

I. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El hábito de fumar cigarrillos sigue siendo uno de los problemas de salud pública más importantes en el mundo, considerando, por una parte, el alto nivel de consumo y, por otra, sus consecuencias médicas. Como resultado de extensas campañas de prevención, los países desarrollados han logrado disminuir el consumo de tabaco, cabe indicar que esto no ocurre así en los países en vías de desarrollo. Las personas que fuman cigarrillos lo hacen de diferentes formas, sin importar el método que se use para fumar; es preciso aclarar que todos los productos de tabaco contienen la droga nicotina, la misma que es altamente adictiva y, en cantidad, mortal.

El hábito de fumar cigarrillos ha sido el método más popular de consumo de nicotina desde comienzos del siglo XX. Según la Organización Mundial de la Salud, *“el tabaco causa la muerte de siete millones de personas anualmente, de las cuales seis millones por consumo de tabaco y un millón por exposición al humo ajeno o tabaquismo secundario, del cual casi el 80% de los fumadores vive en la actualidad en países en vías de desarrollo”*. (OMS, 2017:3).

Fumar provoca consecuencias negativas en la salud física y mental, desde los años setenta, ha quedado establecida la relación entre fumar y distintas enfermedades como ser cáncer de pulmón, cardiopatía, entre otras. Sin embargo, *“en los últimos años también se ha encontrado una importante relación entre el consumo de tabaco y distintos trastornos relacionados con la salud mental, especialmente depresión y ansiedad”*, indicó Elisardo Becoña y María Carmen Míguez (2004:99).

Por todos estos antecedentes es que esta investigación pretende abordar el tema del perfil psicológico y social de los adictos al consumo de tabaco en la ciudad de Tarija. Se entiende por perfil psicológico al *“conjunto de características que reúne un ser*

humano y que determinan su carácter, sus actitudes, aptitudes y determinados comportamientos frente a una situación particular o ante la sociedad como tal. Un perfil psicológico es determinado a través de las actitudes y características que una persona presenta en forma observable, es decir de forma muy cotidiana; pero también es determinado por varios factores biológicos como la herencia de algún tipo de enfermedad y las condiciones ambientales en las que se desarrolla”. (Monografías, 2002: S/P)

En este estudio el perfil psicológico y social está constituido por la personalidad, el bienestar psicológico, relación familiar, habilidades sociales, ansiedad y depresión. A continuación, damos una breve definición de cada variable para dimensionar los alcances de la presente investigación.

La personalidad como constructo básico de la psicología del ser humano es entendida como aquello que *“permite hacer una predicción de lo que hará una persona en una situación determinada”*. (Catell, 1950:2).

Por otro lado, también es fundamental el bienestar psicológico que presentan los consumidores de tabaco, lo que indica que *“relaciona el bienestar psicológico con la condición mental y emocional que establece la actividad psíquica adecuada de un individuo con respecto a su modelo individual y a la forma de adaptarse a las necesidades intrínsecas y extrínsecas del contexto físico y social.* (Ryff y Keyes, 1995:189).

El consumo del tabaco no solo es perjudicial para la salud, sino que también lo es para las relaciones personales, familiares, sociales, incluso en las relaciones de pareja, ya que: *“de cada cuatro personas fumadoras reconoce haber roto un vínculo sentimental por no querer abandonar ese hábito.* (UESB, 2018: 1). Para profundizar este tema y ver lo que sucede en nuestro medio en la investigación se evaluó la funcionalidad familiar de los consumidores de cigarrillo. Dicha funcionalidad se entiende como *“la*

dinámica relacional sistemática que incluye factores relacionados entre sí". (Duvall, 1971:1985).

Otro elemento importante para la investigación son las habilidades sociales que desarrollan las personas que fuman cigarrillo, puesto que a menudo el hábito de fumar afecta la calidad de interacción con los amigos y demás personas del entorno social. Las habilidades sociales son *"un conