima», «leve», «moderada» y «severa»-. Con el objetivo de cumplir con los supuestos estadísticos de la prueba *Chi Cuadrado* -una frecuencia esperada no menor a cinco en todas las casillas- se decidió agrupar las categorías «consumidor moderado» y «consumidor severo», y las categorías «depresión moderada» y «depresión severa». En la Tabla 9 se observa la distribución conjunta de esta muestra en función del nivel del consumo de tabaco y depresión.

Tabla 9-

*Distribución conjunta de frecuencias absolutas y relativas porcentuales en función del nivel de depresión según el BDI-II y el Nivel de consumo de tabaco según la OMS.*

		Nivel de Depresión según BDI-II			Total	
		Mínima	Leve	Moderada / Severa		
Nivel de Consumo	No consumo	<i>n</i>	164	35	21	220
		%	80.0	62.5	51.2	72.8
		Residuos	4.1	-1.9	-3.3	
	Consumidor leve	<i>n</i>	26	11	13	50
		%	12.7	19.6	31.7	16.6
		Residuos	-2.6	.7	2.8	
	Consumidor moderado / severo	<i>n</i>	15	10	7	32
		%	7.3	17.9	17.1	10.6
		Residuos	-2.7	2.0	1.4	
Total	<i>n</i>	205	56	41	302	
	%	100	100	100	100	

Al observar la tabla se constató una distribución diferencial del nivel de consumo en función del nivel de depresión. Tal como se observa en la Tabla 9, a excepción de las casillas correspondientes a sujetos que no consumen y muestran depresión leve, sujetos con consumo leve y depresión leve, y sujetos con consumo moderado/severo y depresión moderada/severa, los residuos estandarizados corregidos del resto de las casillas estuvieron en  $\pm 1.96$ . Mientras que el 80% de los adolescentes con «depresión mínima» no consume, esta condición desciende al 51% en los sujetos con un nivel de «depresión entre moderada y severa». Cuando se comparan los porcentajes entre los «consumidores leves», se observa que representan el 12.7% de los que

tienen «depresión mínima» y un 31.7% de los que presentan niveles «moderados o severos». Por último, los sujetos con consumo entre «moderado y severo» representan tan sólo el 7.3% de los sujetos que presentan «depresión mínima», mientras que el porcentaje aumenta al 17.9% de los que tienen «depresión leve» y 17.1% de los que muestran niveles «moderado o severo». Se observa claramente cómo a medida que se asciende en los niveles de depresión, los porcentajes correspondientes a «no consumidores» decrecen mientras que aumentan los «consumidores moderados o severos», siendo el incremento muy elocuente en los «consumidores leves». Una prueba de *Chi Cuadrado* confirmó una asociación muy significativa entre ambas variables,  $\chi^2 = 19.25 (4), p = .001$ .

## **7.6.- Dimensiones de la personalidad y variables relacionadas al consumo de tabaco**

A continuación, se reportarán análisis análogos a los obtenidos en los dos apartados anteriores, pero en este caso los mismos tendrán como variables dependientes los puntajes obtenidos en las dimensiones de la personalidad N, E, A, R y AE.

Se observó que los adolescentes que consumieron alguna vez en su vida tabaco tuvieron valores significativamente menores en A,  $t(300) = 3.66, p < .001$ , con *bootstrap*  $p = .004$ ,  $M_{si} = 33.26$  vs  $M_{no} = 35.44$ , y también en R,  $t(300) = 2.97, p = .003$ , con *bootstrap*  $p = .002$ ,  $M_{si} = 29.49$  vs  $M_{no} = 31.77$ , mientras que mostraron puntajes superiores en N,  $t(300) = 4.67, p < .001$ , con *bootstrap*  $p = .002$ ,  $M_{si} = 24.94$  vs  $M_{no} = 21.83$ . No se hallaron diferencias significativas en E y AE ( $p > .05$ ).

Cuando se compararon los grupos según si habían consumido o no al menos 100 cigarrillos en su vida, se observó que los que respondieron afirmativamente presentaron niveles menores de A,  $t(300) = 3.54, p < .001$ , con *bootstrap*  $p = .006$ ,  $M_{si} = 32.58$  vs  $M_{no} = 35.09$ , niveles menores en AE,  $t(300) = 2.1, p = .036$ , con *bootstrap*  $p = .042$ ,  $M_{si} = 35.45$  vs  $M_{no} = 37.15$ , y una tendencia a la significación en igual dirección en la dimensión R,  $t(300) = 1.83, p = .067$ , con

*bootstrap*  $p = .050$ ,  $M_{si} = 29.51$  vs  $M_{no} = 30.97$ . Por su parte, en N volvieron a presentarse puntuaciones significativamente superiores,  $t(300) = 4.24$ ,  $p < .001$ , con *bootstrap*  $p = .002$ ,  $M_{si} = 25.73$  vs  $M_{no} = 22.41$ , mientras que no se detectaron discrepancias en E,  $t(300) = 1.08$ ,  $p = .278$ , con *bootstrap*  $p = .248$ .

En concordancia con estos datos, se observó que los adolescentes que consignaron que no les molesta el humo del cigarrillo presentaron, en comparación al resto, valores significativamente más bajos en A,  $t(300) = 4.6$ ,  $p < .001$ , con *bootstrap*  $p = .002$ ,  $M_{si} = 35.61$  vs  $M_{no} = 32.72$ , valores inferiores en R,  $t(300) = 2.74$ ,  $p = .006$ , con *bootstrap*  $p = .010$ ,  $M_{si} = 31.34$  vs  $M_{no} = 29.48$ , y también en AE,  $t(300) = 2.66$ ,  $p = .008$ , con *bootstrap*  $p = .014$ ,  $M_{si} = 37.47$  y  $M_{no} = 35.62$ , mientras que mostraron mayores puntuaciones en N,  $t(300) = 4.34$ ,  $p < .001$ , con *bootstrap*  $p = .002$ ,  $M_{si} = 22.06$  vs  $M_{no} = 24.97$ . Nuevamente, la E no discrepó entre los grupos,  $t(300) = 0.73$ ,  $p = .464$ , con *bootstrap*  $p = .437$ .

Cuando se analizaron las variables sobre el conocimiento de los encuestados acerca del tabaquismo, se observó que los adolescentes que consignaron haber recibido información no difirieron del resto en las dimensiones de la personalidad ( $p > .05$ , con *bootstrap*  $ps > .330$ ), excepto en el caso de la AE, en la cual los participantes que reportaron haber recibido información mostraron valores significativamente superiores,  $t(300) = 3.64$ ,  $p < .001$ , con *bootstrap*  $p = .002$ ,  $M_{si} = 37.44$  vs  $M_{no} = 34.57$ . Curiosamente, mientras no se halló ninguna diferencia de la personalidad entre los que consideraron que el consumo de tabaco podía o no generar enfermedades ( $p > = .05$ , con *bootstrap*  $p > = .05$ ), sí se detectaron cuando se compararon los grupos en función de sus opiniones sobre la exposición al humo tabáquico. En este caso, los que consideraron que la exposición al mismo no puede generar enfermedades fueron menos «extrovertidos»,  $t(297) = 2.1$ ,  $p = .036$ , siendo marginalmente significativo con *bootstrap*,  $p = .066$ ,  $M_{si} = 28.54$  vs  $M_{no} = 26.53$ ; también fueron más amables,  $t(297) = 3.1$ ,  $p = .002$ , con *bootstrap*,  $p = .004$ ,  $M_{si} = 34.89$  vs  $M_{no} = 32.17$ ; más responsables,  $t(297) = 2.48$ ,  $p =$

.013, con *bootstrap*,  $p = .012$ ,  $M_{si} = 30.98$  vs  $M_{no} = 28.55$ ; y menos «abiertos a la experiencia»,  $t(297) = 3.57$ ,  $p < .001$ , con *bootstrap*,  $p = .002$ ,  $M_{si} = 37.27$  vs  $M_{no} = 33.77$ ; aunque no mostraron diferencias en relación al N,  $t(297) = 0.95$ ,  $p = .341$ , con *bootstrap*,  $p = .373$ .

Por su parte, un ANOVA no mostró efecto significativo del factor edad del primer consumo de cigarrillo en ninguna de las cinco dimensiones de la personalidad ( $ps > .05$ , con pruebas no paramétricas  $ps > .05$ ). Estos datos se confirman cuando se excluyen del análisis a los sujetos que no probaron nunca el tabaco ( $p > .05$ , con pruebas no paramétricas  $p > .05$ ). Tampoco se observaron diferencias en función de las circunstancias en las que los adolescentes suelen fumar ( $p > .05$ , con pruebas no paramétricas  $p > .05$ ).

Cuando se introdujo en el ANOVA como factor el motivo por el cual el adolescente comenzó a fumar, no se halló efecto significativo del factor en ninguna de las dimensiones de la personalidad ( $p > .05$ ,  $p$  no paramétricas  $> .05$ ).

Al comparar a los sujetos en función de la cantidad de amigos que fuman, se observaron los siguientes efectos significativos. En AE,  $F(4, 298) = 2.94$ ,  $p = .025$ , con  $p$  no paramétricas = .009, en donde la prueba de Tukey mostró que los que consiguieron tener «más de la mitad» de amigos/as que fuman mostraron valores inferiores ( $M = 34.82$ ) que los que consiguieron tener «ninguno/a» ( $M = 37.66$ ) o «menos de la mitad» ( $M = 37.44$ ),  $ps < .05$ , con pruebas no paramétricas  $ps < .05$ . El resto de las comparaciones entre grupos no resultaron significativas ( $ps > .05$ ). También se observó efecto significativo en N,  $F(4, 298) = 4.05$ ,  $p = .003$ ,  $p$  no paramétricas = .005, en donde se halló que los que consiguieron tener «más de la mitad» mostraron valores superiores ( $M = 25.53$ ) que los que tienen «ninguno/a» ( $M = 21.93$ ) o «menos de la mitad» de amigos que fuman ( $M = 22.73$ ),  $ps < .05$ ,  $ps$  no paramétricas  $< .05$ . En el resto de las dimensiones no se hallaron efectos significativos de este factor,  $F_s < 1.77$ ,  $ps > .132$ ,  $ps$  no paramétricas  $> .293$ .

No se hallaron diferencias en los niveles de E, AE y N en función de la opinión que le merece al adolescente respecto de la conducta tabáquica,  $F_s < 1.57$ ,  $p > .182$ ,  $p_s$  no paramétricas = .108. Se halló efecto principal del factor en A,  $F(4, 300) = 3.15$ ,  $p = .015$ , con prueba no paramétrica  $p = .013$ , detectándose que los sujetos que opinaron que fumar es «una adicción» presentaron valores significativamente superiores ( $M = 35.42$ ) que los que lo adjetivaron como «un hábito» ( $M = 32.52$ ),  $p = .014$ ,  $p$  no paramétrica = .001, mientras que en el resto de las comparaciones las diferencias no fueron significativas,  $p_s > .05$ . También se halló efecto principal en relación al comportamiento de la dimensión R,  $F(4, 300) = 3.26$ ,  $p = .012$ , marginalmente significativo con prueba no paramétrica,  $p = .063$ . Los que consideraron el fumar como «una adicción» presentaron valores superiores ( $M = 31.60$ ) que los que optaron por la opción «ninguna» ( $M = 27.47$ ) -i.e., ni un hábito ni una adicción-,  $p = .041$ ,  $p$  no paramétrica = .031. Los que consideraron el fumar como «una adicción» también presentaron una tendencia a mostrar mayores valores que quienes lo consideraron «un hábito» ( $M = 28.88$ ),  $p = .057$ , con prueba no paramétrica  $p = .018$ . En el resto de las comparaciones las diferencias no fueron significativas,  $p_s > .05$ .

Finalmente, se analizaron las asociaciones entre las dimensiones de la personalidad y la cantidad de cigarrillos consumidos por día, excluyendo a los adolescentes que nunca probaron tabaco -ver Tabla 10-.

Tabla 10-

*Correlaciones  $r$  de Pearson parciales (controlando por DS) entre la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente y las puntuaciones totales en las dimensiones de la personalidad ( $N = 126$ , excluyendo los adolescentes que nunca probaron tabaco). \*:  $p = .05$ .*

		<b>E</b>	<b>A</b>	<b>R</b>	<b>AE</b>	<b>N</b>
<b>Cantidad de cigarrillos por día</b>	<b>R</b>	-.23**	-.11	-.03	-.23**	.18*
	<b>P</b>	.007	.216	.717	.009	.037
	<b>IC</b>	-.47; .07	-.22; .02	-.18; .19	-.43; .02	-.02; .35

Se observaron correlaciones leves entre la cantidad de cigarrillos consumidos y los valores en AE, E y N. Sin embargo, en los tres casos la técnica de remuestreo *bootstrapping* arroja

intervalos de confianza que incluyen la hipótesis nula ( $r = 0$ ) tanto para AE ( $IC = -.425; .018$ ), E ( $IC = -.444; .057$ ), como N ( $IC = -.02; .35$ ) razón por la cual, aun siendo significativas, se desestiman estas asociaciones.

## 7.7.- Deseabilidad social y consumo de tabaco

Tal como se mencionó en el marco teórico, la DS resulta una variable de interés, por lo que se compararon los adolescentes que habían consumido o no tabaco alguna vez en su vida, y se observó que los consumidores tuvieron valores significativamente superiores de DS,  $t(300) = 4.01$ ,  $p < .001$ ,  $p$  del *bootstrap* = .002,  $M_{SI} = 12.86$  vs.  $M_{NO} = 12.04$ . Estas diferencias se replicaron cuando se compararon a los que habían consumido o no al menos 100 cigarrillos en su vida,  $t(300) = 4.25$ ,  $p < .001$ ,  $p$  del *bootstrap* = .002,  $M_{SI} = 13.18$  vs.  $M_{NO} = 12.15$ . También se observó valores significativamente superiores en los que consiguieron no verse molestos por el humo de los cigarrillos en comparación con el resto,  $t(300) = 4.74$ ,  $p < .001$ ,  $p$  del *bootstrap* = .002,  $M_{SI} = 12.02$  vs.  $M_{NO} = 12.99$ .

Por el contrario, cuando se compararon los grupos en función de haber o no recibido información sobre tabaquismo y considerar o no que el consumo o la exposición al humo del tabaco podría generar enfermedades, no se encontraron diferencias significativas en la DS,  $ts < 1.42$ ,  $ps > .156$ , con *bootstrap*  $ps > .213$ .

Al realizar un ANOVA para determinar diferencias en la DS de acuerdo a las circunstancias en las que el adolescente fuma y excluyendo a los que no consumieron tabaco previamente, se halló efecto significativo del factor,  $F(4, 118) = 3.17$ ,  $p = .011$ ,  $p$  no paramétrica  $< .001$ . La prueba *post hoc* de Tukey mostró que los que consiguieron fumar «solos» tuvieron valores significativamente superiores ( $M = 13.31$ ) que los que consiguieron hacerlo «con amigas/os» ( $M = 12.27$ ),  $p = .030$ ,  $p$  no paramétrica = .002. El resto de las comparaciones no resultaron ser significativas ( $ps > .05$ ).

Por otra parte, no se halló efecto significativo cuando el factor fue la edad en que se probó el primer cigarrillo,  $F(2, 125) = 0.22$ ,  $p = .798$ ,  $p$  no paramétrica = .659, cuando el factor fue el motivo por el cual el adolescente comenzó a fumar,  $F(2, 124) = 2.6$ ,  $p = .078$ , no paramétrica = .137, ni cuando el factor fue la opinión sobre el consumo de cigarrillos,  $F(4, 300) = 1.67$ ,  $p = .157$ ,  $p$  no paramétrica = .230.

Cuando se utilizó como factor intersujeto del ANOVA la cantidad de amigos que fuman dentro del círculo del encuestado, se halló un efecto marginalmente significativo,  $F(4, 298) = 2.35$ ,  $p = .054$ ,  $p$  no paramétrica = .090. La prueba *post hoc* de Tukey mostró que los adolescentes que consiguieron tener «más de la mitad» de amigos que fuman tuvieron mayor DS ( $M = 12.93$ ) que los que consiguieron no tener «ninguno/a» ( $M = 12.12$ ),  $p = .044$ ,  $p$  no paramétrica = .011. El resto de las comparaciones entre grupos no arrojó diferencias significativas ( $ps > .05$ ).

Además, se observó que al excluir a los sujetos que nunca probaron tabaco, la DS no covarió significativamente con la cantidad de cigarrillos diarios fumados,  $r = .04$  ( $IC: -.08; .31$ ),  $p = .648$ .

## 7.8.- Predicción del consumo de tabaco en adolescentes

A continuación, se presentarán análisis estadísticos realizados con regresión logística binaria múltiple con el objetivo de estudiar modelos probabilísticos que puedan predecir la presencia de consumo tabáquico en adolescentes. Al respecto, vale aclarar los siguientes aspectos:

Dado que la mayoría de las variables potencialmente explicativas -i.e., BDI-II, BFI, AEdo, AR y DS- presentaron distribuciones que se apartaron significativamente de un modelo gaussiano, no se emplearon modelos de regresión lineal múltiple para la predicción de variables cuantitativas, por caso, la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente. Por este motivo, se optó por analizar modelos explicativos de variables dicotómicas, como la condición de haber o no consumido al menos un cigarrillo y la de haber o no fumado al menos 100 cigarrillos en su

vida, a través de modelos de regresión logística, que no suponen la distribución normal de las variables explicativas.

En segundo lugar, dado que este tipo de modelo puede verse perjudicado para el cumplimiento de sus supuestos por la incorporación de variables predictivas innecesarias, se incluyeron únicamente las que en los análisis previos han mostrado significaciones al ser contrastadas con las condiciones de interés. De este modo, los modelos incluyeron como variables predictoras: BDI-II, DS, AEdo, A, R, AE y N.

### *7.8.1.- Un modelo para la predicción del consumo de al menos un cigarrillo*

Se puso a prueba un modelo multivariado para la predicción del consumo tabáquico. En este caso, la variable dicotómica fue la que indagaba si el adolescente había probado alguna vez un cigarrillo, al menos una pitada, categorizando con «0» a aquellos que no lo hicieron y «1» a los que sí. De este modo, el análisis tuvo por objetivo detectar qué variables pueden componer un modelo probabilístico para predecir el inicio del consumo. En el modelo se incluyeron las variables anteriormente mencionada. La prueba Durbin Watson arrojó un valor de 1.69, mostrando la independencia de errores, mientras que el Factor de Inflación de Varianza fue para todas las variables menores a 1.5, asegurando la no *multicolinealidad*.

A partir del método Hacia Adelante -Condicional- el análisis arrojó un modelo de regresión logística compuesto por tres variables que colectivamente aportan un nivel de predicción significativa,  $X^2(3) = 34.32$ ,  $p < .001$ . La prueba de bondad de ajuste de Hosmer Lemeshow mostró que no existieron diferencias significativas entre los valores esperados según el modelo y los valores observados,  $X^2(8) = 8.47$ ,  $p = .389$ , mostrando un buen nivel de ajuste del modelo a los datos observados en la muestra. Las variables seleccionadas por el modelo fueron DS, N y DBDI-II -según este orden-, conformando la siguiente ecuación:

$$\mathbf{Ln(p / 1 - p) = -4.61 + 0.196 * DS + 0.059 * N + 0.04 * BDI-II}$$

En los tres casos el estadístico de Wald resultó ser estadísticamente significativo,  $ps < .05$ . En la Tabla 11 se exponen los coeficientes y estadísticos del modelo logístico. Cabe destacar que en las tres variables incluidas el coeficiente  $B$  resulta positivo, por lo que aumentos en sus puntuaciones implica incrementos en la probabilidad de consumo previo de tabaco.

Tabla 11.-

*Coeficientes y estadísticos del modelo de regresión logística binaria múltiple para la predicción de la categoría SI en la variable «¿Alguna vez probaste un cigarrillo, aunque sea una o dos pitadas?».*

	<b>B</b>	<b>Error Estándar</b>	<b>Wald</b>	<b>p</b>
<b>Constante</b>	-4.617	1.004	21.122	< .001
<b>DS</b>	.196	.074	6.909	.009
<b>N</b>	.059	.025	5.438	.020
<b>BDI-II</b>	.040	.020	4.208	.040

Este modelo tuvo un coeficiente de determinación según el  $R^2$  de Nagelkerke de .145, lo cual muestra que un 14.5% de la dispersión en la variable respuesta puede ser predicha con la implementación del modelo. Si bien la proporción explicada resulta modesta, este modelo predijo el 79% de los casos de adolescentes que no probaron tabaco y el 40.5% de los casos en los que sí lo hicieron, mostrando un porcentaje total de acierto de 62.9%. A partir de estos porcentajes, se observa que es un modelo con un alto nivel de especificidad pero que su limitación estriba en un bajo grado de sensibilidad.

A los fines de presentar con claridad las implicancias predictivas del modelo arribado, se obtuvieron las probabilidades asociadas a que un adolescente haya consumido alguna vez tabaco en función de distintas puntuaciones en las variables integrantes del modelo. Se optó por definir diferentes condiciones de casos hipotéticos en función de los valores percentiles que obtuviesen en las tres variables del modelo. Para esto, se consideraron los valores correspondientes a los percentiles 1, 10, 25, 50, 75, 90 y 99, para las tres variables -ver Tabla 12-.

Tabla 12.-

*Distribución percentil de las variables incluidas en el modelo de regresión logística múltiple: DS, BDI-II y N.*

<b>Percentil</b>	<b>DS</b>	<b>BDI-II</b>	<b>N</b>
<b>1</b>	8	0	10.03
<b>10</b>	10	3	16
<b>25</b>	11	6	19
<b>50</b>	12	10	23
<b>75</b>	14	15	27
<b>90</b>	15	21.7	31
<b>99</b>	16	35.97	36.97

A partir de estos valores, se generaron siete condiciones hipotéticas:

*Condición 1* = sujetos en percentil 1 en las tres variables

*Condición 2* = sujetos en percentil 10 en las tres variables

*Condición 3* = sujetos en percentil 25 en las tres variables

*Condición 4* = sujetos en percentil 50 en las tres variables

*Condición 5* = sujetos en percentil 75 en las tres variables

*Condición 6* = sujetos en percentil 90 en las tres variables

*Condición 7* = sujetos en percentil 99 en las tres variables

A continuación, se obtuvieron las probabilidades de haber consumido alguna vez un cigarrillo para sujetos que obtuvieran valores correspondientes a cada una de las siete condiciones. Estas probabilidades se calcularon realizando la siguiente fórmula:

$$P(X = \text{Consumió cigarrillo}) = \frac{e^{\ln\left(\frac{p}{1-p}\right)}}{1 + e^{\ln\left(\frac{p}{1-p}\right)}}$$

En la Figura 1 se muestran las probabilidades para cada una de las condiciones. En dicha figura se observa claramente cómo la probabilidad de que un adolescente haya consumido alguna vez tabaco aumenta a medida que las puntuaciones en DS, N y BDI-II se sitúan en percentiles más elevado. Por ejemplo, en casos en los que los adolescentes obtuviesen puntuaciones bajas - condición 1; valores comprendidos entre el percentil 1 y 10 en las tres variables-, se observa que

la probabilidad de haber consumido tabaco oscila entre el 8% y el 17%. Sujetos que obtuviesen valores en torno a la  $M$  en las tres variables poseen una probabilidad que oscila alrededor del 37%. Por el contrario, sujetos con puntuaciones elevadas en BDI-II, DS y N -situados entre los percentiles 90 y 99- muestran probabilidades de consumo previo que rondan el 73% y el 89%.

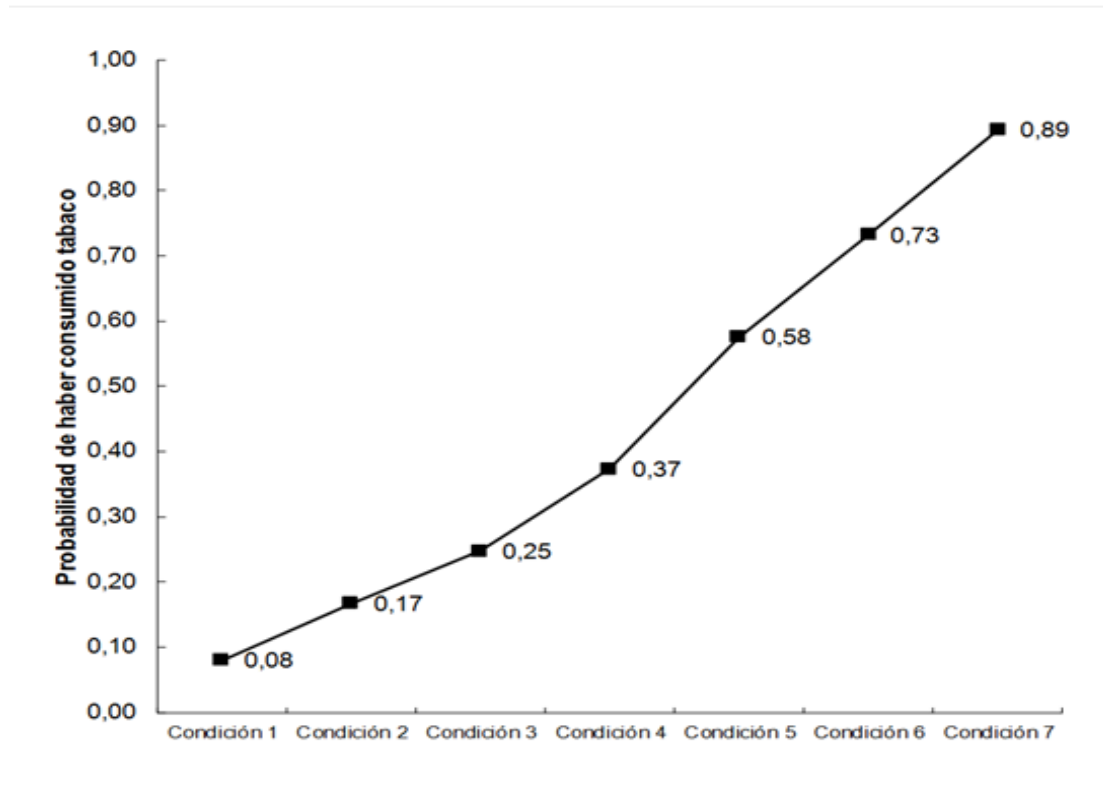


Figura 1.- Probabilidad de haber consumido tabaco para sujetos que obtengan en BDI-II, DS y N puntuaciones correspondientes al centil 1, 10, 25, 50, 75, 90 y 99.

Tal como se detalló anteriormente, estos cálculos se realizaron con el fin de facilitar la comprensión de las implicancias en términos probabilísticos del modelo de regresión logística propuesto. Por supuesto, las categorías percentiles formuladas en este gráfico comprenden situaciones en las que el adolescente muestra valores parejos en las tres variables del modelo. Esto permite mostrar el aumento progresivo de la probabilidad de consumo tabáquico previo de forma más elocuente. Sin embargo, no debe perderse de vista que con la aplicación de la misma fórmula pueden obtenerse las probabilidades propuestas por el modelo asociadas a situaciones en las que los sujetos muestren valores dispares entre las variables. Por ejemplo, según este modelo,

un adolescente que obtenga 15 puntos en DS -percentil 90-, 23 en N -percentil 50- y 15 en BDI-II -percentil 75- posee una probabilidad de haber consumido tabaco de 56.59%.

### 7.8.2.- *Un modelo para la predicción del consumo de al menos 100 cigarrillos*

Tal como se presentó en el apartado anterior, se detallará a continuación un modelo de regresión logística binaria múltiple, pero en este caso la variable dicotómica a ser predicha será la que indagaba a los adolescentes si consumieron al menos 100 cigarrillos en toda su vida, con el fin de proponer un modelo capaz de predecir, al menos parcialmente, la verificación de esta condición. Se introdujeron en el modelo las mismas variables independientes -BDI-II, DS, AEdo, A, R, AE y N- y se empleó nuevamente el método Hacia Adelante -Condicional-.

En este caso, la prueba Durbin Watson arrojó un valor de 1.54 y el Factor de Inflación de Varianza fue para todas las variables menores a 1.5, por lo que puede asumirse la no *multicolinealidad* y la independencia de residuos.

Se halló un modelo predictivo que fue colectivamente significativo,  $X^2(3) = 32.64$ ,  $p < .001$ , con buen nivel de bondad de ajuste según la prueba de Helmer y Lemeshow,  $X^2(8) = 12.25$ ,  $p < .140$ . El modelo, en este caso, incluyó tres variables: DS, N y AEdo -incorporadas en ese orden-. La ecuación logística quedó conformada de la siguiente manera:

$$\text{Ln}(p / 1 - p) = -5.06 + 0.283 * \text{DS} + 0.073 * \text{N} + -0.064 * \text{AEdo}$$

En los tres casos el estadístico de Wald resultó ser estadísticamente significativo,  $ps < .05$ . En la Tabla 13 se exponen los coeficientes y estadísticos del modelo logístico. Mientras que en las variables DS y N el coeficiente  $B$  fue positivo, en AEdo fue negativo, lo cual implica que en las primeras un aumento en sus valores se corresponda con un incremento en la probabilidad de verificación de la condición, mientras que un aumento de la AEdo disminuiría las chances de verificación.

Tabla 13.-

*Coefficientes y estadísticos del modelo de regresión logística binaria múltiple para la predicción de la categoría SI en la variable «¿Fumaste por lo menos 100 cigarrillos (cinco paquetes) en toda tu vida?».*

	<b>B</b>	<b>Error Estándar</b>	<b>Wald</b>	<b>p &lt;</b>
<b>Constante</b>	-5.061	1.435	12.448	.001
<b>DS</b>	.283	.092	9.472	.002
<b>N</b>	.073	.027	7.341	.007
<b>AEdo</b>	-.064	.030	4.490	.034

Este modelo tuvo un coeficiente de determinación según el  $R^2$  de Nagelkerke de .157, lo cual muestra que un 15.7% de la dispersión en la variable respuesta puede ser predicha con la implementación del modelo. El modelo de predicción acertó en el 96.2% de los casos de adolescentes que no consumieron al menos 100 cigarrillos en su vida y en el 14.9% de los casos que sí lo hicieron, arrojando un porcentaje total de acierto de 78.1%. Es evidente que el modelo aquí propuesto muestra muy buena especificidad, pero una baja sensibilidad a los casos positivos.

Finalmente, se realizó el mismo procedimiento que en el apartado anterior para computar las probabilidades de verificar la condición de haber consumido al menos 100 cigarrillos para distintas situaciones -ver apartado 7.8.1-. Para tal fin, se obtuvieron los centiles 1, 10, 25, 50, 75, 90 y 99 de las variables involucradas en el modelo -ver Tabla 14-.

Tabla 14.-

*Distribución percentilar de las variables incluidas en el modelo de regresión logística múltiple: DS, N y AEdo.*

<b>Percentil</b>	<b>DS</b>	<b>N</b>	<b>AEdo</b>
<b>1</b>	8	10.03	11.09
<b>10</b>	10	16	18
<b>25</b>	11	19	21
<b>50</b>	12	23	24.5
<b>75</b>	14	27	28
<b>90</b>	15	31	30
<b>99</b>	16	36.97	36

A través del mismo cómputo empleado anteriormente, se calcularon las probabilidades de haber consumido al menos 100 cigarrillos para distintas situaciones. Dado que en este modelo N y DS poseen coeficientes positivos, mientras que AEdo negativo, se confeccionaron las siete condiciones hipotéticas de la siguiente manera:

*Condición 1* = sujetos en percentil 1 en N y DS y percentil 99 en AEdo.

*Condición 2* = sujetos en percentil 10 en N y DS y percentil 90 en AEdo.

*Condición 3* = sujetos en percentil 25 en N y DS y percentil 75 en AEdo.

*Condición 4* = sujetos en percentil 50 en las tres variables.

*Condición 5* = sujetos en percentil 75 en N y DS y percentil 25 en AEdo.

*Condición 6* = sujetos en percentil 90 en N y DS y percentil 10 en AEdo.

*Condición 7* = sujetos en percentil 99 en N y DS y percentil 1 en AEdo.

Tal como se observa en la Figura 2, la probabilidad de que un adolescente haya consumido al menos 100 cigarrillos predicha por este modelo aumenta a medida que las puntuaciones en DS y N aumentan y disminuye la AEdo. Por ejemplo, en casos en los que los adolescentes obtengan puntuaciones bajas en N y DS y altas en AEdo, las probabilidades de verificación son muy bajas, oscilando entre el 1% y el 5%. Por el contrario, si un adolescente, según este modelo, presenta una combinación de puntuaciones elevadas en N y DS con baja AEdo, las probabilidades de verificación son sustancialmente más altas, situándose entre el 57% y el 81%.

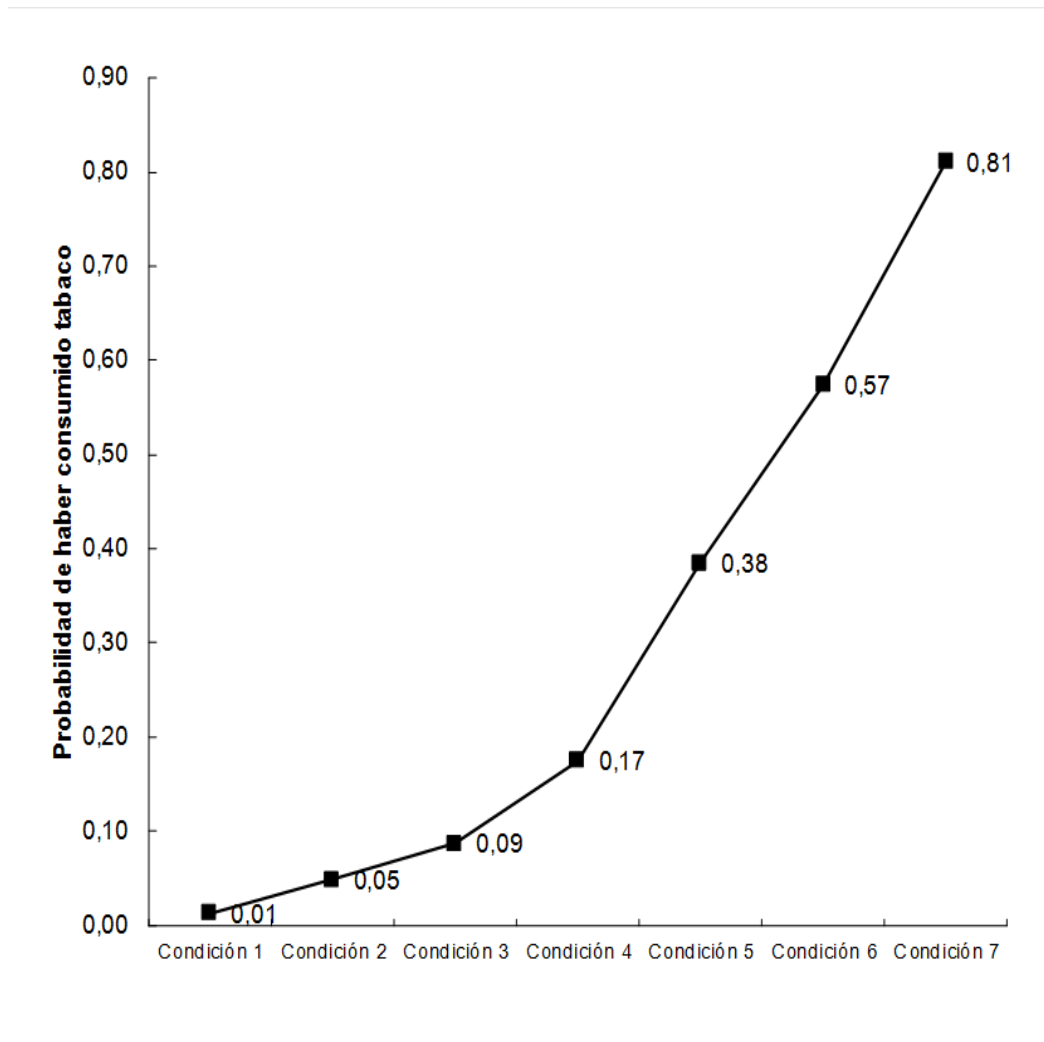


Figura 2-. Probabilidad de haber consumido al menos 100 cigarrillos (cinco paquetes) en función de las condiciones definidas a partir de los percentiles en DS, AEdo y N.

## **8. CAPÍTULO- 8: DISCUSIÓN**

### **8.1.- Consideraciones generales**

El período de la adolescencia constituye una etapa sensible de la ontogenia, la formación de la personalidad y la instauración de conductas que pueden transformarse en habituales en la vida adulta. Este período se encuentra signado por la presencia de severas transformaciones donde los intereses son diversos y cambiantes, generando el espacio para propiciar profundas modificaciones de comportamiento, carácter y de ideas de cara a la adultez (Vinaccia et al., 2007).

Es un segmento cronológico que habitualmente se acompaña de una elevada inestabilidad emocional, que se debe, entre otros factores, a que el adolescente se orienta regularmente hacia la búsqueda de la afirmación de su autoimagen, búsqueda de sensaciones y novedad (Garaigordobil, 2004; Rodríguez & Torrente, 2003).

La inestabilidad emocional característica de la vulnerabilidad adolescente trae aparejada un alto riesgo de desarrollo de sintomatologías psicológicas en este período, tales como ansiedad, depresión, determinados rasgos de la personalidad disfuncionales y rasgos de DS desadaptativos, entre otras (OMS, 2003b) -en el capítulo 7, Resultados, se pueden identificar tales sintomatologías y/o anomalías en cada uno de los apartados respectivos en un segmento significativo de la población analizada-.

Debido al acrecimiento de la mencionada inestabilidad emocional y vulnerabilidad, se incrementan las chances de que el comportamiento se dirija hacia conductas riesgosas y perjudiciales para la salud, como lo es el consumo de tabaco (e.g., Ariza & Nebot, 2002; Botvin et al., 1997; Castillo, et al., 2004; Coleman & Hendry, 2003; Corbella & Valls, 1993; Míguez, 2003).

Dichas investigaciones se replican en este estudio, si se tiene en cuenta que se halló una elevada frecuencia, pues un 41.7% de los adolescentes alguna vez probaron un cigarrillo, con los riesgos que esto implica.

No obstante, paradójicamente el señalado binomio -inestabilidad emocional/vulnerabilidad- se asocian con una particularidad psicológica propia del adolescente: el sentimiento de invulnerabilidad. Grinder (1987) indicó que existen escasas probabilidades que un niño y/o un adolescente, colmado de vida y vigoroso, conciba en sí mismo las consecuencias dañinas y nefastas del cigarrillo. El adolescente, según él generalmente, se halla en pleno éxtasis de sus potencialidades físicas y mentales, en el crecimiento de su actividad social, y no teme de manera consciente enfrentar el peligro de consumir tabaco, sino que, por contrario, esas circunstancias lo cautivan, lo ponen a prueba, lo incentivan y de esa manera afirma su auto valía, mal comprendida por supuesto (Grinder, 1987). Esto se relaciona también con que los daños originados por el consumo tabáquico habitualmente suelen manifestarse en todo su potencial de manera tardía, con lo cual el adolescente le resta total importancia.

Lo mencionado se refleja en esta investigación debido a que a pesar que más del 98% de los encuestados manifestó conocer los efectos perjudiciales para la salud física y mental que conlleva el tabaquismo, el 27.2% consume cigarrillos. Por su parte, un 62% consignó que le molesta el humo del cigarrillo, lo cual sugiere una congruencia aproximada respecto del porcentaje de adolescentes que fuman.

Otro aspecto importante a tener en presente es que en esta etapa ontogenética el cerebro es diferente al del adulto (Durston et al., 2006). La corteza prefrontal, estructura esencial de muchos procesos cognitivos -e.g., habilidades para controlar las emociones, el juicio, la memoria y el humor-, no culmina de madurar hasta los primeros años de la adultez temprana -entre los 25 y 28 años aprox- (Durston et al., 2006). Por su parte, el circuito meso límbico, relacionado con la

motivación y la búsqueda de recompensas, también se encuentra en proceso madurativo estando influenciado por las alteraciones hormonales asociadas a la pubertad (Coleman & Hendry, 2003).

Como ambos circuitos no maduran al unísono, dado que la corteza prefrontal es la última en desarrollarse completamente, se produce como resultado un desequilibrio entre ambos -circuitos- el cognitivo y el motivacional, generando de manera frecuente incrementos en: la vulnerabilidad (Del Pino, et al., 2011), la impulsividad (ver capítulo 4, apartado 4.1.5, la relación del consumo tabáquico y la impulsividad; e.g., Doran, et al., 2009; Skinner et al., 2004; Vander Veen et al., 2008) y las conductas de riesgo durante la adolescencia (e.g., Coleman & Hendry, 2003; Jessor, 1991). En efecto, el consumo de tabaco en adolescentes suele presentarse en asociación con otras problemáticas vinculadas a las prácticas exploratorias inciertas y a conductas desadaptativas. Por ejemplo, Gurpegui et al. (2007) hallaron que los sujetos consumidores de tabaco, sobre todo los adolescentes, poseen tendencias a experimentar problemas de comportamientos, dificultades de aprendizajes y menor rendimiento académico.

En su conjunto, estas razones enunciadas entonces, convierten a la adolescencia en un período de riesgo de cara al desarrollo del tabaquismo a lo largo de la vida (e, g., Bejarano & Alderete, 2009; Breslau et al., 1993; Echeburúa et al., 1998; Hughes et al., 1986; Hughes, 1991; Laseer et al., 2000). En este estudio se replican las investigaciones precedentes, pues 82 adolescentes de los 302 convocados consumen tabaco. Tal es así que, según cifras del WB cerca de 100 mil jóvenes -niños y adolescentes- comienzan a consumir tabaco cada día en el mundo, y 70 mil de ellos habitan países en vías de desarrollo (WB, 1999). En estudios más recientes, la OPS (2010) indicó que cada día 80 mil jóvenes en el mundo se inician en el consumo tabáquico, a pesar que a estas alturas una porción considerable de ellos conoce los riesgos que conlleva tal conducta. Esta base creciente de nuevos consumidores de tabaco a diario resulta particularmente preocupante, puesto que de todas las sustancias psicoactivas estudiadas es la que mayor tasa muestra de dependencia en relación al primer consumo (Fowles & Dybing, 2003).

En este trabajo por ejemplo y como se mencionó, una porción de más del 41% de los encuestados probó un cigarrillo en algún momento de su vida de los cuales más de un 65% de ellos continuaron la conducta tabáquica alcanzando la cifra ya mostrada del 27.2% de fumadores.

En la población analizada se presentó entonces el consumo experimental, debido a que de los 126 adolescentes que probaron el cigarrillo, 82 de ellos continuaron consumiéndolo de manera frecuente -ver las distintas frecuencias presentadas de consumo en el capítulo 7, apartado 7.2., Descripción del consumo de tabaco en los adolescentes-.

Para los 44 restantes fue tan solo una prueba, un ensayo, una experiencia, una aventura que luego de haberla concretada, se distanciaron del cigarrillo, al menos hasta el momento de la administración de los protocolos.

Según el Atlas del Tabaco elaborado por la Fundación Mundial del Pulmón y la Sociedad Estadounidense contra el Cáncer (Eriksen et al., 2012), en Argentina se fuman por año 1014 cigarrillos por habitante mayor de 15 años. Por otro lado, diversas investigaciones (Ariza & Nebot, 2002; Calvo et al., 2000) ya habían indicado que la conducta de consumir tabaco generalmente se inicia y se establece en etapas tempranas de la adolescencia.

En esta línea, el consumo de nicotina en la adolescencia suele ser un indicador de otros comportamientos de riesgo. De hecho, los cigarrillos se consideran como droga de iniciación, lo que significa que su consumo suele preceder al del alcohol o de otras drogas ilícitas en sus distintas modalidades (Join, 1995) -ver apartado 8.6., Rasgos de la personalidad; investigación de Gantiva Diaz, Rodríguez Materón, González Bobadilla y Vera Maldonado (2011), donde el consumo de alcohol y de cigarrillos poseen los porcentajes más altos de las sustancias psicoactivas consumidas-.

Por su parte, el fácil acceso al tabaco también resulta ser un factor de riesgo. Si bien actualmente existen numerosas leyes vigentes que prohíben que se venda tabaco a los menores de edad enunciadas precedentemente, fundamentalmente su costo -obsérvese que más del 71%

de los encuestados consigno considerarse de clase media- y obtención no es para nada complejo (Pinilla, 2001). Se está en presencia entonces, de una droga altamente adictiva, con un elevado nivel de accesibilidad y permisibilidad por parte de los adultos.

## **8.2.- Aspectos descriptivos sobre el consumo de tabaco**

A partir de las estadísticas disponibles sobre la incidencia de consumo tabáquico en adolescentes de la CABA se puede analizar la progresión en los cambios observados y, a partir de la misma, la posible efectividad de las políticas de control aplicadas en los últimos años. En el año 2001, Morello et al. reportaron una incidencia de consumo del 30% y Tambussi et al. también en el 2001, un porcentaje de 25%. La encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes de Argentina del año 2007 arrojó un 24.5% (MSN, 2009). La misma encuesta realizada en el año 2012 mostró una merma, 19.6% de consumo (OPS, 2013). En conjunto, estos datos sugieren un descenso progresivo en los últimos años. Sin embargo, en el presente estudio se halló un 27.2% de consumo -ya indicado-, lo cual sugeriría un leve incremento. Cabe señalar que estas comparaciones deben realizarse con precaución no sólo por el error muestral de cada estudio, sino también por las diferencias metodológicas entre cada uno de ellos. Por ejemplo, estudios previos a los anteriormente detallados habían obtenido porcentajes de consumo inferiores. Una encuesta también realizada en la CABA por el SEDRONAR (1999), en la que se incluyeron adolescentes a partir de 12 y hasta los 17 años, arrojó una prevalencia de consumo de tabaco del 16.2 % siendo mayor en varones. Estas incongruencias en la progresión del consumo alertan sobre la necesidad de realizar un seguimiento homogéneo en relación a las variables de tal consumo que permitan evaluar la efectividad de las políticas de control del tabaquismo.

En términos epidemiológicos, el dato más fiable tanto para la CABA como para la Argentina en general provienen de la EFRET (MSN, 2015). En la misma, se realizó un muestreo representativo de la población de mayores de 17 y más años con un total de 2260 participantes.

En relación al tabaquismo, se observó un consumo del 24.3%, mientras que en este estudio, se indicó una prevalencia del consumo del 27.2%. Estas diferencias pueden radicar en la franja etaria estudiada, ya que en esta investigación se analizaron adolescentes de entre 13 y 18 años, un segmento que posiblemente presente una frecuencia mayor de consumo. En efecto, en la EFRET se observa que para sujetos de entre 18 y 24 años la frecuencia de tabaquismo alcanza el 26.7%, acercándose a la frecuencia obtenida en este trabajo. Si bien la muestra empleada en la presente investigación no es representativa, puesto que se utilizó un muestreo incidental, resulta alentador observar diferencias porcentuales menores con los guarismos reportados por el estudio con mayor validez muestral con el que cuenta Argentina (MSN, 2015).

En cuanto al inicio de consumo de los adolescentes, en esta investigación se observa que en el 34.9% el primer acercamiento fue en edades muy tempranas «10 años o menos», y que la mayoría lo hizo entre los 11 y 15 años (51.6%), lo que representa más del 86% del total los encuestados. En coincidencia con estos datos, un estudio realizado en la CABA iniciado en el año 1997 (Morello et al., 2001) indicaba que, conforme transcurre el tiempo, se comienza a consumir tabaco en edades más tempranas: 3 de cada 10 adolescentes habían probado el cigarrillo antes de los 11 años, dato que se corresponde con este trabajo, pues, el primer acercamiento a los 10 años o menos se presentó en el 34.9% ( $n = 44$ ) de los que consiguieron haber probado un cigarrillo. De hecho, estudios previos mostraron que la edad de comienzo llega a ser tan temprana como los siete años de edad, reafirmando así que el tabaco puede considerarse una enfermedad pediátrica (Di Franza et al., 1987; Di Franza et al., 2006; Kessler et al., 1997), y sugiriendo que las campañas de prevención deberían comenzar en la escuela primaria. A este respecto, un estudio (Hasper et al., 2000) en la misma CABA -ya descrito- que se enfocó en escuelas primarias, demostró una prevalencia de consumo de tabaco entre los alumnos del 4.6%, siendo este mayor en los varones.

Es aquí donde se pone de manifiesto el hallazgo, de acuerdo a las investigaciones mencionadas de Berajano y Alderete (2009) y Morello et al. (2001), que la gran mayoría de los adultos fumadores -alrededor del 80%- comenzó a consumir tabaco durante la adolescencia. Según el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) (2013) en una encuesta sobre el consumo tabáquico en todo el país, la prevalencia de consumo entre las edades de 25 a 34 años de ambos sexos fue del 30.8%. Esta última cifra entonces resulta congruente con lo indicado respecto la prevalencia de consumo tabáquico en adolescentes hallado en esta investigación -los protocolos se administraron durante los años 2015 y 2016; con una presencia de consumidores tabáquicos del 27.2%-.

Un dato a destacar es que se observó una clara correlación negativa y débil entre la edad de inicio y la intensidad de consumo, evidenciándose que los adolescentes que mostraron un mayor nivel de consumo en términos de su frecuencia diaria tendieron a ser los que presentaban edades más tempranas de inicio y de exposición inicial.

Además, los valores obtenidos reafirman los hallados en la literatura previa los cuales evidenciaron que la exposición o experiencias tempranas con el consumo de tabaco podrían facilitar su posterior consumo (US.HHS, 2014).

No obstante, se volvió a realizar el mismo análisis excluyendo a los participantes que consiguieron no fumar ningún cigarrillo diario, al incorporar este control en el análisis, no se detectó correlación entre las variables. Estos datos apoyarían la idea según la cual el mayor consumo en términos de frecuencia se tiende a emparejar con edades tempranas de inicio o exposición.

Continuando con la variable edad, se observó que a medida que se incrementa la misma, aumenta de un modo leve pero significativo la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente. En consonancia con esto, se halló una correlación directa y baja entre la edad y la cantidad de

amigos que fuman, posiblemente debido a que, entre los 13 y 18 años, se observa un incremento paulatino de la proporción de consumidores.

Respecto a la información que los adolescentes manejan sobre el tabaquismo y sus consecuencias, los que manifestaron haber recibido información sobre este flagelo consignaron mayor edad que el resto, lo cual podría estar mostrando que a lo largo del período de enseñanza del nivel medio -estudios secundarios- los adolescentes reciben de forma paulatina información sobre el tabaquismo.

Concluyendo, no se hallaron diferencias significativas en la edad en función del motivo por el cual comenzaron a fumar, estos datos podrían sugerir que las diversas motivaciones que pueda tener el adolescente para iniciarse en el consumo tabáquico, se mantendrían constante en todo el período de este ciclo vital, más allá de la clasificación por año cronológico del mismo -ver capítulo 2, primera parte-.

### **8.3.- Factores sociodemográficos sobre el consumo de tabaco**

Una de las variables sociodemográficas más importantes a ser tenidas en cuenta en relación al consumo de tabaco es el sexo del adolescente. Distintos estudios realizados en la CABA sugieren un mayor nivel de consumo tabáquico en adolescentes mujeres en comparación con los hombres (MSN, 2009; Morello et al., 2001; Verra & Kaplan, 2004) y que las patologías asociadas al consumo de tabaco se verán incrementadas en la población femenina en los próximos años (Morello et al., 2001). No obstante, a la fecha no hay consenso suficiente. Los datos de este trabajo arrojaron un mayor consumo en hombres, al igual que algunos trabajos previos (Hasper et al., 2000; SEDRONAR, 1999).

En la muestra evaluada, a medida que se acrecienta el consumo diario la brecha entre sexos es aún mayor: mientras el 7.3% de hombres consumía entre 5 y 10 cigarrillos, lo hacía tan sólo el 1.5% de las mujeres. Dos hombres consignaron fumar más de 10 cigarrillos diariamente (1.2%),

mientras que ninguna mujer presentó esa intensidad de consumo. En relación al ítem que indagaba si habían consumido al menos 100 cigarrillos en su vida, se constató una distribución diferencial entre sexos: mientras el 27.3% de los hombres respondió afirmativamente, lo hizo sólo el 16.1% de las mujeres.

Cabe preguntarse las razones por las cuales los hombres de esta muestra presentaron un mayor consumo, discrepando con algunos de los estudios previos. Al menos en los datos analizados, se halló que mientras el 93.4 % de las mujeres consignó que el consumo de tabaco genera enfermedades, el 81% de los hombres respondió afirmativamente. Posiblemente en los sujetos de esta muestra las diferencias de consumo se asocien con diferencias en la disponibilidad de información relacionada a las consecuencias negativas del tabaquismo.

Con respecto a los motivos consignados por los adolescentes para comenzar a fumar, el 62.2% respondió haberlo hecho por «curiosidad». La misma, juega un rol esencial en las etapas infantil y adolescencia desde el aspecto positivo. En la contracara, como en el caso de las adicciones, la curiosidad es un factor de riesgo a tener presente cuando de consumos de sustancias se trata en ambos períodos (Cooper et al., 2003).

Otro dato a destacar en el consumo de tabaco es el grupo de pares, dada la importancia que el mismo alcanza en el período adolescente y su relación con las adicciones como el tabaquismo (Botvin et al., 1997; Jessor, 1991; López Latorre et al., 2002). En esta investigación se halló que el 21.6% de los adolescentes que se iniciaron en el consumo tabáquico consignó haberlo hecho porque consumía el mejor amigo.

En lo concerniente a las circunstancias en las cuales fuma el adolescente, un 19.7% consignó como primera opción fumar en soledad, mientras que el 14.7% «con amigos/as» -ambos porcentajes representan más del 88% de las opciones brindadas por los sujetos que fuman-. A su vez, se halló que los que consumen tabaco en soledad fueron, en promedio, más grandes en edad que los que fuman habitualmente con amigos. Esto podría estar mostrando que en etapas

tempranas en la adquisición del consumo tabáquico la conducta se establece mayoritariamente en la compañía con pares, mientras que en etapas posteriores, en las que el consumo ya se encuentra consolidado y a su vez el adolescente probablemente adquirió mayor nivel de independencia, comienza a ser más factible el consumo solitario.

Según Macía (2000), las experiencias y/o estados de aislamiento y soledad pueden conducir al adolescente al comienzo del consumo de tabaco para mitigar su angustia de incomunicación. Desde esta perspectiva, podría esperarse que el inicio del consumo tabáquico se presente en solitario, lo cual sería incongruente con los datos encontrados. Sin embargo, es posible que tal estado angustiante vuelva proclive al adolescente a sobre-adaptarse a su grupo de pares y si ellos consumen tabaco, en ese esfuerzo, tienda a adquirir las conductas propias de ellos (Macía, 2000).

Un estudio de López Latorre et al. (2002) arrojó que el consumo inicial de tabaco se realiza entre pares para ser aceptados por estos y atenuar dichos estados -aislamiento, soledad-. Sucede que por lo general el adolescente tiende a fomentar y fortalecer vínculos con sus pares buscando la integración en grupos de pertenencia que lo contengan emocionalmente (López Latorre et al., 2002).

#### **8.4.- Ansiedad y consumo de tabaco**

La hipótesis de la automedicación propone que los sujetos que consumen distintas sustancias psicoactivas, como el tabaco, activan esas conductas para reducir distintos tipos de malestar psicológico (e.g., Becoña Iglesias et al., 2002; Echeverría et al., 1998; Sobradíel & García Vicent, 2007). Desde este modelo, se esperaría una asociación positiva entre los niveles de ansiedad y el consumo tabáquico, expresando un intento de los adolescentes, en este caso, de paliar sus montos ansiógenos a través de dicho consumo. No obstante, en este estudio, no se detectaron diferencias en AR entre quienes consumieron o no tabaco alguna vez en su vida, o entre quienes consumieron o no al menos 100 cigarrillos en su vida. Tampoco se observaron

relaciones entre AR y la cantidad de cigarrillos consumidos por día. En conjunto, estos resultados no son congruentes con la hipótesis del consumo por automedicación. Sin embargo, esto no implica que dicha hipótesis sea globalmente incorrecta, sino que probablemente su verificación dependa de las características de la muestra. Los sujetos evaluados del presente trabajo consignaron mayoritariamente niveles de consumo leve o moderado, mientras que el consumo severo representa una porción claramente minoritaria. Los consumidores leves representan un 60.97% ( $n = 50$ ), los consumidores moderados un 36.58% ( $n = 30$ ), y tal solo el 2.45% ( $n = 2$ ) de fumadores severos. Es decir que el 97.55% ( $n = 80$ ) de los fumadores se esgriman entre leves y moderados. Esto implica que, probablemente, la incidencia de adicción o dependencia a la nicotina en los adolescentes de esta muestra sea relativamente baja, mientras que sería mayoritario el uso social y/o recreativo. En este último caso, no cabe esperarse un consumo asociado a la búsqueda de un alivio de sintomatología ansiosa, sino más bien un consumo vinculado a la búsqueda de novedad, sensaciones y, como se mencionó previamente, al fomento y/o sostenimiento de los vínculos sociales.

Estudios previos en la CABA sugirieron que en población adolescente el consumo de sustancias suele verse vinculado de modo más estrecho a variables relativas a la actividad social que a sintomatología psicológica (e.g., Cuenya, 2006).

La incongruencia entre los datos hallados y las predicciones que se desprenden de la hipótesis de automedicación también se constata al analizar las relaciones entre el consumo tabáquico y la AEdo. En este caso, no sólo no se observaron asociaciones directas con las variables de consumo, sino que se halló un patrón de asociaciones inversas. En primer lugar, se observó un nivel de AEdo significativamente superior entre los que consignaron nunca haber probado tabaco y entre los que habían consumido al menos 100 cigarrillos en su vida. A su vez, los que consignaron estar molestos por el humo del cigarrillo mostraron mayores puntuaciones en AEdo. Estos datos en conjunto, expresan que en esta muestra los sujetos que no consumieron nunca un

cigarrillo o lo hicieron en contadas ocasiones -consumo experimental- presentan mayores niveles de AEdo. Si se considera que una buena parte de los adolescentes de este universo muestral - 41.7%, de ellos alguna vez probaron un cigarrillo, como ya se expresó-, posiblemente, han consumido tabaco en búsqueda de nuevas experiencias y sensaciones, es probable que los sujetos más ansiosos se abstengan de hacerlo por la ansiedad al riesgo que esto conlleva.

Otra de las ideas planteadas anteriormente sugería que uno de los principales motivos para iniciar el consumo de tabaco puede ser la búsqueda de aceptación de los pares. Factiblemente, la relación negativa entre AEdo y dicho consumo sea un vínculo espurio que esté ensombreciendo otra relación: la asociación entre el consumo de tabaco y la vida social. Es posible que adolescentes más ansiosos tengan una vida social pobre en comparación con otros y, por ende, una menor exposición a los comportamientos de sus coetáneos. Si bien no se tuvieron en cuenta variables relativas al nivel de actividad social e inserción en los grupos de pares, los sujetos que consiguieron no tener «ninguno/a» amigo que fuma mostraron mayores niveles de AEdo que los que tenían «menos de la mitad». Posiblemente, los adolescentes más ansiosos se vinculen con menor cantidad de pares, tanto fumadores como no fumadores. Este punto se retomará al analizarse las asociaciones con DS.

## **8.5.- Depresión y consumo de tabaco**

El tercer objetivo de esta investigación consistió en analizar si existen asociaciones entre la sintomatología depresiva y las variables asociadas al consumo de tabaco en los adolescentes.

Los participantes que consiguieron haber consumido cigarrillos mostraron niveles significativamente superiores de depresión que los que no lo hicieron. Estos datos se relacionan con diversos estudios (e.g., Brown et al., 1996; Cervilla, 2004; Covey & Tam, 1990) los cuales indicaron que el consumo tabáquico incrementa el riesgo de padecer depresión. Por su parte, Kassel et al. (2007) hallaron que los individuos con síntomas depresivos manifestaron sentir

alivio de sus sensaciones de malestar producidas por la depresión al consumir tabaco, actuando el mismo como automedicación, por lo que el binomio «consumo tabáquico-depresión» podría actuar de manera recursiva consolidándolo.

Otro dato hallado fue una correlación positiva leve entre los niveles de depresión y la cantidad de cigarrillos consumidos a diario, lo que coincide con las investigaciones ya descritas por los investigadores Glassman et al. (1990). En ese estudio, una historia de tabaquismo regular se observó con más frecuencia entre las personas que habían experimentado TDM en algún momento de su vida, en comparación con individuos sin historia de TDM u otro trastorno psiquiátrico. A su vez, los fumadores con TDM también tuvieron menos éxito en sus intentos de dejar de fumar -cesación tabáquica- que cualquiera de los grupos de comparación.

En la presente investigación también se utilizó la clasificación de los fumadores propuesto por la OMS (2003a): Fumador leve «consume de uno a cuatro cigarrillos diarios»; fumador moderado «fuma un promedio de 5 a 15 cigarrillos diarios»; fumador severo «consume más de 16 cigarrillos por día en promedio». Se observó que a medida que se escala en los niveles de depresión, los porcentajes correspondientes a no consumidores decrecen mientras que aumentan los consumidores moderados y severos, siendo el incremento muy notorio en los consumidores leves.

Por otra parte, no se detectaron diferencias significativas entre los puntajes de depresión cuando se compararon los adolescentes en función de haber recibido o no información sobre tabaquismo y si consideraban o no que el consumo o exposición al humo del tabaco puede generar enfermedades. Tampoco se hallaron diferencias en función de las respuestas cuando fueron indagados sobre las circunstancias en las que fuman habitualmente, los motivos por los que comenzaron a fumar, ni sobre sus opiniones acerca de qué es el tabaquismo. Pareciera ser que dichas variables no se vinculan con los índices de depresión de los consumidores de tabaco,

aunque cada una de ellas de manera independiente pueda incidir en el inicio o no del consumo, según lo expresado en apartados anteriores.

Cuando se compararon a los sujetos en función de la edad en la cual iniciaron el consumo de tabaco, no se detectaron diferencias significativas en sus niveles de depresión. Estos datos podrían pensarse como indicadores de que los niveles de depresión no se asocian al inicio del consumo. Sin embargo, por diversos motivos no es posible sostener tal afirmación a partir de los datos de este estudio. La naturaleza transversal del diseño no permite establecer la trayectoria de los niveles de depresión en estos adolescentes y, en consecuencia, tampoco establecer relaciones causales entre estos y el inicio del consumo. Si bien en esta muestra los encuestados que consumían tabaco presentaban mayores niveles de depresión, no es posible saber si la sintomatología depresiva precedió o no al inicio del consumo. Incluso, es probable que haya sido el consumo tabáquico un disparador de síntomas depresivos. Este tipo de indagaciones requieren indefectiblemente posteriores estudios longitudinales.

Sin embargo, la clara diferencia en los niveles de depresión entre los adolescentes que presentaron o no consumo tabáquico resulta congruente con la hipótesis de la automedicación. La misma no necesariamente plantea que la sintomatología depresiva u otros síntomas psicológicos sean parte de las variables de iniciación del consumo, sino más bien variables de sostenimiento de la conducta tabáquica. De hecho, Audrain McGovern et al. (2009) constataron que el consumo de tabaco se sustentaba en el tiempo para reducir la sintomatología depresiva. En este sentido, es viable que, una vez iniciado el consumo de tabaco, dicha sintomatología se asocie al mantenimiento del mismo, dado que los sujetos podrían utilizar la droga -nicotina- como un antidepresivo.

## 8.6.- Rasgos de la personalidad y consumo de tabaco

A continuación, se abordarán los datos relativos a las variables de consumo para cada una de las dimensiones de la personalidad, con el fin de proponer finalmente, un conjunto o patrón de resultados asociados al consumo tabáquico.

La E comprende rasgos como la cordialidad, el gregarismo, la asertividad, la tendencia a la aventura, la búsqueda de sensaciones, y a experimentar emociones positivas. Diversas investigaciones han detectado que altos niveles de E pueden hacer más proclive al sujeto a probar y consumir tabaco (Eysenck, 1983) y asociaciones positivas entre esta dimensión y el consumo de distintas sustancias psicoactivas legales e ilegales en adolescentes y niños (e.g., López López, Santín Vilariño, Torrico Linares & Rodríguez González, 2003; Stein et al., 1996).

No obstante, este tipo de relaciones depende del momento del tabaquismo que esté en análisis. Stein et al. (1996) hallaron relaciones positivas entre el consumo tabáquico de adolescentes con la E y un mayor nivel de relaciones sociales sólo en el momento inicial del consumo, mientras que en etapas posteriores la E no se relacionó al consumo, el nivel de relaciones sociales covarió negativamente, y fue la depresión la variable que sí mostró una asociación positiva.

Si bien en este estudio no se detectaron diferencias entre quienes habían probado tabaco y los que no en los niveles de E, sí se observó que, dentro de los sujetos consumidores, la E covarió negativamente con la cantidad de cigarrillos consumidos. En conjunto, estos datos sugieren que en los adolescentes de esta muestra las conductas tabáquicas se hallaron más emparentadas a otras variables, como la depresión -ver apartado 8.5, Depresión y consumo de tabaco-, relaciones que pueden ser captadas por otra dimensión: el N.

En relación a lo descripto, se observó que los adolescentes que consumieron alguna vez en su vida tabaco y los que consumieron al menos 100 cigarrillos hasta el momento de la encuesta tuvieron valores superiores en N, en comparación al resto de las dimensiones de la personalidad.

Estudios de las últimas décadas señalaron que los sujetos que consumen tabaco mostraron puntuaciones significativamente superiores en N (e.g., Arai, Hosokawa, Fukao, Izumi & Hisamichi, 1997; O'Toole & Torabi, 2001; Skinner, Aubin & Berlin, 2004; Vander Veen, Cohen, Cukrowicz & Trotter, 2008). Una persona con altos niveles en este factor probablemente exprese comportamientos asociados a la ansiedad, depresión, timidez, tensión psicológica y tristeza, mostrando menor autoestima, labilidad emocional y/o sentimientos de culpa (Eysenck, 1990). Este tipo de emociones negativas experimentadas con frecuencia pueden derivar en conductas de riesgo con el fin de disminuir la angustia y mejorar el estado anímico, como, por ejemplo, el consumo de sustancias (e.g., Olivari & Barra, 2005) -ver capítulo 2, apartado 2.3.-.

Otro de los rasgos distintivos de N es la impulsividad. Según diversas investigaciones, los altos niveles de este rasgo se asocian positivamente con el consumo de tabaco tanto en adolescentes como en adultos (e.g., Bickel et al. 1999; Doran et al., 2009; Patton et al., 1997; Spinella, 2005). Es posible que la asociación detectada en esta muestra entre la presencia de consumo tabáquico y mayores valores en N se deba, al menos parcialmente, a la mayor propensión hacia conductas de riesgo, característica del alto nivel de impulsividad.

A su vez, cuando se indagó sobre la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente dentro de los fumadores, las puntuaciones de N mostraron una asociación significativa y positiva. Los datos evidencian que, al menos en los sujetos de esta muestra, la tendencia de la personalidad a responder con emociones negativas y labilidad emocional se encontraría asociada tanto a la condición de consumo o no consumo, como a la intensidad y frecuencia de esos comportamientos.

En conjunto, se han observado valores superiores de N en quienes reportaron haber consumido tabaco previamente, ya sea un cigarrillo como al menos 100 hasta el momento de la administración de los protocolos. No obstante, vale tener en cuenta que la dimensión N evalúa un conjunto numeroso de rasgos, por lo que la asociación entre N y el consumo de tabaco podría

deberse de forma preponderante a algunos de estos rasgos y no a su totalidad. Tal como se describió en el apartado anterior, los sujetos que consiguieron haber probado cigarrillos o haber consumido al menos 100 en su vida también mostraron puntuaciones más elevadas de depresión, mientras que no se registraron diferencias en torno a los valores de AR. Por el contrario, los que nunca habían probado cigarrillos mostraron puntuaciones más elevadas en AEdo. Este patrón de resultados sugiere que dentro de los rasgos que componen el factor N, sería el rasgo de depresión más que el de ansiedad -AR/AEdo- uno de los que con mayor fuerza aporta a su asociación positiva con el consumo tabáquico.

Por otro lado, se observó que los adolescentes a los cuales no les molesta el humo del cigarrillo presentaron, en comparación al resto, valores significativamente más altos en N. Considerando que los sujetos con mayor N tienden a presentar una mayor exposición previa al consumo tabáquico, resulta esperable que estos no se sientan molestos por el humo del cigarrillo debido a su habituación al mismo. También existe la posibilidad de que los adolescentes que previamente no se sintieran molestos por el humo del cigarrillo sean los que con más probabilidades accedieron a probarlo. Por lo pronto, la naturaleza transversal de este estudio no permitió establecer el orden causal de estos eventos.

Al comparar los grupos en función de la cantidad de amigos que fuman, se observó que aquellos que consiguieron tener «más de la mitad» de amigos que consumen cigarrillos mostraron valores superiores en N, en comparación con aquellos que consiguieron no tener «ninguno/a» amigo que fuma o «menos de la mitad». Es preciso tener presente que esta variable -i.e., «cuántos de tus amigos/as fuman?»- también se puede ver influenciada por la cantidad total de amigos con los que se relaciona el adolescente evaluado. Considerando que uno de los rasgos de N es la timidez -indicado precedentemente- y que sujetos tímidos se caracterizan por un comportamiento social retraído, podría esperarse que adolescentes con alto N tengan menos amigos y, en consiguiente, también menos amigos que consuman tabaco. Sin embargo, los datos

hallados en esta muestra no confirman este razonamiento. Por el contrario, siendo N una variable que se asocia a la presencia del consumo tabáquico, es esperable que aquellos que presenten este comportamiento se relacionen con mayor cantidad de pares que también consuman.

Otras de las dimensiones de la personalidad evaluada en este estudio fue la A. Uno de sus rasgos distintivos es la confianza en sí mismo y en los demás, siendo la filiación uno de sus pilares fundantes al promover un sustancial apoyo social (Graziano & Tobin, 2009). A este respecto, los investigadores Baumrind (1978) y Becoña Iglesias (2002) indicaron que la interacción positiva entre el adolescente con sus padres y maestros, que incluyen las acciones razonadas y conductas prosociales, mantienen alejados a los adolescentes del consumo de drogas, la nicotina entre ellas. Esto se observó en relación al consumo de alcohol en una muestra de adolescentes argentinos de entre 12 y 20 años, en la que se constató que en las adolescentes mujeres con comunicación abierta con la madre presentaron menos conductas de consumo excesivo de alcohol (Bordalejo, Schmidt, Molina & Sartuqui, 2016) -recuérdese capítulo 4, apartado 4.1.5., dimensión A, combo «consumo tabáquico/alcohol»-.

Podría esperarse que adolescentes con baja tendencia a expresar conductas colaboradoras y/o conciliadoras, y bajo nivel de confianza y altruismo, tienden a ser los que con mayor frecuencia presentan consumo tabáquico. Efectivamente, en esta investigación se observó que los adolescentes que probaron alguna vez tabaco y los que consumieron al menos 100 cigarrillos en su vida, poseyeron valores significativamente menores en A.

También se constató en la dimensión A que los sujetos que consideraron a la conducta tabáquica como «una adicción» presentaron valores significativamente superiores que los que la adjetivaron como «un hábito». Los sujetos con altos índices en A son altruistas, despliegan comportamientos prosociales y empáticos con una marcada disposición a interesarse por los demás (Graziano & Tobin, 2009). Posiblemente, un sujeto con baja A sea más proclive a adjetivar de forma negativa (e.g., «es un adicto») a cualquier persona que denote consumo de

tabaco, indistintamente de su frecuencia e intensidad. Por el contrario, un adolescente con mayor A factiblemente sea más sensible a los matices que el consumo de una sustancia pueda presentar -e.g., experimentación, uso social, abuso y adicción; -ver capítulo 1, apartado 1.2.4.-.

Por otro lado, se observó que los adolescentes a los cuales no les molesta el humo del cigarrillo mostraron, en comparación al resto, valores significativamente más bajos en A. Considerando que los sujetos con menor A tienden a presentar una mayor exposición previa al consumo tabáquico, resulta esperable que los adolescentes que ya consumieron no se sientan molestos por el humo del cigarrillo por habituación al mismo.

La dimensión R, por su parte, se relaciona a aquellos rasgos asociados al éxito y, por ende, a la autoeficacia (Fleeson & Heckhausen, 1997). Ambos aspectos propician una autoestima más elevada (Costa et al., 1991). Una serie de hallazgos mostraron que una positiva autoestima mantiene alejados a los adolescentes del consumo de tabaco (e.g., Marsh & Craven, 2006; Olivari & Barra, 2005). La dimensión R se compone, además, por rasgos ligados a la capacidad para identificar con claridad los propósitos para concluir proyectos a corto, mediano y largo plazo (Roberts et al., 2009). Es factible que sujetos con mayores niveles en el factor R sean más sensibles a los aspectos riesgosos del consumo de sustancias y expresen, en consecuencia, comportamientos más prudentes y/o cautos al momento de decidir si exponerse o no al consumo tabáquico en este caso en particular. Se podría esperar que los adolescentes con bajos sentidos de competencia, del orden, del deber, necesidad de éxito y baja autodisciplina tienden a ser los que con mayor frecuencia presentan consumo tabáquico. Tal predicción se vio confirmada en los adolescentes de esta muestra, dado que los que consumieron alguna vez en su vida tabaco mostraron valores significativamente menores en R, en comparación al resto.

También presentaron valores inferiores en R aquellos que consignaron no sentirse molestos por el humo del cigarrillo. Nuevamente, esto puede expresar que aquellos adolescentes que ya han consumido alguna vez tabaco se muestran menos molestos por efecto de la habituación.

Concluyendo esta dimensión, se observó que los que consideraron al consumo de tabaco como «una adicción» presentaron valores superiores en R, en comparación con los que se inclinaron por la opción «ninguna», -ni un hábito ni una adicción-.

En conjunto, los datos sugieren que puntuaciones elevadas en el factor R, actúa como una barrera protectora frente al tabaquismo.

Finalmente, en este estudio se evaluaron las asociaciones entre AE y las variables relativas al consumo tabáquico. En relación a este factor, se observó que, si bien no hubo diferencias entre quienes habían o no probado tabaco, los que consumieron al menos 100 cigarrillos en su vida mostraron puntuaciones menores. Según McCrae y Sutin (2009) las personas con baja puntuación en AE pueden ver el arte y las ciencias con sospecha considerando estas actividades como inútiles y no prácticas. Posiblemente, ante cualquier información respecto de lo nocivo que es para la salud tanto física como mental el consumo tabáquico, le restarán importancia y, por ende, serán más proclives a fumar. En efecto, cuando se toman en cuenta los análisis de las variables sobre el conocimiento de los adolescentes acerca del tabaquismo, se confirma esta interpretación: los que consiguieron haber recibido información no difirieron del resto en las dimensiones de la personalidad, excepto en el caso de la AE, en donde los participantes que reportaron haber recibido información mostraron valores significativamente superiores en esta dimensión.

En congruencia con estos resultados, Gantiva Diaz et al. (2011), al comparar «consumidores moderados» y «excesivos» de sustancias psicoactivas en sus puntuaciones en el *Big Five Questionnaire* (BFQ), hallaron que los consumidores moderados mostraban niveles superiores de AE, sugiriendo que la disposición a exponerse a información diversa podría ser un factor atenuante y, en el mejor de los casos, protector frente al consumo de sustancias.

Otros datos hallados en la presente investigación provenientes de la AE arrojaron información interesante al comparar a los grupos en función de la cantidad de amigos que fuman. Los

adolescentes que consiguieron tener «más de la mitad» que consumían tabaco mostraron valores inferiores en esta dimensión que los que consiguieron tener «ninguno/a» o «menos de la mitad». Tales datos se relacionan con los trabajos de Digman (1997), los cuales indicaron que puntuaciones elevadas en la dimensión AE propician conductas orientadas al bienestar subjetivo de las personas y a comportamientos saludables alejadas de ambientes tóxicos -ver capítulo 4, apartado 4.1.1, dimensiones de la personalidad de acuerdo con el modelo de los cinco factores *Big Five Inventory*, (BFI)-. Podría considerarse que como los adolescentes que califican alto en este factor seleccionen a sus pares en función de esos parámetros.

Al indagar sobre el motivo por el cual comenzaron a consumir tabaco, no se hallaron diferencias en las dimensiones de la personalidad. Esto plantea cierta controversia en relación a lo esperado sobre el factor AE, debido a que uno de sus rasgos es la curiosidad. Recuérdese que el 62.2% de los que experimentaron con el consumo tabáquico, respondieron haberlo hecho «por curiosidad». Evidentemente, el alto nivel de curiosidad que podría estar captando el nivel elevado de AE no se encontraría asociado en los adolescentes de esta muestra a una mayor tendencia a probar cigarrillos, sino tal vez a otro tipo de conductas más adaptativas, como, por ejemplo, informaciones, experiencias estéticas variadas y/o comportamientos salutogénicos en algunos casos, como los enunciados precedentemente. En este cuadro de situación se hizo presente el consumo experimental, pues en el 35% de los adolescentes que probaron el cigarrillo el consumo no se convirtió en habitual.

## **8.7.- Deseabilidad social y consumo de tabaco**

Respecto del quinto objetivo de este estudio se focalizó en analizar si existen asociaciones entre la DS y las variables asociadas al consumo de tabaco en los sujetos de esta muestra.

Tanto los adolescentes que consiguieron haber consumido cigarrillo, los que consumieron al menos 100 en su vida y los que reportaron no verse molestos por el humo del cigarrillo mostraron valores significativamente superiores de DS, en comparación al resto.

Típicamente, sujetos con altos valores de DS necesitan elevados grados de filiación, son complacientes con sus semejantes y tratan de evitar situaciones conflictivas en pos de ser aceptados (Matesanz, 1997). Los altos puntajes de DS se asocian con mayor tendencia a agradar al otro y comportarse conforme a lo esperado en su contexto (Martínez Selva, 2005).

Estas expresiones de la DS se podrían relacionar con la diferencia madurativa de las estructuras cognitivas y motivacionales de Durston et al. (2006), con el fenómeno del conformismo grupal de Perkins (2002) y el modelado de Bandura (1982) -ver capítulo 2, primera parte y capítulo 2, apartado 2.2., respectivamente-.

En esta línea, cuando se indagó sobre la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente, la DS covarió positiva y significativamente con dicha cantidad. Aún más, se pudo corroborar en la pregunta, «cuántos de tus amigos/as fuman?» que los adolescentes que consiguieron tener «más de la mitad» tuvieron mayor DS que los que consiguieron no tener «ninguno/a».

Si efectivamente los adolescentes con mayor DS fuman más con el fin de agradar a los pares de su entorno, entonces sería esperable que sus consumos se presenten mayoritariamente entre amigos. Curiosamente, cuando se indagó sobre las circunstancias en las que el adolescente fuma, se hallaron valores significativamente superiores de DS en los que consiguieron fumar solos con respecto de los que fuman «con amigos/as». Posiblemente, elevados niveles de DS acercan a los adolescentes al consumo de tabaco y este, una vez establecido, se hace frecuente en solitario, sostenido por la dependencia a la sustancia e independizándose, al menos parcialmente, del reforzamiento social. Futuros estudios pueden evaluar esta hipótesis.

Por último, no se hallaron asociaciones significativas con DS y edad del primer cigarrillo, ni tampoco diferencias al comparar los grupos definidos por las variables relativas al motivo por el

cual el adolescente comenzó a fumar, su opinión sobre qué es el consumo de tabaco, ni sobre haber recibido o no información sobre el tabaquismo. Si bien se hubiese esperado que los sujetos que consignaron haber comenzado a consumir «por imitar a otros/as» mostraran valores superiores en DS, esto no fue confirmado por los resultados. Cabe preguntarse si los adolescentes frente a tal pregunta están dispuestos a reconocer que empezaron a consumir por imitar a otros. En caso que los sujetos no estén dispuestos a dar tal respuesta, o bien porque los motivos fueron variados, la variable no estaría captando correctamente el motivo que incitó la conducta.

### **8.8.- Predicción para el consumo de tabaco en adolescentes**

Finalmente, se realizaron análisis estadísticos con el fin de abordar el sexto y último de los objetivos de este trabajo: explorar posibles modelos multivariados para la predicción del consumo tabáquico en adolescentes.

El primer modelo tuvo por objetivo detectar variables predictoras de la condición de haber probado alguna vez al menos un cigarrillo. Los resultados arrojaron que a medida que aumentan las puntuaciones en DS, N y BDI-II también se incrementan las chances de consumo previo. Estas tres variables inciden de modo positivo en relación a la presencia de consumo previo, lo cual se pudo observar en los análisis precedentes al abordar las asociaciones univariadas entre estas escalas psicológicas y la variable de consumo.

Diferentes investigaciones sobre el consumo de sustancias psicoactivas han abordado la problemática desde la hipótesis de automedicación (e.g., Carceller Maicas et al., 2014; Khantzian, 1985), según la cual los sujetos más proclives al consumo son aquellos que obtienen de la sustancia un alivio de sus estados psicológicos negativos. El modelo obtenido sugiere que esta hipótesis encuentra una confirmación parcial en los sujetos de esta muestra. Mientras que los niveles de ansiedad, tanto en su forma de estado -AEdo- como de rasgo -AR-, no mostraron ser

predictores de la presencia de consumo, los niveles de depresión y N sí lo fueron. Probablemente, estos datos indiquen que una porción de los adolescentes que consumen tabaco obtengan de la sustancia un efecto activador y antidepresivo, con independencia de su potencial efecto ansiolítico. Estudios previos también han encontrado que los adolescentes que consumen tabaco muestran chances incrementadas de presentar depresión y riesgo suicida, en comparación con adolescentes que no consumen (e.g., Hallfors et al., 2004). El hecho de que los mayores niveles de DS también fueron predictores de la presencia de consumo igualmente indica que otras variables no vinculadas a estados emocionales negativos de igual forma podrían incrementar las chances de consumo.

A su vez, se calcularon las probabilidades de consumo previo en situaciones hipotéticas de diferentes valores en estas tres variables. Se observó que sujetos que obtuviesen puntuaciones bajas en las mismas presentarían una probabilidad de haber consumido tabaco de entre el 8% y el 17%. Por el contrario, sujetos con puntuaciones elevadas en BDI-II, DS y N tendrían altas chances de consumo previo, oscilando entre el 73% y el 89%.

El segundo modelo multivariado indagó los factores predictores de que los adolescentes hayan consumido al menos 100 cigarrillos en toda su vida. Los resultados arrojaron que DS, N y AEdo fueron variables predictoras de la condición analizada. Mientras que en las variables DS y N el coeficiente  $B$  fue positivo, en AEdo fue negativo, lo cual implica que en las dos primeras un incremento en sus valores se corresponde con un aumento en la probabilidad de verificación de la condición, mientras que una disminución de la AEdo se asociaría con menos chances de verificación. Una vez más se advierte que tanto la DS como la dimensión N poseen una relación positiva con el consumo tabáquico. La contribución de N, nuevamente, indicaría una confirmación parcial de la hipótesis de automedicación, mientras que la contribución de DS mostraría la incidencia de variables relativas a la permeabilidad social. A diferencia de estas variables -DS y N-, mayores niveles de AEdo podrían operar como protector del consumo.

Contraria a la hipótesis de automedicación, estos datos podrían sugerir que sujetos que experimentaron la situación evaluativa como ansiogénica podrían ser personas más temerosas y por ello alejarse de situaciones que conlleven algún tipo de riesgo, como es el consumo de sustancias.

En el caso hipotético de un adolescente con puntuaciones bajas en N y DS y altas en AEdo, las probabilidades de verificación de la condición de consumo de al menos 100 cigarrillos fueron muy bajas, oscilando entre el 1% y el 5%. Por el contrario, si un adolescente, según este modelo, presenta una combinación de puntuaciones elevadas en N y DS con baja AEdo, las probabilidades de verificación son sustancialmente más elevadas: entre el 57% y el 81%.

## **9. CAPÍTULO-9: LIMITACIONES Y CONCLUSIONES DEL ESTUDIO**

### **9.1.- Limitaciones del estudio**

Si bien esta investigación aporta datos sugerentes, padece de ciertas limitaciones. En primer lugar, se trató de un trabajo con un diseño metodológico transversal, lo cual no permite efectuar interpretaciones causales entre las variables. En el trabajo se han presentado modelos predictivos de la presencia de consumo tabáquico en adolescentes, pero estos se limitan a predicciones de índole estadística y probabilística, no permitiendo trazar relaciones de antecendencia y consecuencia entre los factores identificados como predictores y las variables a predecir. Futuras investigaciones de tipo longitudinal, por ejemplo, a través del seguimiento de cohortes de adolescentes, pueden analizar si efectivamente los altos valores en BDI-II, N y DS predicen temporalmente el inicio del consumo.

Otra de las limitaciones del estudio reside en que el mismo obtuvo la medición de las variables a través del autoinforme de los sujetos. Si bien se garantizó a los encuestados el anonimato y la confidencialidad de los datos, no pueden excluirse completamente sesgos en el modo de respuesta o distorsiones en las mismas. No obstante, dado que el evaluador no perteneció a las instituciones educativas de los adolescentes y los fines del estudio fueron exclusivamente investigativos, sin consecuencia alguna para los participantes, se estima que dichos sesgos fueron menores y no comprometen la totalidad de los resultados.

Por otro lado, los protocolos se centraron en los análisis variables de tipo personales. A fin de poder evaluar en mayor profundidad los factores de riesgo y protección de los adolescentes, sería pertinente incluir variables relativas a las relaciones familiares, escolares y con el grupo de pares. Estudios previos en nuestro medio han mostrado que un bajo nivel de comunicación con los

padres puede ser un factor predictivo del consumo de alcohol en adolescentes (Bordalejo et al., 2016).

Finalmente, cabe señalar algunas características de la muestra empleada. En este estudio el diseño muestral fue no probabilístico o incidental, lo que implica que no se puede aseverar la representatividad de la muestra del total de adolescentes de la CABA. A pesar de esto, se evaluaron sujetos de dos instituciones educativas diferentes: una privada y otra pública, ya que posiblemente existan diferencias socioculturales y económicas entre ambos universos. Si bien podrían existir diferencias entre ambos subconjuntos, el tamaño muestral no fue lo suficientemente elevado para realizar comparaciones entre ambos contextos. Son escasos los estudios en nuestro medio que realicen un diseño muestral que asegure la representatividad de una muestra en psicología, debido, probablemente, al elevado costo que esto implica considerando la extensión de los protocolos habitualmente utilizados. Sin embargo, resulta pertinente señalar la necesidad de contar con tales investigaciones a futuro con el fin de obtener conocimientos generalizables y replicables.

## **9.2.- Conclusiones**

En la muestra evaluada el 27.2% consume tabaco. Una porción significativa de estos fumadores consume cigarrillos bajo un modo fundamentalmente social, ya que los consumidores leves -de uno a cuatro diarios- representan más del 62% de los fumadores, mientras que los consumidores severos representan menos del 3% de la muestra. Podría encuadrarse el consumo mayoritario de esta muestra como recreativo, dado que su baja frecuencia no parece reflejar un consumo adictivo o la presencia de dependencia. No obstante, cabe señalar que fumar un solo cigarrillo diario trae aparejados inconvenientes en la salud en general y puede constituirse como la antesala a formas de consumo más frecuentes y adictivas.

Existen datos controversiales hasta la fecha respecto de las diferencias entre sexo en relación al consumo tabáquico. Si bien no se hallaron diferencias en cuanto a la cantidad de hombres y mujeres que consignaron haber probado el tabaco, se halló que dentro de los adolescentes varones una mayor proporción había consumido más de 100 cigarrillos que las mujeres, y también mostraron una mayor frecuencia de consumo.

Más de un tercio de los adolescentes que consignaron haber probado un cigarrillo, antes de los 11 años, y más de la mitad lo hizo entre los 11 y los 15 años. Al igual que otros estudios, los datos hallados estarían indicando que es atinado considerar al tabaquismo como una enfermedad pediátrica y que la prevención contra esta problemática debería enfocarse primordialmente desde el ciclo de enseñanza primaria y extenderse y profundizarse en la enseñanza media.

En lo que respecta a la sintomatología ansiosa, los adolescentes que consumían tabaco mostraron valores inferiores de AEdo, lo cual no es consistente con la hipótesis de automedicación.

En el caso de los síntomas depresivos, se verificaron las consecuencias observacionales predichas por la hipótesis de automedicación, indicando que a mayor consumo mayores niveles depresivos. Del mismo modo, a medida que se escala en los niveles de depresión, los porcentajes correspondientes a no consumidores decrecen mientras que se incrementan los consumidores moderados o severos.

Abordando las dimensiones la personalidad y su relación con el consumo de tabaco, se ha observado tanto mayores niveles de N en los sujetos que presentan consumo, así como también una asociación directa entre sus puntuaciones y la intensidad o frecuencia del consumo. Esta dimensión evalúa un conjunto amplio de rasgos, por lo que la asociación entre N y el consumo de tabaco podría deberse de forma preponderante a algunos de estos rasgos y no a su totalidad, como los síntomas depresivos ya explicitados.

En las dimensiones E y AE, si bien no se detectaron diferencias entre quienes habían probado tabaco y los que no, sí se observaron, dentro de los sujetos consumidores, covariaciones negativas entre sus puntuaciones y la cantidad de cigarrillos consumidos. Estos datos sugieren que algunas características de personalidad, como N, podrían encontrarse más estrechamente vinculadas al inicio del consumo, mientras que otras, como E y AE, podrían incidir modulando la intensidad del consumo. Finalmente, se observaron puntuaciones menores tanto en A como en R entre quienes habían consumido cigarrillos. De este modo, se observa que, dentro de las dimensiones de la personalidad evaluadas, se discriminan aquellas aparentemente asociadas de modo positivo a la presencia de consumo, como N, mientras que E, AE, R y A parecieran asociarse, en mayor o menor medida, a la ausencia del mismo.

Con respecto al quinto objetivo, evaluar la asociación entre el consumo y las puntuaciones de DS, se observó que los consumidores de cigarrillos tuvieron valores significativamente superiores que el resto de los encuestados. Sin embargo, los niveles de DS no covariaron con la intensidad de consumo entre consumidores, lo cual sugiere que esta variable se encontraría más bien asociada al inicio de la exposición al tabaco.

El último objetivo de esta tesis se centró en la generación de modelos predictivos de la presencia del consumo tabáquico en adolescentes. En relación a la presencia de consumo previo, se halló en el modelo predictivo que las probabilidades de consumo previo se incrementan en la medida que las puntuaciones en DS, N y BDI-II se sitúan en percentiles más elevados. Para el modelo predictivo de consumo de al menos 100 cigarrillos, se halló que las chances de presentar este nivel de exposición previa se incrementan a medida que aumentan los valores de DS y N, y disminuyen a medida que se incrementa la AEdo. En estos modelos se observó la contribución de variables relacionadas a la presencia de emociones negativas, como es N y BDI-II, así como DS, una variable que refiere al comportamiento socialmente orientado. Ambas características, la labilidad emocional y tendencia a vivenciar emociones negativas, así como los cambios en el

grupo de pertenencia, podrían constituir factores relevantes al momento de evaluar y predecir el consumo tabáquico en los adolescentes.

Contar con modelos que identifiquen variables psicológicas relevantes al momento de predecir la exposición temprana y/o inicial al tabaco constituye un paso imprescindible para establecer estrategias de prevención basadas en la evidencia.

## REFERENCIAS

- Abbott, L. C. & Winzer Serhan, U. H. (2012). Smoking during pregnancy: lessons learned from epidemiological studies and exp.udies using animal mod. *Crit. Rev Toxicol*, 42, pp. 279-303.
- Aberastury, A. (1971a). *La adolescencia*. Bs.As.: Kargieman.
- Aberastury, A. & Salas, E. (1978). *La Paternidad*. Bs.As.: Kargieman.
- Agudelo Vélez, D. M., Casadiego Garzón, C. P. & Sánchez Ortiz, D. L. (2008). Características de Ansiedad y Depresión en estudiantes Universitarios. Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga. Colombia. *I Journal of Psicología. Research*, pp. 34-39.
- Aitken, P. P., Eadie, D. R., Hastings, G. B. & Haywood, A. J. (1991). Predisposing effects of cigarette advertising on chil intentions to smoke when older. *British Journal of Addiction*, 86, pp. 293-383.
- Alcmeon, E. (2005). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th. Ed.). *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría*, 12, pp. 371-382. Washington, DC: APA. Author.
- Allen, D. (2002). *Organízate con eficacia. Máxima productividad sin estrés*. Alienta
- Allport, G.W. (1937). *Personality: A Psychological interpretation*. New York: Henry Holt (trad). 1974. *Psicología de la personalidad*, Bs.As.: Paidós.
- Allport, G. W. & Odbert, H. S. (1936). Trait-names: A psycho-lexical study, *P. Monographs*, 47, pp. 211-219.
- Aluja, A., Blanch, A., Solé, D., Dolcet, J. M. & Gallart, S. (2008). Validez Convergente y Estructural del NEO-PI-R. Baremos Orientativos. *Boletín de Psicología*, Núm. 92.
- Aluja, A., García, Ó. & García, L. (2002). A comparative study of Zuckerman's three structural models for personality through the NEO-PI-R, ZKPQ-III-R, EPQ-RS and Goldberg's 50-bipolar adjectives. *Personality and Individual Differences*, 33, p. 713.
- American Psychiatric Association (APA). (1995). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 4*. Arlington, V.A: Asociación Americana de Psiquiatría.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos Del DSM-5™*. Washington, D. C. London, England: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Anderson, C., John, O. P. & Keltner, D. (2011). The Personal Sense of Power. *Journal of Personality*, 80, pp. 313-344.
- Andrés, R. L. & Day, M. C. (2000). Perinatal complications associated with maternal tobacco use. *Semin Neonatol*, pp. 231-241.
- Angold, A., Costello, E. J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, pp. 57-87.

- Angold, A. & Worthman, C. W. (1993). Puberty onset of gender differences in rates of depression: a developmental, epidemiologic and neuroendocrine perspective. *Journal Affect Disor*, 29, pp. 145-158.
- Antai Otong, D. (2003). The Neurobiology Of Anxiety Disorders: Implications For Psychiatric Nursing Practice International. *Review of Psychiatry Routledge, part of the Taylor & Francis Group*, Núm. 4, pp. 350-358.
- Anthenelli, R. M., Benowitz, N. L. & West, R. (2016). Neuropsychiatric safety and efficacy of Varenicline, Bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders: a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet. April 19: e1-e14*. [Epub ahead of print].
- Arai, Y., Hosokawa, T., Fukao, A., Izumi, Y. & Hisamichi, S. (1997). Smoking Behaviour and Personality. *A Population-Based Study in Japan. Addiction*, 92, pp. 1023-1033.
- Aranovich, R (2003). Reflexiones de un meta análisis que relaciona al síndrome metabólico y la depresión. *Marco del Vº Congreso Mundial de E. D. Del 25 al 27/09 en Mendoza, Argentina*.
- Ariza, C. & Nebot, M. (2002). Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Revista Española de Salud Pública*, 76, pp. 227-238.
- Armendáriz Elizondo, J. J., Grima, G. F. & Ontoso, I. (2005). *Revista Española de Salud Pública* (pp. 1135-1157), Núm. 5. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Arseneault, L., Bowes, L. & Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: much ado about nothing? *Psychological Medicine*, 40, pp. 717-729.
- Asberg, M., Montgomery, S. & Perris, C. (1978). A comprehensive psychopathological psychiatric rating scale (CPRS). *Acta Psychiatr Scand*, 271 (Supl.), pp. 5-27.
- Ascher, J. A., Cole, J. O., Colín, E., Feigner, J. P., Ferris, R. M. & Fibiger, H. C. (1995). Bupropion review of its mechanism of Antidepressants activity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, pp. 395- 401.
- Audrain McGovern, J., Rodriguez, D. & Kassel, J. D. (2009). Adolescent smoking and depression: evidence for self-medication and peer smoking mediation. *Addiction*, 104, pp.1743-1756.
- Baker, F., Ainoworth, S. R., Dye, J. T., Crammer, C., Thun, M. J. & Hoffmann, D. (2000). Health Risk Associated with cigar smoking. *JAMA*, 284, pp. 735-740.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Borkovec, T. D., Rickels, K., Stein, D. J. & Wittchen, H. U. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from

the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(supl. 11), pp. 53-58.

- Bandura, A. (1982). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Bar Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans Kranenburg, M. J. & van, I. M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a metaanalytic study. *Psychological Bulletin*, 133, pp. 1-24.
- Barlow, D. & Durand, M. (2001). *Psicopatología*. (3ra. Ed.). Madrid: Thomson.
- Barrat, S. (1994). Impulsiveness and aggression. In *Journal Monohan and Steadman* (Eds.) *Violence and mental disorder*. Chicago: University of Chicago Press.
- Barrick, M. R. & Mount, M. K. (1991). The Big Five personality dimensions and job performance: A meta-analysis. *Personnel Psychology*, 44, pp. 1-26.
- Barrueco Ferrero, M., Hernández Mezquita, M. A. & Torrecilla García, M. (2009). *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo* (4ta. Ed.). Badalona: Euromedice.
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth and Society*, 9, pp. 239-276.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Robert, A. (1988). An inventory for Measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, pp. 893-897.
- Beck, A. T., Freeman, A. & Davis, D. D. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Bs.As.: Paidós Ibérica.
- Beck, A. T. & Robert, A. (2011). *Inventario de Ansiedad de Beck* (BAI). Pearson Educación, S.A. Autor de la adaptación española Sanz, J., Vallar, F., de la Guía, E. & Hernández, A.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. España: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (2012). *Cognitive therapy of depression* (20th. Ed). Biblioteca de Psicología: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). BDI-II. *Beck Depression Inventory. Manual* (2 th.) San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Becoña Iglesias, E. (2002) Bases científicas de la prevención de las drogodependencias *Universidad de Santiago de Compostela*. España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica.
- Becoña Iglesias, E., Fernández, H., López, A. & Míguez, M. C. (2009). La escala del síndrome de Dependencia de la Nicotina (NDSS) en una muestra de fumadores que demandan tratamiento para dejar de fumar. *Psicothema*, 21, pp. 579-584.

- Becoña Iglesias, E. & Lorenzo, M. C. (2004). Evaluación de la conducta de fumar. *M. Tabáquica*, 16, pp. 201-226.
- Becoña Iglesias, E. & Miguez, M. (2004). Consumo tabaco y psicopatología asociada. *Psicosociología*, 1, pp. 99-112.
- Becoña Iglesias, E., Vázquez, F. L. & Míguez, M. C. (2002). Smoking cessation and anxiety in a clinical sample. *Personality and Individual Differences* 32, pp. 489-494.
- Bejarano, I. & Alderete, E. (2009). Tabaquismo y estado emocional: Las emociones negativas como predictoras del inicio al tabaquismo en adolescentes jujeños. *Cuaderno. Fac. Humanidades. Ciencias Sociales Univ. Nac. Jujuy no.37. Jujuy. Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Belluzzi, J. D., Wang, R. & Leslie, F. M. (2005) El acetaldehído mejora la adquisición de la nicotina autoadministración en ratas adolescentes. *Neuropsychopharmacology*, 30, pp. 705-712.
- Benca, R. M., Obermeyer, W. H., Thisted, R. A. & Gillin, J. C. (1992). Sleep and psychiatric disorders. *A meta-analysis. Arch Gen Psychiatry*, 49, pp. 651-668; discussion, pp. 669-670.
- Benet Martínez, V. & Jhon, O. (1988). Los cinco grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, pp. 729-750.
- Benjet, C., Borges, G. G., Medina Mora, M. E., Fleiz Bautista, C. & Zambrano Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública México*, 46, pp. 17-24.
- Benowitz, N. L. (1997). US. Department of Health and Human Services (US.HHS). Biomarkers of cigarette smoking. *U.S. Department of Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Publication*, 96, p. 2789.
- Ben Portah, Y. S. & Tellegen, A. (2009). *MMPI-2-RF. Inventario Multifacético de la Personalidad de Minesota-2*. Madrid: TEA.
- Bergstrom, M., Nordberg, A. & Lunell, E. (1995). Regional deposition of inhaled C- nicotine vapor in the human airway as visualized by positron emission tomography. *Clin Pharmacol Ther*, 57, pp. 309-317.
- Berk, M., Williams, L. J., Jacka, F. N., O'Neil, A., Pasco, J. A., Moylan, S. & Allen, N. B. (2013). So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? *BMC Medicine* 11.
- Bermúdez, J. (2006). Personality Science, Self-Regulation, and Health Behavior. *Applied Psychology: An International Review*, 55, pp. 386-396.

- Bernete, F. (2010). Usos de las TIC. Relaciones sociales y cambios en la socialización de las y los jóvenes. *Revista de Estudios de Juventud*, 88, pp. 97-114.
- Berry, D. S. & Miller, K. M. (2001). When boy meets girl: Attractiveness and the five factor. Model in opposite-sex interactions. *Journal of Research in Personality*, 35, pp. 62-77.
- Bhatia, S. K. (2007). Childhood and Adolescent Depression. Department of Psychiatry, Omaha, Nebraska Downloaded from the American Family Physician. *Arch Neurocién (Mex)*, Núm. 3, pp. 156-161.
- Bickel, W. R., Odum, A. L. & Madden, G. J. (1999). Impulsivity and Cigarette Smoking: Delay Discounting in Current, Never, and Ex-smokers. *Psychopharmacology*, 146, pp. 447-454.
- Bodenmann, G. & Shantinath, S. D. (2004). The couples coping enhancement Training (CCET): A New approach to prevention of marital distress based upon stress. *Family Relations*, 53, pp. 477-484.
- Bordalejo, M. P., Schmidt, V., Molina, M. F. & Sartuqui, A. (2016). Comunicación con los padres y su relación con el consumo de alcohol en la adolescencia. Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII. *Jornadas de Investigación. Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología .Universidad de Bs.As.
- Botvin, G. J., Epstein, J. A., Baker, E., Díaz, T. & Ifill Williams, M. (1997). School-based drug abuse prevention with inner-city minority youth. *Journal Child Adolesc Subst Abuse*, 6, pp. 5-19.
- Botvin, G. J. & Botvin, E. M. (1992). Adolescent tobacco, alcohol and drug abuse. Prevention strategies empirical findings and assessment issues. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, pp. 209-301.
- Bower, G. H. (1987). Commentary on mood and memory. *Behavior Research and Therapy*, 25, pp. 443-455.
- Brenlla de Romero, M. E. & Rodríguez, M. (2006). Adaptación Argentina del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) [Adaptation of the Beck Depression Inventory II (BDI-II) for Argentine an population]. En A.T. Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). (2th.Ed.), *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck* (pp. 11-37). Bs.As.: Paidós.
- Brent, A. & Birmaher, B. (2002). Adolescent depression. *New England Journal of Medicine*, 347, pp. 667-671.
- Breslau, N., Kilbey, M. M. & Andreski, P. (1993). Vulnerability to psychopathology in nicotine - dependent smokers: an epidemiologic study of young adults. *American Journal of Psychiatry*, 150, pp. 941-946.

- Breslau, N., Novak, S. P. & Kessler, R. C. (2004). Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biological Psychiatry*, 55, pp. 69-76.
- Brown, R. A., Lewinsohn, P., Seeley, J. R. & Wagner, E. F. (1996). Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, pp. 1602-1610.
- Buela Casal, G., Carretero Dios, H. & Macarena, R. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental*, 24, pp. 17-23.
- Burunat, E. (2004). El desarrollo del sustrato neurobiológico de la motivación y emoción en la adolescencia: ¿un nuevo período crítico? *Infancia y Aprendizaje*, 27, pp. 87-104.
- Caballo, V. E. (2002). El entrenamiento en habilidades sociales. En Caballo, V. E. (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (4ta. Ed.) (pp. 403-471). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iurrtia, M. J., Arias, B. & Hofmann, S. G. (2008). Research Team. Social anxiety in 18 nations: sex and age differences. *Behavioral Psychology*, 16, pp. 161-185.
- Caggiula, A., Donny, E., Chaudhri, N., Perkins, K., Evans Martin, F. & Sved, A. (2002). Importance of nonpharmacological factors in nicotine self-administration. *Physiology and Behavior*, 77, pp. 683-687.
- Cahill, K. & Stead, L. F. (2011). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD006103.
- Calvo Fernández, J., Rosales, J. & López Cabañas, A. (2000) ¿Es el tabaquismo una epidemia pediátrica?. *Anales de Pediatría*, 52, pp. 103-105.
- Campo Arias, A. (2005). Prevalencia de tabaquismo en pacientes psiquiátricos: una revisión sistemática. *Medunab*, pp. 28-33.
- Campo Arias, A., González, S., Sánchez, Z., Rodríguez, D., Dallos, C. & Díaz Martínez, L. (2005). Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Archive Medicine Manizales. Apro.pub. 2010*, 10, pp. 11-19.
- Cano Vindel, A. (2003b). El impacto de la ansiedad. *Revista Española de Economía de la Salud*, 2, pp. 70-71.
- Cano Vindel, A., Miguel Tobal, J. J., González Ordi, H. & Iruarrizaga, I. (2009). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 10, pp. 145-156.
- Carballo, J. L., García, G., Jáuregui, V. & Sáez, A. (2009). Diferencias en habilidades cognitivas entre jóvenes universitarias usuarios de alcohol. *Health and Addictions/Salud y drogas*, 9, pp. 79-92.

- Carceller Maicas, N., Ariste, S., Martínez Hernández, A., Martorell Poveda, M. A., Correa Urquiza, M. & Di Giacomo, S. M. (2014). El consumo de tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto. *Adicciones* 26.
- Caro, I. (comp). (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Carrasco, M. A. & Barrio, M. V. (2007). El modelo de los cinco grandes como predictor de la conducta agresiva en población infantojuvenil. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, pp. 23-32.
- Carskadon, M. (2002) *Adolescent Sleep Patterns. Biological, social and psychological influences*. University Press: Cambridge.
- Carvajal, S. C., Wiatrek, D. E., Evans, R. I., Knee, C. R. & Nash, S. G. (2000). Psychosocial determinants of the onset and escalation of smoking: cross-sectional and prospective findings in multiethnic middle School Samples. *Journal of Adolescent Health*, 27, pp. 255-265.
- Cascardo, E. & Resnik, P. (2005). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Bs.As.: Polemos.
- Cassano, P. & Fava, M. (2002). Depression and public health, an overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, pp. 849-857.
- Castillo, I., Sanz, M. & Pampliega, A. (2004). Funcionamiento familiar y severidad de los problemas junto a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. *Adicciones*, 16, pp. 185-195.
- Castro Solano, A. (2005). *Técnicas de evaluación psicológica en los ámbitos militares*. Bs.As.: Paidós.
- Castro Solano, A. & Casullo, M. M. (2001). Rasgos de personalidad, bienestar psicológico y rendimiento académico en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria*, Núm. 1, pp. 65-85.
- Catley, D., Harris, K. J., Okuyemi, K., Mayo, M. S., Pankey, E. (2005). The influence of depressive symptoms on smoking cessation among African Americans in a randomized trial of Bupropion. *Nicotine Tobacco Res* 7, pp. 859-870.
- Cattell, R. B. (1943). The description of personality: Basic traits resolved into clusters. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38, pp. 476-506.
- Cattell, R. B. (1965). *The Scientific Analysis of Personality*. Chicago: Aldine.
- Cattell, R. B. (1975). *Prueba de ansiedad. Autoanálisis. Adaptado al castellano Sección de estudios*. Madrid: TEA.
- Cattell, R. B., Karen, S. & Heather, E. P. (1993). *16PF (5th. Ed.)*. Institute for Personality and Ability Testing. Illinois: Champaign.

- Ceballos Rivera, J. J., Ochoa Muñoz, J. & Cortés Pérez, E. (2000). Depresión en la adolescencia. Su relación con la actividad deportiva y consumo de drogas. *Revista Medicina IMSS*, 38, pp. 371-379.
- Cervilla, J. (2004). Fumar predispone a la depresión. *Publicación del Institute of Psychiatry King's College*. London: University of London.
- Cheang, W. S., Lam, M. Y., Wong, W. T., Tian, X. Y., Lau, C. W. & Zhu, Z. (2013). Menthol relaxes rat aortae, mesenteric and coronary arteries by inhibiting calcium influx. *European Journal of pharmacology*, 702, pp. 79-84.
- Chen, K. (2006). Social skills intervention for students with emotional/behavioural disorders: a literature review from the american perspective. *Educational Research and Reviews*, 1, pp. 143-149.
- Choi, J., Dresler, C. M., Norton, M. & Strahs, K. R. (2003). Pharmacokinetics of a nicotine polacrilex lozenge. *Nicotine and tobacco Research*, 5, pp. 635-644.
- Chóliz, M. (1999). Ansiedad y trastornos del sueño. En Fernández Abascal, E. G. & Palmero, F. (Eds.). *Emociones y Salud* (pp. 159-182). Barcelona: Ariel.
- Cía, A. H. (2004). *Trastorno de Ansiedad Social. Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Bs.As.: Polemos.
- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Bs.As.: Polemos.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Clark, D. M. & Nakad, R. (2011). Pharmacotherapeutic management of nicotine dependence in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 8, pp. 297-311.
- Clark, D. M. & Teasdale, J. D. (1982). Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, pp. 86-89.
- Coccaro, E. F. & Siever, L. J. (2007). Neurobiología. En Oldham, J. M., Skodol, A. E. & Bender, D. S. *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Cohen, L. M., Collins, F. L. & Brt, D. M. (1997). The Effect of chewing gum on tobacco withdrawal. *Addic Behav*, 22, pp.769-773.
- Coleman, J. C. & Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Conde, V. & Franch, J. L. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Upjohn. S.A.

- Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA) (2016). *Hablemos sobre el Alcohol, Tabaco y otras Drogas*. México: Secretaría de Salud.
- Contini, N. (2006). *Pensar la adolescencia hoy. De la patología al bienestar psicológico*. Bs.As.: Paidós.
- Cooper, M. L., Wood, P. K., Orcutt, H. K. & Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behavior during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, pp. 390-410.
- Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A. & Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *Archive of General Psychiatry*, 70, pp. 419-426.
- Corbella, J. & Valls, C. (1993). *Ante una edad difícil. Psicología y Biología del Adolescente* (2da. Ed.). Barcelona: Folio. S.A.
- Cortelli, J. R., Barbosa, M. D. & Westphal, M. A. (2008). Halitosis: a review of associated factors and therapeutic approach. *Braz Oral Res*, 22 (Supl. 1), pp. 44-54.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1976). Age differences in personality structure: A cluster analytic approach. *Journal Gerontology*, 31, pp. 564-570.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). *NEO-PI-R: Inventario de la personalidad NEO revisado (NEO-PI-R) e Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)*. Manual profesional. Madrid: TEA.
- Costa, P. T., McCrae, R. R. & Dye, D. A. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: a revision of the NEO personality inventory. *Personality and Individual Differences*, 12, pp. 887-898.
- Covey, L. S. & Tam, D. (1990). Depressive mood, the singleparent home, and adolescent cigarette smoking. *American Journal of Public Health*, 80, pp. 1330-1333.
- Craske, M. G. & Pontillo, D. C. (2001). Cognitive biases in anxiety disorders and their effect on cognitive-behavioral treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65, pp. 58-77.
- Crawford, T. N., Cohen, P. & Brooks, J. S. (2001). Dramatic-erratic personality disorder symptoms, I: continuity from early adolescence into adulthood. *Journal Personal Disorder*, 15, pp. 319-335.
- Crowe, M. & Ward, N. (2006). Characteristics of adolescent depression. *International Journal on Mental Health Nursing*, 15, pp. 10-18.
- Crowne, D. P. & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, pp. 349-354.

- Cruz Pérez, G. (2012). Dela tristeza a la depresión. Universidad Autónoma de México. *Revista electrónica de psicología, 15*.
- Cuenya, L. (2006). Estresores ocupacionales, soporte social y consumo de alcohol en jóvenes. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, 14*, pp. 211-220.
- Czernik, G. E., Dabski, M. F., Canteros, J. D. & Almirón, L. M. (2006). Ansiedad y Depresión y Comorbilidad en Adolescentes de la Ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina, 162*, pp. 1-4.
- Dallman, M. F., Pecoraro, N., Akana, S. F., La Fleur, S. E., Gómez, F. & Houshyar, H. (2003). Chronic stress and obesity: a new view of comfort food. *Proc Natl Acad Sci USA., 100*, pp. 11696-11701.
- De Granda, O. (2007). El tabaquismo como enfermedad adictiva crónica. En *Tratado de Tabaquismo*. (2da. Ed.). Jiménez Ruiz, C. A. & Fagerström, K. O. (pp. 99-120). Madrid: Ergon.
- De la Peña, F., Higuera, F., Domínguez, E. & Palacios, L. (2001). La depresión en los adolescentes y su relación con los trastornos de la personalidad. *Revista Información Clínica, 12*, pp. 58-59.
- De la Peña, F., Ulloa, R. & Paez, F. (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*, (Núm. Especial), pp. 88-92.
- De la Rosa, L. & Gelabert, L. L. (2006). Por qué el consumo de tabaco es un problema. En Ayesta & col. (Eds.) *Manual de tabaquismo para profesionales sanitarios*, INGESA-PIT, Ceuta, pp. 13-25.
- De la Villa Moral Jiménez, M., Rodríguez Díaz, F. J. & Sirvent Ruiz, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema, 18*, pp. 52-58.
- Del Barrio, C., Martín, E., Almeida, A. & Barrios, A. (2003). Peer maltreatment and other concepts related to school aggression and their psychological study. *Infancia y Aprendizaje, 26*, pp. 9-24.
- Delgado, O. (2005). *Pulsión y necesidad de castigo*. En La subversión Freudiana y sus consecuencias (1ra. Ed.) (pp. 163-180). Bs.As.: JVE.
- Del Pino, M. A., Bustamante, H. A., Ojeda, S. A., Fernández, D., Romano, C. & Romano, C. (2011). Vulnerabilidad Adolescente: factores que favorecen la resiliencia en los jóvenes de la localidad. *Universidad Nacional de la Patagonia Austral. Unidad Académica Río*

*Gallegos Departamento de Ciencias Sociales. Aprobado por Resolución Nro. 0795/11-R-UNPA.*

- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2001). *Inventário de habilidades sociais: manual de aplicação e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- De Zubiría Samper, M. (2007). Marco general. En Sánchez, A. *Como prevenir la soledad, la depresión y el suicidio en niños y jóvenes, un manual para que sus hijos vivan mejor* (pp. 13-24). Bogotá, Colombia: Aguilar Altea.
- Díaz Aguado, M. J. (2005). La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema, 17*, pp. 549-558.
- Di Chiara, C. (2000). Role of dopamine in the behavioural actions of nicotine related to addiction. *Europe Journal Pharmacol, 393*, pp. 295-314.
- Di Franza, J. R., Norwood, B. D., Garner, D. W. & Tye, J. B. (1987). Legislative Efforts to Protect Children from Tobacco: *Journal of American Medical Association, 257*, pp. 3387-3389.
- Di Franza, J. R., Wellman, R. J., Sargent, J. D., Weitzman, M., Hipple, B. J. & Winickoff, J. P. (2006). Tobacco Promotion and the Initiation of Tobacco Use: Assessing the Evidence for Causality. *Pediatrics, 117e*, pp. 1237-1248.
- Digman, J. M. (1963). Principal dimensions of child personality as inferred from teachers judgements. *Children Development, 34*, pp. 43-60.
- Digman, J. M. (1997). Higher-order factors of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, pp. 1246-1256.
- Domenech, J. (1941). *Historia del Tabaco. Universalidad de sus Industrias y Comercio*. Bs.As.: López, A.
- Dompnier, B., Pansu, P. & Bressoux, P. (2007). Social utility, social desirability and scholastic judgments: Toward a personological model of academic evaluation. *European Journal Of Psychology of Education, 12*, pp. 333-350.
- Dongil Collado, E. (2008). Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés, 14*, pp. 265-328.
- Doran, N., Cook, J., McChargue, D. & Spring, B. (2009). Impulsivity and cigarette craving: differences across subtypes. *Psychopharmacology, 207*, pp. 365-373.
- Dunnett, S., Koun, S. & Barber, P. J. (1981). Social Deseability in the Eysenck Personality Inventori. *British Journal of Psychology, 72*, pp. 19-26.
- Durston, S., Davidson, M. C., Tottenham, N. T., Galvan, A., Spicer, J. & Fossella, A. (2006). A shift from diffuse to focal cortical activity with development. *Developmental Science, 9*, pp. 1-8.

- Echeburúa, E., Salaberría, K. & Fernández Montalvo, J. (1998). Ansiedad y Adicciones. En Palmero, F. & Fernández Abascal, E. (Eds). *Emociones y adaptación*. Barcelona: Ariel.
- Edwards, A. L. (1957). *The social desirability variable in personality assessment and research*. Nueva York: Dryden Press.
- Ellis, A. J. (1987b). Integrative Developments in rational-emotive therapy (RET). *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, pp. 470-479.
- Ellis, A. J., Beevers, C. G. & Wells, T. T. (2011). Attention allocation and incidental recognition of emotional information in dysphoria. *Cognitive Therapy and Research*, 40, pp. 443-454.
- Eriksen, M., Mackay, J. & Ross, H. (2012). *The Tobacco Atlas* (4ta. Ed.). American Cancer Society. New York: World Lung Foundation.
- Ernst, M., Moolchan, E. T. & Robinson, M. L. (2001). Behavioral and neural consequences of prenatal exposure to nicotine. *Journal American Academy Children Adolescent Psychiatry*, 40, pp. 630-641.
- Esen, A. M., Borutch, I., Acar, M., Pegirmenci, B., Kaya, D. & Torkmen, M. (2004). Effects of smoking on endotelial function and wall thickness of brachial artery. *Cir Journal*, 83, pp. 753-766.
- Estévez, E., Musitu, G. & Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28, pp. 81-89.
- Etter, J. F. & Stapleton, J. A. (2006). Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: a meta-analysis. *Tobacco Control*, 15, pp. 280-356.
- Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. London: Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1983). A Note on Smoking Personality and Reason of Smoking. *Psychological Medicine*, pp. 447-448.
- Eysenck, H. J. (1990). Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality. *Journal of Personality*, 58, pp. 245-261.
- Eysenck, H. J. & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and Individual Differences*. New York: Plenum Press.
- Eysenck, H. J. & Eysenck, S. B. G. (1964). *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. Londres: London University.
- Eysenck, M. W., Mogg, K., May, J., Richards, A. & Mathews, A. M. (1991). Bias in interpretation of ambiguous sentences related to threat in anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, pp. 144-150.
- Fagerström, K. O. (1978). Measuring degree of physical dependency to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive behaviors*, 3, pp. 235-241.

- Feighery, E., Borzekowski, D., Schooler, C. & Flora, J. (1998). The Relationship Between Receptivity to Tobacco Marketing and Smoking Susceptibility in Young People. *Tobacco Control*, 7, pp. 123-128.
- Feldner, M. T., Smith, R. C., Babson, K. A., Sachs Ericsson, N., Schmidt, N. B. & Zvolensky, M. J. (2009). Test of the role of nicotine dependence in the relation between posttraumatic stress disorder and panic spectrum problems. *Journal Trauma Stress*, 22, pp. 36-44.
- Fernández Otero, O. (1989). *Autonomía y autoridad en la familia* (5ta. Ed.). Pamplona: EUNSA.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R. & Baker, T. B. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: Update. Quick Reference Guide for Clinicians. Rockville, MD: U.S. *Department of Health and Human Services. Public Health Service*.
- Fiske, D. W. (1949). Consistency of de factorial srtructures of personality ratings from different sources. *Journal of abnormal and Social Psichology*, 44, pp. 329-344.
- Fleeson, W. & Heckhausen, J. (1997). More or less me in past, present, and future: perceived lifetime personality during adulthood. *Psychology and Aging*, 12, p. 125.
- Fossati, S., Borroni, S., Marchione, D. & Maffei, C. (2011). The Big Five Inventory (BFI). Reliability and validity of Italian translation in three independent nonclinical samples. *European Journal of Psychological Assessment*, 27, pp. 50-58.
- Fowles, J. & Dybing, E. (2003). Application of toxicological risk assessment principles to the chemical constituents of cigarette smoke. *Tobacco Control*, 12, pp. 424-430.
- Fredrickson, B. L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology. *American Psychologist*, 56, pp. 218-226.
- Freiberg Hoffmann, A., Stover, J. B., de la Iglesia, G. & Fernández Liporace, M. (2013). Correlaciones Policóricas y Tetracóricas en Estudios Exploratorios y Confirmatorios. *Ciencias Psicológicas* (Montevideo), pp. 151-164.
- Frewen, P. A. & Dozois, D. J. A. (2006). Self-worth appraisal of life events and Beck's congruency model of depression vulnerability. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An Quarterly*, 20, pp. 231-240.
- Gadermann, A. M., Schonert Reichl, K. A. & Zumbo, B. D. (2010). Investigating validity evidence of the Satisfaction with Life Scale adapted for children. *Social Indicators Research*, 96, pp. 229-247.
- Galton, F. (1884). Measurement of carácter. *Fortinghtly review*, 36, pp. 179-185.
- Galván Fernández, C., Suárez López de Vergara, R. G., Oliva Hernández, C. & Doménech Martínez, E. (2000). Respiratory disease in young people and smoking. Centro de Salud San Agustín, La Laguna, Tenerife. *Archive bronconeumol*, 36, pp. 186-190.

- Gantiva Díaz, C. A., Rodríguez Materón, M., González Bobadilla, M. & Vera Maldonado, A. (2011). Perfil de personalidad en consumidores moderados y excesivos de sustancias psicoactivas. *Psicología desde el Caribe*, 28, pp. 24-38.
- Garaigordobil, M. (2004). Intervención psicológica en la conducta agresiva y antisocial en niños. *Psicothema*, 16, pp. 429-435.
- Garaigordobil, M., Cruz, S. & Pérez, J. I. (2003). Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. *Estudios de Psicología*, 24, pp. 113-134.
- Garber, J. & Flynn, C. A. (2001). Predictors of depressive cognitions in young adolescents. *Cognitive. Therapy and Research*, 25, pp. 353-376.
- Gazzaniga, S. M. & Heatherton, T. F. (2005) *Ciencia Psicológica: mente, cerebro e comportamiento*. Porto Alegre: Artmed.
- Gigliotti, A., Carneiro, E. & Ferreira, M. (2001). Tratamiento do Tabagismo. En Range, B. (dir.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Glantz, S. A. & Parmley, W. W. (1996). Passive and Active Smoking a problem for adults. *Circulation* 94, pp. 596-598.
- Glassman, A. H., Helzer, J. E., Covey Cottler, N. B., Stetner, F., Tipp, J. E. & Johnson, J. (1990). Smoking, smoking cessation and major depression. *JAMA*, 264, pp. 1546-1549.
- Gold, D. R. (1996). Effects of Cigarette Smoking on Lung Function Adolescent Boys and Girls. *New England Journal Of Medicine*, 335, pp. 931-937.
- González, A., Donolo, D. & Rinaudo, C. (2009). Emociones académicas en universitarios. Su relación con las metas de logro. *Ansiedad y Estrés*, 15, pp. 263-277.
- González, C., Pienda, J., Núñez, J., Álvarez, L., González Pumariega, S., Roces, C., González, P., Muñiz, R. & Bernardo, A. (2002). Inducción parental a la autorregulación, auto concepto y rendimiento académico. *Psicothema*, 14, pp. 853-860.
- González, L. & Berger, V. (2002). Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores. *Ciencia y enfermería*, dez 2, pp. 27-35.
- Gotlib, I. & Hammen, C. (2002). (Eds) *Handbook of Depression*. New York: Guilford Press.
- Gourly, S. G. (2006). Clonidine for smoking cessation (Review). *The Cochrane Collaboration. Wiley Publishers*, pp. 1-10.
- Granado, V. C. (2004). *Todo sobre el tabaco. De Cristóbal Colón a Terenci Moix*. Madrid: Pearson Education,

- Grana, R., Benowitz, N. & Glantz, S. A. (2013). Background paper on E-cigarettes (electronic nicotine delivery systems). *Center for Tobacco Control Research and Education, University of California, San Francisco, a WHO Collaborating Center on Tobacco Control. Prepared for World Health Organization Tobacco Free Initiative.*
- Graziano, W. G. & Tobin, R. M. (2009). Agreeableness. En Leary, M. & Hoyle, R. (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 46-61). New York: The Guilford Press.
- Graziano, W. G., Jensen Campbell, L. A. & Hair, E. C. (1996). Perceiving interpersonal conflict and reacting to it: the case for agreeableness. *Journal of personal and social psychology*, 70, pp. 820-835.
- Greden, J. F. & Pomerleau, O. (1995). *Nicotine-Related Disorders in Kaplan Hed Comprehensive. Textbook of psychiatry/IV* (6ta. Ed.) (pp. 799-810). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Grinder, R. (1987). *Adolescencia* (6ta. Ed.). México: Limusa.
- Grinhauz, A. S. (2015). El estudio de las fortalezas del carácter en niños: relaciones con el bienestar psicológico, la deseabilidad social y la personalidad. *Psicodebate*, 15, pp. 43-68.
- Gurpegui, M., Jurado D., Luna, J., Fernández Molina, C., Moreno Abril, O. & Gálvez, R. (2007). Personality traits associated with caffeine and smoking. *Progress in Neuro Psychopharmacology & Biological psychiatry*, 31, p.p 997-1005.
- Haberman, S. J. (1978). *Analysis of Qualitative Data*. Londres: Academic Press.
- Hallfor, D. D., Waller, M. W., Ford, C. A., Halpern, C. T., Brodish, P. H. & Iritani, B. (2004). Adolescent depression and suicide risk: Association with sex and drug behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 27, pp. 224-231.
- Hamilton, M. C. (1967). Desarrollo de una escala de calificación para Enfermedad depresiva primaria (MHRSD). *Br Journal Society Clinical Psychology*, 6, pp. 278 -296.
- Hamilton, M. C. (1969). Diagnosis and rating of anxiety. *Br Journal of Psychiatry*, 3, pp. 76-79.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, pp. 293-319.
- Hasper, I., Rombola, A. & Choc, B. (2000). Tobacco addiction in personnel of elementary schools of the city of Bs As. Poster presented at the 11th World. *Control of Tobacco or Health. Chicago II.*
- Hecht, S. S. (2003). Carcinogen derived biomarkers: applications in studies of human exposure to secondhand tobacco smoke. *Tobacco Control*, 13, pp. 148-156.
- Henningfield, J. E., Fant, R. V., Radvius, A. & Frost, S. (1999). Nicotine Concentration, smoke ph, and whole tobacco aqueous pH of some cigar brands and types popular in the United States. *Nicotine Tobacco Res*, 1, pp. 163-181.

- Henrich, G. & Herschbach, P. (2000). Questions on life satisfaction (FLZM). A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Social Psychology*, 16, pp. 150-159.
- Hernández Mezquita, M. A. (2001). *Iniciación y mantenimiento del Hábito de Fumar en Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. España: Púan. S.L.
- Hernández Sampieri, R., Collado Fernández, C. & Bautista, L. P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta. Ed.). México, DF: Mc Graw-Hill.
- Hill, S. E. & Buss, D. M. (2006). Envy and Positional Bias in the Evolutionary. *Psychology of Management*. EE.UU.: University of Texas, Austin.
- Hojat, M. & Crandall, R. (1989). *Loneliness theory, Research and Applications*. EE.UU.: Sage Publications.
- Howe, G. W. (2007). Socially situated cognition and the couple as a dynamic system: A Commentary. *Journal of Marriage and Family*, 69, pp. 299-304.
- Hughes, J. R. (1991). Distinguishing withdrawal relief and direct effects of smoking. *Psychology Pharmacology*, 104, pp. 409-410.
- Hughes, J. R., Hatsukami, D. K., Mitchell, J. E. & Dahlgren, L. A. (1986) Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal Psychiatry*, pp. 993-997.
- Hughes, J. R., Shiffman, S., Callas, P. & Zang, J. A. (2003). Meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. *Tobacco Control*, 12, pp. 21-27.
- Hughes, J. R., Stead, L. & Lancaster, T. (2007). Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Systems Review*.
- Hyman, S. E. & Rudorfer, M. V. (2000). Anxiety disorders. En Dale, D. C. & Federman, D. D. (Eds.) *Scientific American® Medicine*. (Vol. 3, Sección 1, Subsección VII.). New York: Healtheon /WebMD Corp.
- Ingram, R. E., Miranda, J. & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- Jackson, C. (1997). Cognitive susceptibility to smoking and initiation of smoking during childhood: a longitudinal study. *Preventive Medicine*, 27, pp. 129-134.
- Jauniaux, E. & Grenough, A. (2007). A short and Long term outcomes of smoking Durin. Pregnancy. *Early Human Development*, 83, pp. 696-698.
- Jessor, R. (1991). Risk Behavioural in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action. *Journal of Adolescence Health*. New York.
- Jick, H., Kaye, J. A. & Jick, S. S. (2004) Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA*, 292, pp. 338-343.

- Jiménez, I. A. & Daniel, P. C. (2001). I failed because I got very nervous. Anxiety and performance in interpreter trainees: an empirical study. *Interpreters Newsletter*, 11, pp. 105-118.
- Jiménez, M. (2003). Características emocionales y comportamentales de los grupos socio métricos desde una perspectiva múltiple. *Psicología Conductual*, 11, pp. 41-60.
- Jiménez Ruiz, C. A. (1998). Terapia sustitutiva con nicotina. Asp. Prácticos. *Revista Clínica Española*, 198, pp. 1599-1602.
- John, O. P., Donahue, E. M. & Kentle, R. L. (1991). *The Big Five Inventory-Versions 4a and 54*. Berkeley, C.A. University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.
- Join, T. (1995). *National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA\*)* en Columbia University. EE.UU.
- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E. & Thoresen, C. J. (2002). Are measures of self esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy Indicators of a Common core construct? *Journal of personality and social psychology*, 83, pp. 693-710.
- Junqué, C. & Barroso, J. (2009). *Manual de Neuropsicología*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Kaltiala Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A. & Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finish adolescents: school survey. *British M. Journal*, 319, pp. 348-351.
- Kammrath, L. K. & Peetz, J. (2011). The limits of love: Predicting immediate versus sustained caring behaviors in close relationships. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47, pp. 411-417.
- Kandel, J., Schwartz, J. & Jessell, T. (1991). *Principles of Neural Science*. (3th. Ed.). New York: Elsevier.
- Karen, S. (1995). Jane Addams and Social Reform: A Role Model for the 1990 s, In *Social Work*, Núm. 5, pp. 661-670.
- Kashdan, T. B. & Silva, P. (2009). Curiosity and interest: The benefits of thiving on novelty and challenge. En López, S. J. & Snyder, C. R. (Eds.). *Oxford Handbook of positive psychology* (2da. Ed.), (pp. 367-374). New York: Oxford Press.
- Kassel, J. D., Evatt, D. P., Greenstein, J. E., Wardle, M. C., Yates, M. C. & Veilleux, J. C. (2007). The Acute Effects of Nicotine on Positive and Negative Affect in Adolescent Smokers. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, pp. 543-553.
- Keenan, K., Feng, X., Hipwell, A., & Klostermann, S. (2009). *Journal of Children Psychology and Psychiatry*, publicación online, pp. 8-18.

- Kellough, J., Beevers, C. G., Ellis, A. & Wells, T. T. (2008). Time course of selective Attention in clinically depressed: An eye tracking study. *Behaviour Research and Therapy*, 46, pp. 1238-1243.
- Kemeny, M. E. & Gruenewald, T. L. (2000). Affect, cognition, the immune system and health. *Program Brain Research*, 122, pp. 291-308.
- Kendall, P. C., Flannery Schroeder, E., Panichelli Mindel, S. M., Southam Gerow, M., Henin, A. & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A Second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, pp. 366-380.
- Kernberg, O. (1984). *Trastornos Graves de la Personalidad*. México: El Manual Moderno.
- Kertész, R., Atalaya, C. & Kertész, A. (2011). *Análisis Transaccional Integrado* (4ta. Ed.). Bs.As: Universidad de Flores.
- Kessler, D. A., Natanblut, S. L., Wilkenfeld, J. P., Lorraine, C. C., Mayl, S. L., Bernstein, I. B. & Thompson, L. (1997). Nicotine addiction: a pediatric disease. *Journal Pediatrics*, 130, pp. 518-524.
- Kessler, R. C. & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, pp. 93-121.
- Khantzian, E. J. (1985) The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal. Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Resnick, H. S., Saunders, B. E. & Best, C. L. (1997). A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, pp. 834-847.
- Kollins, S. H., McClernon, F. J. & Fuemmeler, B. F. (2005). Association between smoking and attention-deficit/ hyperactivity disorder simple of young adults. *Archive General Psychiatry*, 62, pp. 1142-1147.
- Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E. & Dijkstra, A. (2003). Negative life Events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal of Youth and Adolescence*, 32, pp. 185-193.
- Lai, I., Hong, C. & Tsai, S. (2001). Association study of nicotinic receptor variants and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, pp. 79-82.
- Lara Cantú, M. A. & Suzan Reed, M. (1988). La escala de discapacidad social de Marlowe y Crowne: un estudio psicométrico. *Salud Mental*, 11, pp. 25-29.

- Laseer, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D. & Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness. A population-based prevalence Study. *JAMA*, 22-29, 206, pp. 2606-2610.
- Law, M. R. & Wald, N. J. (2002). Risk factor thresholds: their existence under scrutiny. *WB. Journal*, 324, pp. 1570-1576.
- Leibovich de Figueroa, N. (1991). Ansiedad: Algunas concepciones teóricas y su evaluación. En Casullo, M. M., Leibovich de Figueroa, B. & M. Aszkenazi. (Eds.) *Teoría y técnicas de evaluación psicológica* (pp. 123-137). Bs.As.: Psicothema.
- Lemos, V. (2005). Construcción y validación de una escala para la evaluación de la discapacidad social (EDESI). *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 22, pp. 77-96.
- Ley, C. & Rato, M. (2009). Utilización del deporte en la rehabilitación y reintegración de drogodependientes. En Moreno, J. A. & González Cutre, D. (dirs.). *Deporte, intervención y transformación social* (pp. 335-366). Rio de Janeiro: Shape.
- Ley de Control de Tabaco, Nro. 3.718. (2010). *Dirección General Centro Documental de Información y Archivo Legislativo*. [Actualizada al 13 de diciembre de 2010, consulta septiembre 2011].
- Ley de Control de Tabaco, Nro. 26.687. (2011). Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco. Deróguense las Leyes N° 23.344 y su modificatoria Ley N° 24.044. Sancionan con fuerza de Ley el 1 de Junio de 2011: El Senado y Cámara de Diputados reunidos en Congreso, etc.: Promulgada: Junio 13 de 2011.
- Li, J. S. (1999). Meta-Analysis on the Association Between Environmental Tobacco Smoke: Exposure and Prevalence of Lower Respiratory tract Infection in Early childhood P. *Pulmonology*, 27, pp. 5-13.
- Lindsay, R. (1995). The burden of osteoporosis com. *American Journal of Medicine*, 98 (Supl. 2th), pp. 95-115.
- Lipschitz, A. (1988). Diagnosis and classification of anxiety disorders. En Last, C. G. & Hersen, M. (Eds.): *Handbook of anxiety disorders*. New York: Pergamon Press.
- López Araujo, B. & Osca Segovia, A. (2009). El papel del malestar físico y psicológico en los accidentes laborales en la agricultura. *Ansiedad y Estrés*, 15, pp. 249-261.
- López Latorre, V., Garrido, G., Rodríguez Díaz, F. J. & Paíno Quesada, S. G. (2002). Jóvenes y competencia social: Un programa de intervención. *Revista Psicothema*, (Supl), pp. 155-163.
- López López, M. J., Santín Vilariño, C., Torrico Linares, E. & Rodríguez González, J. M. (2003). Consumo de Sustancias Psicoactivas en una Muestra de Jóvenes Universitarios

- Consumption of Psychoactive Substances in a Sample of Undergraduate Students. *Psicología y Salud*, 13, pp. 5-17.
- López Mato, A. M., Herrero, P. & Comas, A. (2004). Impact of cigarette advertising on smoking behaviour in Spanish adolescents as measured using recognition of billboard advertising. *European Journal Publication of Health*.
- Lovato, C., Linn, G., Stead, L. F. & Best, A. (2003). Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviors. *Cochrane Database Systems Review*.
- Macía, D. (2000). *Las drogas: conocer y educar para prevenir* (6ª Ed.) Madrid: Pirámide.
- Mae Wood, C., Iruarrizaga, I., Cano Vindel, A. & Dongil, E. (2009). Ansiedad y Tabaco. *Psychosocial Intervention*, pp. 213-231.
- Marcelli, D. (1992). *Adolescencia y depresión: Un abordaje multifocal*. Barcelona: Masson.
- Mardomingo, M. J. (1994). Trastornos de ansiedad. En Mardomingo, M. J. (Eds.). *Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes* (pp. 281-314). Madrid: Díaz de Santos.
- Mardomingo, M. J. (1997). Depresión, agresividad y suicidio. En Mardomingo, M. J. (Eds.). *Estados depresivos en la adolescencia: Aportaciones para la práctica clínica* (pp. 47-54). Madrid: Smithkline Beecham.
- Mardomingo, M. J. (2004). Trastornos de ansiedad. El anhelo sin fin. En Mardomingo, M. J. (Eds.). *Psiquiatría para padres y educadores*. (2da. Ed.) (pp. 53-84). Madrid: Narcea.
- Markiewicz, D., Doyle, A. B. & Brendgen, M. (2001). The quality of adolescents friendships: associations with mothers interpersonal relationships, attachments to parents and friends, and prosocial behaviour. *Journal of Adolescence*, 24, pp. 429-445.
- Márquez, L. M. A. (2008). *Desordenes afectivos. Los últimos sean los primeros* (1ra. Ed.). PNIE 3, pp. 265-266. España: Sciens.
- Marsh, H. W. & Craven, R. (2006). Reciprocal effects of self-concept and performance from a multidimensional perspective: Beyond seductive pleasure and unidimensional perspectives. *Perspectives on Psychological Science*, 1, pp. 133-163.
- Martínez, R., Bourgeois, M. & Peyre, F. (1991). Estudio de la validación de la escala de depresión de Montgomery & Asberg. *Revista sobre Especialidad Neuropsiquiatría*, 11, pp. 9-14.
- Martínez Selva, J. M. (2005). *La psicología de la Mentira*. Barcelona: Paidós.
- Martino, S. C., Collins, R. L. & Ellickson, P. L. (2004). Substance use and Vulnerability to sexual and physical aggression: a longitudinal study of young adults. *Violence and Victims*, 19, pp. 521-540.
- Matesanz, A. (1997). *Evaluación estructurada de la personalidad*. Madrid: Pirámide.

- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (2012). *Personality in adulthood* (2nd. Ed.). New York: The Guildols Press.
- McCrae, R. R. & Sutin, A. R. (2009). Openness to Experience. En Leary, M. R. & Hoyle, R. H (Eds.). *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 257-273). New York: The Guildols Press.
- McMahon, S. D., Wernsman., J. & Parnes, A. L. (2006). Understanding prosocial behaviour: The impact of empathy and gender among African American adolescents. *Journal of Adolescent Health, 39*, pp, 135-137.
- Medina Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet. C. & Blanco, J. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. *Salud Mental, 26*, pp. 1-16.
- Meleddu, M. & Guicciardi, M. (1998). Self-knowledge and social desirability of personality traits. *European Journal of Personality, 12*, pp. 151-168.
- Messoulam, N. & Abal, F. (2005). Factores moduladores del consumo de drogas sociales en adolescentes buscadores de sensaciones. *Paper presented at the X Reunión de la Asociación Argentina del Comportamiento*, Bs.As. Argentina.
- Mezquita, L., Maestre, E., Mestre, H., Viñas, M., Moya, J. & Ortet, G. (2006). Relación entre personalidad y consumo de alcohol en adolescentes españoles y escoceses. *Jornades de Fomento de la Investigación*. España: Universitat Jaume I. Castellón.
- Migone de Faletty, R. & Moreno, J. E. (1991) Tennessee Self Concept Scale. Un estudio sobre la imagen de sí mismo en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria, Revista de Psicología y Ciencias Afines, 2*, pp. 169-183.
- Míguez, H. (2003). *Uso de tabaco en jóvenes: exposición y vulnerabilidad en el campo de las representaciones sociales*. Bs.As.: Programa M. S. y A. de la Nación.
- Millon, T. (1996). *Disorders of Personality*. New York: Wiley & Sons.
- Millon, T. & Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. & Davis, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Ministerio de Salud de la Nación (MSN). (2009). Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes en Argentina. *Resultados del 2007 y comparación con encuestas previas* Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

- Ministerio de Salud de la Nación (MSN). (2012). Encuesta Mundial de Tabaquismo de Jóvenes. *Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles*. Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación (MSN). (2014). Estudio Epidemiología en salud mental y adicciones. *Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Serie 5- Núm. 57*.
- Ministerio de Salud de la Nación (MSN). (2015). *Encuesta de Factores de Riesgo para Enfermedades no Trasmisibles (EFRET)*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. ISBN: 978-950-38-0218-2.
- Molander, I. & Lunell, E. (2001). Pharmacokinetics investigation of a nicotine sublingual tablet. *European Journal Clin Pharmacology, 11*, pp. 813-819.
- Monga, S., Birmaher, B., Chiappetta, L., Brent, D., Kaufman, J. & Bridge, J. (2000). Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED): Convergent and Divergent Validity. *Depression and Anxiety, 12*, pp. 85-91.
- Montaño Sinisterra, M., Palacios Cruz, J. & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina 3*.
- Monterzino, J. M. (2006). Prevalencia de Depresión en Adolescentes Escolarizados de la Localidad de la Cocha Tucumán argentina. *Revista de la Facultad de Medicina, Núm 2*.
- Montgomery, S. A. & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change (MADRS). *British Journal Psychiatry, 134*, pp. 382-389.
- Moodie, C., MacKintosh, A. M., Brown, A. & Hastings, G. (2008) Tobacco marketing awareness on youth smoking susceptibility and perceived prevalence before and after an advertising ban. *European Journal of Publication Health*.
- Morello, P., Duggan, A., Adger, H., Anthony, J. C. & Joffe, A. (2001). Tobacco Use among High School Students in Bs.As., Argentina. *American Journal Publication Health, 91*, pp. 219-224.
- Moreno Echavarría, J. M. (1973). *Vida y aventura del tabaco. Historia y vida*. (Núm. 68). Barcelona: Polemos.
- Morey, L. (2007). Personality Assessment Inventory-Adolescents. Florida: *Psychological Assessment Resources*.
- Morín, E. (1977). *La Méthode I. La Nature de la Nature*. París: Coll. Points.
- Morral, A. R., McCaffrey, D. F. & Paddock, S. M. (2002). Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction, 97*, pp. 1493-1504.
- Mottillo, S., Filion, K. B. & Bélisle, P. (2009). Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *European Heart Journal, 30*, pp. 718-730.

- Muñiz, J. & Fernández Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los *test*. *Papeles del Psicólogo*, 31, pp. 108-121.
- Murube, J., Murube, L. K. & Murube, A. (1999). Origin and Types of Emotional Tearing. *European Journal of Ophthalmology*, 9, pp. 77-84.
- Musitu, G., Jiménez, T. & Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública México*, 49, pp. 3-10.
- Muthén, B. O. & Kaplan, D. (1985). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38, pp. 171-189.
- Muthén, L. K. & Muthén, B. O. (2010). *Mplus user's guide* (6th. Ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Myers, K., McCauley, E. & Calderon, R. (1991) The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. *Journal Am Academy Children Adolescent Psychiatry*, 30, pp. 804-810.
- National Institute for Health and Care (NICE). (2013). Guidance. Tobacco: harm-reduction approaches to smoking. National Institute for Health and Care *Excellence*. <http://www.nice.org.uk/guidance/ph45>.
- National Institute for Public Health and the Environmental (NI.-RIVM). (2012). *Tobacco Additives Information for Professionals*. Bilthoven, the Netherlands.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2009). Anxiety Disorders. Department of Health and Service Humanes (US.HHS). *Publication SP*, pp. 3809-3879.
- Navarra, G. (2001). *Los trastornos de ansiedad son la consulta más frecuente*. En Diario La Nación. Obtenido el día 19 de noviembre de 2009.
- Navas Acien, A., Peruga, A., Breysse, P., Zavaleta, A. & Blanco Marquizo, R. (2002-2003). Secondhand tobacco smoke in public places in Latin America. *Journal American Medicine Association*, 291, pp. 2741-2755.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J., Boswell, J. F., Szkodny, L. E. & Nordberg, S. S. (2011). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotionfocused and interpersonal therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, pp. 171-181.
- Niebla, J. & Guzmán, L. (2007). Variables que inciden en el rendimiento académico de adolescentes mexicanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39.
- Observatorio Argentino de Drogas (OAD). (2013). *Informe epidemiológico sobre el consumo de tabaco en la Argentina*. Presidencia de la Nación.

- O'Connor, M. C. & Paunonen, S. V. (2007). Big Five personality predictors of post-secondary academic performance. *Personality and individual differences*, 43, pp. 971-990.
- Olivari, M. C. & Barra, A. E. (2005). Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia Psicológica. Sociedad Chilena de psicología clínica*, 10, pp. 5-11. (Santiago de Chile).
- Ollendick, T. H., Weist, M. D., Borden, C. & Greene, R. W. (1992). Sociometric status and academic, behavioural, and psychological adjustment: a five-year longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, pp. 80-87.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Salud Mental. *Nuevos desafíos nuevas esperanzas*. El informe sobre la salud en el mundo: Ginebra. Recuperado en: <http://www.who.int/whr/2001/es>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003a). Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. *Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders*: Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003b). *Informe sobre la salud en el mundo. Forjemos el futuro*. Catalogación la Biblioteca de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra/Brasilia.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Informe sobre la epidemia mundial del tabaquismo*. OMS WHO/NMH/PND/13.2. Disponible en [www.who.int/tobacco/](http://www.who.int/tobacco/)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1995) *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10) (10ma revisión)*. Washington, D.C.OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1998). La salud del adolescente y el joven. En La salud en las Américas. *Publicación científica*. (OPS/OMS, [pp.76-81]. Washington, DC).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2001). Plan de acción de desarrollo y salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas. DPPS. *Salud del Adolescente* (Washington, DC).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). La salud en las Américas. *Publicación Científica, No. 587*. (Washington, DC).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes. Una mirada integral* (Buenos. Aires).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes. *MSN, OPS y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades ([CDC] de EE.UU)*.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2014). *Mortalidad por Suicidio en las Américas. Informe Regional*. Washington D.C.
- Ortiz Crespo, R. (2007). *Aprender a escuchar. Cómo desarrollar la capacidad de escucha activa*. EE.UU: Lulu.
- Ortiz Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, B. & Sánchez, M. P. (2011). *Inventario de Evaluación de la Personalidad PAI*, sobre el original Morey (2007). Madrid: TEA.
- Ortiz, Y. & Rodríguez, J. M. (2009). Prevalencia y características del consumo de tabaco en adolescentes del Colegio Universitario Santiago de Cali. *Revista Facultad Medicina*, 57, pp. 89-99.
- Osorio, E. A., Ortega de Medina, N. M. & Pillon, S. C. (2004). Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 12, pp. 369-375.
- O'Toole, T. P. & Torabi, M. R. (2001). A Comparison of Personality Types Considering Tobacco Use. *American Journal of Health Studies*, 17, pp. 20-25.
- Pan American Health Organization (PAHO). (2007b). *Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the (PAHO/WHO)*. (Washington, DC).
- Pardo, G., Sandoval, A. & Umbarita, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, pp. 13-28.
- Patton, D., Barnes, G. E. & Murray, R. P. (1997). A Personality Typology of Smokers. *Addictive Behaviors*, 22, pp. 269-273.
- Paulhus, D. L. (1998b). *Manual of the Balanced Inventory of Desirable Responding*. Bufalo: Multi-Health Systems.
- Perea, J. M., Oña, S. & Ortiz, M. (2009). Diferencias de rasgos clínicos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y recaídas en tratamiento del tabaquismo. *Psicothema*, 21, pp. 39-44.
- Pérez, M. & Urquijo, S. (2001). Depresión en adolescentes. Relaciones con el desempeño académico. *Psicología Escolar Educativa*, 5, pp. 49-58.
- Perkins, H. W. (2002). Social norms and the prevention of alcohol misuse in collegiate contexts. *Journal Study Alcohol*, 63 (Supl. 14), pp. 164-172.
- Peto, R., Lopez, A., Boreham, J., Thun, M. & Heath, C. (1994). *Mortality from smoking in developed countries*. Reino Unido: Oxford University Press, pp. 1950-2000.
- Piasecki, M. (2000). Smoking, nicotine, and mood. En Piasecki, M. & Newhouse, P. A. (Eds.) *Nicotine in psychiatry*. Washington, DC: *American Psychiatric Press*, pp. 131-147.

- Picciotto, M. R., Brunzell, D. H. & Caldarone, B. J. (2002). Effect of nicotine and nicotinic receptors on anxiety and depression. *Neuro Report*, *13*, pp. 1097-1106.
- Pinilla, J. (2001). Efecto de la experiencia en el hábito tabáquico sobre la percepción de la sensibilidad a los precios de los cigarrillos en los jóvenes. *Gac Sanit*, *15* (Supl. 3):38.
- Piotrowski, C. & Gallant, N. (2009). Research use of clinical measures for anxiety in the recent psychological literature. *Journal of Instructional Psychology*, *36*, pp. 84-86.
- Presson, C., Chassin, L. & Sherman, S. (2002). Psychosocial antecedents of tobacco chipping. *Health Psychology*, *20*, pp. 384-392.
- Quentin, W., Neubauer, S., Leidl, R. & Konig, H. H. (2007) Advertising bans as a means of tobacco control policy: a systematic literature review of time-series analyses. *International Journal Publication Health*, *52*, pp. 295-307.
- Radliff, K. M., Wheaton, J. E., Robinson, K. & Morris, J. (2012). Illuminating the relationship between bullying and substance use among middle and high school youth. *Addictive Behaviors*, *37*, pp. 569-572.
- Ramos Brieva, J. A. & Cordero, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurology Psychiatric*, pp. 324-334.
- Raw, M., Anderson, P. & Batra, A. (2002) WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. *Tobacco Control*, *11*, pp. 44-46.
- Reinherz, H. Z., Giacony, R. M., Lefkowitz, E. S., Pakiz, B. & Frost, A. K. (1993). Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *32*, pp. 369-377.
- Reiss, S. & McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. In Reiss, S. & Bootzin, R. R. (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121). New York: Academic Press.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour research an therapy*, *24*, pp. 1-8.
- Rice, F., Harol, G., Shelton, K. & Thapar, A. (2006). Family Conflict Interacts With Genetic Liability in Predicting Childhood and Adolescent Depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* *1*, pp. 65-78.
- Ríos, S. A. (2009). *El pánico es más rápido que el virus*. En Diario La Nación. Obtenido el día 19 de noviembre de 2009, de [http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota\\_id=1141410](http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1141410).
- Rivero, C. (2000). *Un Enfoque sobre la Depresión en la Adolescencia*. Geosalud.
- Rodríguez, A. & Torrente, G. (2003). Interacción familiar y conducta antisocial. *Boletín de Psicología*, *78*, pp. 7-19.

- Rodríguez López, J. A., González Ordi, H., Cano Vindel, A. & Iruarrizaga Díez, I. (2007). Ansiedad en drogodependientes: Diferencias existentes en función del programa de tratamiento. *Ansiedad y Estrés*, 13, pp. 241-252.
- Rodríguez, M. & Santamaría, J. (2007). Semejanzas y diferencias entre la dependencia de nicotina y el resto de las dependencias. *Trastornos adictivos*, 9, pp. 39-45.
- Rodríguez, V. S. & Oliveira da Silva, M. (2010). Habilidades sociales y ansiedad social en fumadores y no fumadores. *Psicología Conductual*, 18.1, pp. 183-195. (Madrid).
- Rojtenberg, S. (2001). *Depresiones y Antidepresivos: de la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra*. Bs.As.: Médica Panamericana.
- Romero Acosta, K., Canals, J., Hernández Martínez, C., Jané Balladriga, M. C., Viñas, F & Doménech Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22, pp.613-618.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, p. 141.
- Rudolph, K. D. & Flynn, M. (2007). Childhood adversity and youth depression: Influence of gender and pubertal status. *Developing Psychopathology Spring*, 19, pp. 497-521.
- Ruiz Sancho, A. M. & Lago Pita, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEP ap. (Eds.) *Curso de Actualización Pediatría* (pp. 265-280). Madrid: Exlibris.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal Orthopsychiatr*, 57. pp. 316-331.
- Saffer, H. (2004) Tobacco Advertising and Promotion. In Jha, P. & Chaloupka, F. (Eds). *Tobacco Control in Developing Countries* (p. 224). New York: Oxford University Press.
- Salica, D. (2009). Consenso SIBOMM. Consenso Iberoamericano de osteoporosis. Osteoporosis: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Argentina Osteología*, 9, pp. 6-44.
- Samet, J. M. & Yoon, S. (2001). *Women and the Tobacco Epidemic: Challenges for the 21st Century* (pp. 17-45). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Sánchez Serrano, M. A., Villamil Hernández, E., Mazorco Salas, J. E., García Castro, S. & Lozano Sapudio, L. (2014). Revisión conceptual de los sustratos neuropsicológicos y psicológicos asociados a la conducta violenta humana. *Neuropsicología Latinoamericana SLAN*.
- Schmidt, V., Messoulam, N., Abal, F. & Molina, M. F. (2004). Consumo de alcohol en adolescentes. Su relación con factores familiares y escolares. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Bs.As*, 11, pp. 359-369.

- Scoppetta, O. & Velásquez, J. C. (2001). Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carreras técnicas y tecnológicas de Santa Fe de Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 3, pp. 74-88.
- Secretaría de Programación para la prevención de la drogadicción y lucha contra el narcotráfico (SEDRONAR). (1999). *Primer estudio nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la República Argentina*. OAD.
- Seligman, M. E. P. (2002). *La auténtica felicidad*. México: Ediciones B.
- Serfaty, E. M., Andrade, J., D'Aquila, H., Masautis, A. E. & Foglia, L. V. (1995). Depresión y factores de riesgo en Bs.As. *Acta Psiquiátrica psicol Am lat*, 41, pp. 35-39.
- Serfaty, E. M., Zavala, G., Masaútis, A. E. & Foglia, L. V. (2001). Trastornos de Ansiedad en Adolescentes. *Revista Argentina de Trastornos de Ansiedad*, 5, pp. 8-22.
- Shiffman, S. & Paty, J. (2006). Smoking Patterns and dependence: contrasting chippers and heavy smokers. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, pp. 509-523.
- Siafakas, N. M., Verriere, P., Pride, N. B., Paoletti, P., Gibson, J. & Howard, P. (1995). Optimal assessment and management of COPD. *European Respir Journal*, 8, pp.1398-1420.
- Skinner, M. D., Aubin, H. J. & Berlin, I. (2004). Impulsivity in smoking, nonsmoking, and ex-smoking alcoholics. *Addictive Behaviour*, 29, pp. 973-978.
- Sobradie, N. & García Vicent, V. (2007). Consumo de tabaco y patología Psiquiátrica. *Trastornos adictivos*, 9, pp. 31-38.
- Sonntag, H., Wittchen, H. U., Hofler, M., Kessler, R. C. & Stein, M. B. (2000). Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *European Psychiatry*, 15, pp. 67-74.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.
- Spielberger, C. D., Pollans, C. H. & Wordan, T. J. (1984). Anxiety disorders. In: Turner, S. M & Hersen, M. (Eds.), *Adults psychopathology and diagnosis* (pp. 263-303). New York: John Wiley and Sons.
- Spinella, M. (2005). Compulsive Behavior in Tobacco Users. *Addictive Behaviors*, 30, pp. 183-186.
- Stead, L. F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D. & Lancaster, T. (2008) Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Systems Review*, 23: CD000146.
- Stenkamp, J. B. E. M., De Jong, M. G. & Baumgartner, H. (2010). Socially Desirable Response Tendencies in Survey Research. *Journal of Marketing Research*, 47, pp. 199-214.

- Stein, J. A., Newcomb, M. D. & Bentler, P.M. (1996). Initiation and maintenance of tobacco smoking: changing personality correlates in adolescence and young adulthood. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, pp. 160-187
- Steliga, M. A. & Dresler, C. M. (2011). Epidemiology of lung cancer: smoking, secondhand smoke, and genetics. *Surgical Oncology Clinics of North America*, 20, p. 605.
- Stepney, R. (1980) S. Behaviour. A psychology of the cigarette hábil. *Journal Dissertation Chest*, 7, pp. 325-344.
- Stöber, J. (2001). The Social Desirability Scale-17 (SDS-17). Convergent Validity, Discriminant Validity, and Relationship with Age. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, pp. 222-232.
- Sutin, A. R., Terracciano, A., Ferrucci, L. & Costa, P. T. (2010) Teeth Grinding: is emotional stability related to bruxism? *Journal Res Pers*, 44, pp. 402-405.
- Szymańska, K., Hung, R. J., Wunsch Filho, V., Eluf Neto, J., Curado, M. P., Koifman, S., Matos, E., Menezes, A., Fernández, L., Daudt, A. W., Boffetta, P. & Brennan, P. (2011). Alcohol and tobacco, and the risk of cancers of the upper aerodigestive tract in Latin America: a case-control study. *Cancer Causes Control*, 22, pp. 1037-1046.
- Tambussi, A., Schoj, V., Perel, P., Zabert, G. & Ortiz, Z. (2001). Revisión sistemática de estudios de prevalencia de tabaquismo en Argentina: Su utilidad para la vigilancia. *Programa VIGIA, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina*.
- Taylor, J. A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, pp. 285-290.
- Taylor, L. & Ingram, R. E. (1999). Cognitive reactivity and depressotypic information processing in children of depressed mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, pp. 202-210.
- Tett, R. P., Jackson, D. N. & Rothstein, M. (1991). Personality measures as predictors of job. Performance: a meta-analytic review. *Personnel Psychology*, pp. 703-742.
- Tharp Taylor, S., Haviland, A. & D'Amico, E. J. (2009).Victimization from mental and physical bullying and substance use in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 34, pp. 561-567.
- The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group (2002). Tobacco use among youth: A cross country comparison. *Tobacco Control*, 11, pp. 252-270.
- Tobacco Products Scientific Advisory Committe (TPSAC) (2011). Menthol Cigarettes and Public Health: *Review of the Scientific Evidence and Recommendations*.
- Tomar, S. L. (2007). Epidemiologic perspectives on smokeless tobacco marketing and population harm. *American Journal Preventive Medical*, 33 (Supl. 6), pp. 387-397.

- Tønnesen, P., Mikkelsen, K. & Bremann, L. (2008). Smoking cessation with smokeless tobacco and group therapy: an open, randomized, controlled trial. *Nicotine Tobacco Res*, 10, pp. 1365-1372.
- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, pp. 590-596.
- Toro, R. & Yepes, L. (1998). *Fundamentos de Medicina: Psiquiátrica. Corporación para Investigaciones Biológicas*. Medellín, Colombia.
- Tovar Guzmán, V. J. & López Antuñano, F. J. (2000). Fumadores involuntarios: Exposición pasiva al humo de tabaco en el ambiente. *Revista Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos*, 4, pp. 233-239.
- Tredaniel, J., Boffetta, P., Buiatti, E., Saracci, R. & Hirsch, A. (1997). Tobacco smoking and gastric cancer: review and meta analysis. *International Journal Cancer*, pp. 565-573.
- Trehy, M. L., Ye, W. & Hadwiger, M. E. (2011). Analysis of electronic cigarette cartridges, refill solutions, and smoke for nicotine and nicotine related impurities. *Journal Liq Chromatogr Relat Technol*, 34, pp. 1442-1458.
- Trinidad, D., Unger, J., Chouc, C., Azen, S. & John Jon, C. (2004). Emotional intelligence and smoking Risk Factors in Adolescent Interventions on Smoking. *Journal of Adolescents Health*, 34, pp. 46-51.
- Upadhyaya, H. P., Deas, D., Brady, K. T. & Kruesi, M. (2002). Cigarette smoking and Psychiatric comorbidity in children and adolescents. *Journal American Academy Children Adolescent Psychiatry*, 41, pp. 1294-1305.
- US. Centers for Disease Control and Prevention (US.CDC). (2011 and 2012). *Tobacco product use among middle and high school students*, 62, pp. 893-897. EE.UU.
- US. Department of Health and Human Services. (US.HHS). (1980). The Health Consequences of Smoking for Women. A Report of the Surgeon General. Washington: *U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. US.HHS Publication (CDC) 84-8489*.
- US. Department of Health and Human Services (US.HHS). (1982). The Health Consequences of Smoking: Cancer. A Report of the Surgeon General. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Office on Smoking and Health, US.HHS. *Publication (PHS) 82-50179*.
- US. Department of Health and Human Services (US.HHS). (1996). Physical activity and health: a report of the surgeon general. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services. *Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic MMWR*, 45, pp. 591-602.

- US. Department of Health and Human Services (US.HHS). (2014). The health consequences of smoking. 50 years of progress. Atlanta, GA: *US Department of Health and Human Services, CDC*.
- US. Environmental Protection Agency (US.EPA). (1993). Respiratory Health Effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. *National Institutes of Health. Publication*, 93-3532.
- Vaiman, M. & Pereno, G. (2014). Estudios preliminares de la validación del inventario Ansiedad Estado/Rasgo en adultos mayores de la ciudad de Córdoba. *Poster presentado en el VI Congreso Marplatense de Psicología, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina*.
- Vander Veen, J. W., Cohen, L. M., Cukrowicz, K. C. & Trotter, D. R. M. (2008). The role of impulsivity on smoking maintenance. *Nicotine Tobacco Research*, 10, pp. 1397-1404.
- van Leeuwen, A. P., Verhulst, F. C., Reijneveld, S. A., Vollebergh, W. A., Ormel, J. & Huizink, A. C. (2011). Can the gateway hypothesis, the common liability model and/or, the route of administration model predict initiation of cannabis use during adolescence? A survival analysis-The Trails study. *Journal of Adolescent Health*, 48, pp. 73-78.
- Vera Villarroel, P. E., Celis Atenas, K., Córdova Rubio, N., Buena Casal, G. & Spielberger, C. D. (2007). Preliminary analysis and normative data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in adolescents and adults of Santiago, Chile. *Terapia Psicológica, diciembre*, pp.155-162.
- Vera Villarroel, P. E. & Buena Casal, G. (1999). Psiconeuroinmunología: relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista Latinoamericana de Psicología, núm. 2*, pp. 271-289 (Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia).
- Vermetten, Y. J., Lodewijks, H. G. & Vermunt, J. D. (2001). The role of personality traits and goal orientations in strategy use. *Contemporary Educational Psychology*, 26, pp. 149-170.
- Verra, F. B. & Kaplan, J. (2004). Impacto de una Intervención para Reducir el Tabaquismo Pasivo en Niños Expuestos. *Arch Bronconeumonol*, 40 (Supl. 4), p. 16.
- Videberch, P. (2000). PET; Measurement of brain glucose metabolism and blood flow in major depressive disorder; a critical review. *Acta Psychiatry Scan*, pp. 11-20.
- Villatoro, J., Andrade, P., Fleiz, C., Medina Mora, M., Reyes, I. & Rivera, E. (1997). La relación padres-hijos: Una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *SM 20*, pp. 21-27.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. & Moreno San Pedro, E. (2007). *Revista Colombiana de Psicología*, pp. 139-146 (Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia).

- Vineis, P., Alavanja, M., Buffeler, P., Fontham, E. & Franceschi, S. (2004). Tobacco and cancer: Recent epidemiological Evidence. *Journal Natl Cancer Inst*, 96, pp. 99-106.
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P. & Greenwald, S. (1999). Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 281, pp. 1701-1713.
- Weiss, R. (1974) *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Wentzel, K. R., Barry, C. M. & Caldwell, K. A. (2004). Friendships in middle school: influences on motivation and school adjustment. *Journal of Educational Psychology*, 96, pp. 195-203.
- West, R., Hajek, I., Nilson, F., Fould, J., May, S. & Meadows, A. (2001). Individual differences in preferences for and responses to four nicotine replacement products. *Psychopharmacology (Berl)*, 153, pp. 225-230.
- West, R. & Hajek, P. (1997). What happens to anxiety levels on giving up smoking? *American Journal of Psychiatry*, 154, pp. 1589-1592.
- White, D., Kelly, S., Huang, W. & Charlton, A. (1996). Cigarette advertising and the onset of smoking in children: questionnaire survey. *British Journal of Medicine*, 313, pp. 397-399.
- Wilens, T. E., Spencer, T. J. & Biederman, J. (2003). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con trastornos relacionados con sustancias. En Brown, T. E. *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos* (pp. 319-333). México: Masson.
- Wills, T. A. & Dishion, T. J. (2004). Temperament and adolescent substance use: A transactional analysis of emerging self-control. *Journal of Clinical. Children and Adolescent Psychology*, 33, pp. 69-81.
- Wills, T. A., Sandy, J. M., Shinar, O. & Yaeger, A. (1999). Contributions of positive and negative affect to adolescent substance use: test of a bi-dimensional model in a longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, pp. 327-338.
- Wills, T. A., Walker, C., Mendoza, D. & Anette, M. G. (2006). Behavioral and emotional self-control: Relations to substance use in samples of middle and high school students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, pp. 265-278.
- Wilt, J. & Revelle, W. (2009). Extraversión. En Leary, M. & Hoyle, R. (Eds.). *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 257-273). Nueva York: The Guilford Press.
- Wolfe, F. (2000). The effect of smoking on clinical, laboratory, and radiographic status in rheumatoid arthritis. *Journal Rheumatology*, pp. 630-637.

- Wood, A. M., Froh, J. J. & Geraghty, A. W. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30, pp. 890-905.
- World Bank (WB). Curbing the epidemic. (1999). Governments and the economics of tobacco control. *World Bank Publications*, p. 80.
- World Health Organization (WHO). (2008a). *Report on the Global Tobacco Epidemic: The mpower package*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2008b). Suicide prevention and special programmes. *National Health. Geneva, Switzerland: Programs WHO*.
- Xing, X. Y., Tao, F. B. & Hao, J. H. (2010). Family factors associated with suicide attempts among chinese adolescent students. N cross-sectional survey. *Journal of Adolescent Health*, 46, pp. 592-599.
- Yáñez, A., López, R., Serra Batlles, J., Roger, N., Arnau, A. & Roura, P. (2006). Consumo de tabaco en adolescentes. Estudio poblacional sobre las influencias parentales y escolares. *Archivos de bronconeumología*, 42, pp. 21-24.
- Yatsuya, H. & Folsom, A. R. (2010). Risk of incident cardiovascular disease among users of smokeless tobacco in the Atherosclerosis Risk in Communities study. *American Journal Epidemiology*, 172, pp. 600-605.
- Zieher, L. M. & Guelman, L. R. (2005). Bases neurobiológicas de la adicción a la nicotina. *Psicofarmacología*, pp. 5-30.
- Zuckerman, M. & Kuhlman, D. M. (2000). Personality and risk-taking: Common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68, pp. 999-1029.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., Thornquist, M. & Henk, K. (1991). Five (or three) robust questionnaire scale factors of personality without culture (ZKPQ). *Personality and Individual Differences*, 12, p. 929.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., Oeltmann, J. E. & Drane, W. J. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescent substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29, pp. 279-288.
- Zvolensky, M. J., Kotov, R., Bonn Miller, M. O., Schmidt, N. B. & Antipova, A. V. (2008). Anxiety sensitivity as a moderator of association between smoking status and panic-related processes in a representative sample of adults. *Journal Psychiatry Research*, 42, pp. 69-77.

***CONOZCA TODAS LAS TEORÍAS. DOMINE TODAS LAS TÉCNICAS, PERO AL  
TOCAR UN ALMA HUMANA SEA APENAS OTRA ALMA HUMANA.***

**CARL G. JUNG**

## ABREVIATURAS

- A.-** Amabilidad
- AE.-** Apertura a la Experiencia
- AEdo.-** Ansiedad/ Estado
- ANOVA/s.-** Análisis de varianza/s
- APA.-** Asociación de Psicólogos Americanos
- Aprox.-** Aproximadamente
- AR.-** Ansiedad/ Rasgo
- BAI.-** Escala de Ansiedad de Beck
- BDI-II.-** Inventario de Depresión de Beck
- BFI.-** El Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad
- Bs. As.-** Buenos Aires
- CABA.-** Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- CE.-** Cigarrillo electrónico
- CMCT.-** Convenio Marco para el Control de Tabaco
- DS.-** Deseabilidad Social
- DSM.-** Guía de Consulta de Criterios Diagnósticos
- E.-** Extroversión
- EFRET.-** Encuesta de Factores de Riesgo para Enfermedades no Trasmisibles
- EPOC.-** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- FDA.-** Food and Drug Administration
- HH. SS.-** Habilidades Sociales
- Mg.-** Miligramos
- Min.-** Minutos
- MSN.-** Ministerio de Salud de la Nación
- N.-** Neurotisisismo
- NIMH.-** Instituto Nacional de Salud Mental
- NSE.-** Nivel Socioeconómico
- Núm.-** Número
- OMS.-** Organización Mundial de la Salud
- OPS.-** Organización Panamericana de la Salud
- PM.-** Programas Multicomponentes
- R.-** Responsabilidad

**Seg.-** Segundos

**SA.-** Sensibilidad a la Ansiedad

**SEDRONAR.-** Secretaria de Programación para la Prevención de la drogadicción y lucha contra el Narcotráfico

**SNC.-** Sistema Nerviosos Central

**STAI.-** Cuestionario de Ansiedad Estado/ Rasgo

**Supl.-** Suplemento

**TA.-** Trastorno de Ansiedad

**TD.-** Trastorno Depresivo

**TDM.-** Trastorno Depresivo Mayor

**TRN.-** Terapia de Reemplazo Nicotínico

**US.EPA.-** Environmental Protection Agency

**US.HHS.-** U.S. Department of Health and Human Services

**Vol.-** Volumen

**WB.-** Banco Mundial

**WHO.-** Organización Mundial de la Salud

# **PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Nº de protocolo

El proyecto "FACTORES RELACIONADOS AL CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES" tiene como **objetivo** estudiar, conocer y medir los factores de riesgo en adolescentes entre 13 y 18 años escolarizados de enseñanza media en la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES que se relacionan con el consumo de tabaco.

Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi carácter de (vínculo) \_\_\_\_\_ del/a menor \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que participe del proyecto de investigación: "FACTORES RELACIONADOS AL CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES" a cargo del Lic. ALEJANDRO IANTORNO. Al firmar este consentimiento acepto de manera voluntaria que \_\_\_\_\_ participe en esta investigación.

Se me informó:

- Sobre los procedimientos y propósitos de la investigación pudiendo esa información ser ampliada una vez concluida mi participación.
- Que en cualquier momento el/la menor \_\_\_\_\_ puede desistir de participar, revocando este consentimiento y dejando sin efecto la presente manifestación de voluntad.
- Que se resguardará su identidad como participante y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la **confidencialidad** de sus datos personales, como así también los míos y de cualquier otra información que brinde.

Dejo constancia de haber comprendido que no se me brindará ni a mi ni al menor \_\_\_\_\_ una devolución individual y presto plena conformidad a su colaboración.

Firma:  _____
Aclaración:
DNI N°:
Fecha:

Nº de protocolo

---

Fecha

Sexo  Mujer  Varón

Edad (años)  13  14  15  16  17  18

Nivel socioeconómico  Bajo  Medio-bajo  Medio  Medio-alto  Alto

Aquí tiene un listado de características que usualmente se utilizan para describir a las personas. Deberá indicar en qué medida la frase lo/la describe adecuadamente. Si está completamente de acuerdo con la frase marque con una cruz en la columna **MUY DE ACUERDO**. Si está en completo desacuerdo con la frase coloque una cruz en la columna **MUY EN DESACUERDO**. Si no está ni en **ACUERDO** ni en **DESACUERDO** coloque una cruz en la columna correspondiente. Recuerde que tiene opciones intermedias.

<b>Yo me veo a mí mismo/a como alguien.....</b>	<b>MUY EN DESACUERDO</b>	<b>EN PARTE EN DESACUERDO</b>	<b>NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO</b>	<b>EN PARTE DE ACUERDO</b>	<b>MUY DE ACUERDO</b>
1- A quien le gusta hablar					
2- Que tiende siempre a encontrar fallas en los demás					
3- Que tiene capacidad para finalizar una tarea					
4- Que es depresivo/a o triste					
5- Que es original y a quien se le ocurren nuevas ideas					
6- Que es reservado/a					
7- Que ayuda a los demás y no es egoísta					
8- Que puede ser un poco descuidado/a					
9- Que es relajado/a y que maneja bien los problemas					
10- Que es curioso/a respecto de las cosas					
11- Que está lleno/a de energía					
12- Que empieza peleas con los demás					
13- Que es un/a trabajador/a confiable					
14- Que puede ser tenso/a					
15- Que es ingenioso/a					
16- Que siempre genera mucho entusiasmo					
17- Que tiene una naturaleza por la cual puede perdonar					
18- Que tiende a ser desorganizado/a					
19- Que se preocupa mucho por todo					
20- Que tiene una imaginación muy activa					
21- Que tiende a ser callado/a					
22- Que generalmente es muy confiable					

REVISÁ QUE ESTÉ TODO COMPLETO Y PASÁ A LA PÁGINA SIGUIENTE → ↴

<b>Yo me veo a mí mismo/a como alguien.....</b>	<b>MUY EN DESACUERDO</b>	<b>EN PARTE EN DESACUERDO</b>	<b>NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO</b>	<b>EN PARTE DE ACUERDO</b>	<b>MUY DE ACUERDO</b>
23- Que tiende a ser perezoso/a					
24- Que es emocionalmente estable y no se altera fácilmente					
25- Que es imaginativo/a					
26- Que tiene una personalidad asertiva					
27- Que puede ser frío/a y distante					
28- Que persevera hasta que las tareas están terminadas					
29- Que puede tener alteraciones en los estados de ánimo					
30- Que tiene valores artísticos y disfruta de las experiencias de la vida					
31- Que a veces es tímido/a e inhibido/a					
32- Que es muy considerado/a y amable con los demás					
33- Que hace las cosas de modo eficiente					
34- Que permanece calmado/a en situaciones tensas					
35- Que prefiere el trabajo rutinario					
36- Que es sociable					
37- Que a veces puede tratar mal a los demás					
38- Que puede fijarse metas y seguirlas					
39- Que se pone nervioso/a fácilmente					
40- A quien le gusta pensar y reflexionar					
41- Que tiene pocos intereses artísticos					
42- A quien le gusta cooperar con los demás					
43- Que se distrae fácilmente					
44- Que tiene gustos sofisticados en arte, música o literatura					

Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí mismos. Lea cada frase y coloque una cruz en el casillero que indique cómo se siente **EN ESTE MOMENTO**. No hay contestaciones buenas o malas. No utilice mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa **SUS SENTIMIENTOS AHORA**.

<b>FORMA Y-I</b>	<b>NADA</b>	<b>UN POCO</b>	<b>BASTANTE</b>	<b>MUCHO</b>
1- Me siento calmado/a				
2- Me siento seguro/a				
3- Estoy tenso/a				
4- Me siento disgustado/a				
5- Me siento cómodo/a con mi estado actual				
6- Me siento alterado/a				
7- En este momento estoy preocupado por algún posible problema				
8- Me siento satisfecho/a				
9- Me siento asustado/a				
10- Me siento cómodo/a				
11- Tengo confianza en mí mismo/a				

REVISÁ QUE ESTÉ TODO COMPLETO Y PASÁ A LA PÁGINA SIGUIENTE → 2

FORMA Y-I	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
12- Me siento nervioso/a				
13- Me siento agitado/a				
14- Me siento indeciso/a				
15- Me siento tranquilo/a				
16- Me siento "a gusto"				
17- Estoy preocupado/a				
18- Me siento aturdido/a				
19- Me siento equilibrado/a				
20- Me siento bien				

Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí mismos. Lea cada frase y coloque una cruz en el casillero que indique cómo se siente *GENERALMENTE*. No hay contestaciones buenas o malas. No utilice mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa *CÓMO SE SIENTE GENERALMENTE*

FORMA Y-II	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
21- Me siento bien				
22- Me siento nervioso/a				
23- Me siento "a gusto" conmigo mismo/a				
24- Quisiera ser tan feliz como otros/as parecen serlo				
25- Siento que fallo				
26- Me siento descansado/a				
27- Soy una persona tranquilo/a, sereno/a y calmado/a				
28- Siento que las dificultades se amontonan y no las puedo superar				
29- Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30- Soy feliz				
31- Tengo malos pensamientos				
32- Me falta confianza en mí mismo/a				
33- Me siento seguro/a				
34- Puedo decidirme rápidamente				
35- Me siento fuera de lugar				
36- Me siento satisfecho/a				
37- Algunas cosas poco importantes ocupan mi cabeza y me molestan				
38- Los engaños me afectan tanto que no me los puedo sacar de la cabeza				
39- Soy una persona estable				
40- Cuando pienso en las cosas que tengo entre manos me pongo nervioso/a y tenso/a				

Este cuestionario consiste en 21 grupos de enunciados. Por favor lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas 2 semanas, incluyendo el día de hoy. Rodee con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque con el círculo el número más elevado para ese grupo. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambio en los hábitos del sueño) o el ítem 18 (cambios en el apetito).

- 1- Tristeza**
- 0 No me siento triste
  - 1 Me siento triste gran parte del tiempo
  - 2 Estoy triste todo el tiempo
  - 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

- 6- Sentimientos de castigo**
- 0 No siento que estoy siendo castigado/a
  - 1 Siento que tal vez pueda ser castigado/a
  - 2 Espero ser castigado/a
  - 3 Siento que estoy siendo castigado/a

- 2- Pesimismo**
- 0 No estoy desalentado/a respecto de mi futuro
  - 1 Me siento más desalentado/a respecto de mi futuro de lo que solía estarlo
  - 2 No espero que las cosas funcionen para mí
  - 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar

- 7- Disconformidad con uno mismo**
- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre
  - 1 He perdido la confianza en mí mismo/a
  - 2 Estoy decepcionado conmigo mismo/a
  - 3 No me gusto a mí mismo/a

- 3- Fracaso**
- 0 No me siento como un fracasado/a
  - 1 He fracasado más de lo que hubiera debido
  - 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
  - 3 Siento que como persona soy un fracaso total

- 8- Autocrítica**
- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
  - 1 Estoy más crítico/a conmigo mismo/a de lo que solía estarlo
  - 2 Me critico a mí mismo/a por todos mis errores
  - 3 Me culpo a mí mismo/a por todo lo malo que sucede

- 4- Pérdida de Placer**
- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
  - 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
  - 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar
  - 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar

- 9- Pensamientos o deseos suicidas**
- 0 No tengo ningún pensamiento respecto de matarme
  - 1 He tenido pensamientos respecto de matarme, pero no lo haría
  - 2 Querría matarme
  - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

- 5- Sentimientos de culpa**
- 0 No me siento particularmente culpable
  - 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
  - 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
  - 3 Me siento culpable todo el tiempo

- 10- Llanto**
- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo
  - 1 Llora más de lo que solía hacerlo
  - 2 Llora por cualquier pequeñez
  - 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo

REVISÁ QUE ESTÉ TODO COMPLETO Y PASÁ A LA PÁGINA SIGUIENTE → 4

**11- Agitación**

- 0 No estoy más inquieto/a o tenso/a que lo habitual
- 1 Me siento más inquieto/a o tenso/a que lo habitual
- 2 Estoy tan inquieto/a o agitado/a que me es difícil quedarme quieto/a
- 3 Estoy tan inquieto/a o agitado/a que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

**17- Irritabilidad**

- 0 No estoy más irritable que lo habitual
- 1 Estoy más irritable que lo habitual
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual
- 3 Estoy irritable todo el tiempo

**12- Pérdida de interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas
- 1 Estoy menos interesado/a que antes en otras personas o cosas
- 2 He perdido casi todo interés en otras personas o cosas
- 3 Me es difícil interesarme por algo

**18- Cambios en el apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a No tengo apetito en absoluto
- 3b Quiero comer todo el tiempo

**13- Indecisión**

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión

**19- Dificultad de concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada

**14- Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso/a
- 1 No me considero a mí mismo/a tan valioso/a y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso/a cuando me comparo con otros/as
- 3 Siento que no valgo nada

**20- Cansancio o fatiga**

- 0 No estoy más cansado/a o fatigado/a que lo habitual
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo usual
- 2 Estoy demasiado fatigado/a o cansado/a para hacer muchas cosas de las que solía hacer
- 3 Estoy demasiado fatigado/a o cansado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

**15- Pérdida de energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada

**21- Pérdida de interés en el sexo**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado/a en el sexo de lo que solía estarlo
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado/a en el sexo
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo

**16- Cambios en los hábitos del sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
- 1a Duermo un poco más de lo habitual
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual
- 2a Duermo mucho más que lo habitual
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a Duermo la mayor parte del día
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

A continuación encontrarás ocho afirmaciones sobre actitudes que pueden tener las personas. Marcá con una X en SI o NO de acuerdo a si te parece que lo que dice la afirmación es parecido a como sos VOS o no lo es. No hay respuestas correctas o equivocadas.

	SI	NO
1. Siempre escucho con atención cuando alguien me habla		
2. Me molesta un poco cuando no están de acuerdo conmigo		
3. Siempre estoy dispuesto/a a admitir cuando cometo un error		
4. Me molesto un poco cuando me piden favores a cada rato		
5. Siempre dejo mis cosas ordenadas		
6. Me da un poquito de envidia cuando alguien tiene mucha suerte.		
7. Siempre hago todo lo que mis padres me piden		
8. Alguna vez me hice como el/la que entendía algo, cuando en realidad no entendía nada.		

**Finalmente te hacemos algunas preguntas sobre tabaquismo.** Marcá con una cruz la opción que corresponda de acuerdo a tu experiencia y opiniones.

- 1- ¿Alguna vez probaste un cigarrillo, aunque sea una o dos pitadas?  SI  
 NO → Si tu respuesta es **NO**, saltá a la pregunta 7 contestándola, al igual que las preguntas 8, 9, 10, 11 y 12.
- 2- ¿Qué edad tenías cuando probaste por primera vez un cigarrillo?  
 10 años o menos  
 11 a 15 años  
 16 a 17 años  
 18 a 19 años
- 3- ¿Fumaste por lo menos 100 cigarrillos (5 paquetes) en toda tu vida?  SI  
 NO
- 4- ¿Cuántos cigarrillos fumas por día aproximadamente: Cantidad: \_\_\_\_\_
- 5- En qué circunstancias fumás [podés marcar más de una opción].  
 Solo/a.  
 Con amigos/as.  
 En familia.  
 Reuniones sociales o salidas.  
 Otros [especificá] : \_\_\_\_\_
- 6- ¿Por qué comenzaste a fumar? [podés marcar más de una opción].  
 Por curiosidad.  
 Por imitar a otros/as.  
 Porque mi mejor amigo/a fuma.  
 Porque fuman en mi hogar.
- 7- ¿Te molesta el humo del cigarrillo?  SI  
 NO
- 8- ¿Las personas que fuman pueden contraer enfermedades por consumir tabaco?  SI  
 NO

m

9- ¿La exposición al humo de cigarrillo puede traer aparejado enfermedades para aquellos que no fuman?

- SI
- NO

10- ¿En tu opinión fumar cigarrillos es:

- Un hábito.
- Una adicción.
- Ambas.
- Ninguna.
- No sé.

11- ¿Alguna vez recibiste información sobre el Tabaquismo?  SI

NO

12- ¿Cuántos de tus amigos/as fuman?

- Ninguno/a
- Menos de la mitad
- La mitad
- Más de la mitad
- Todos/as

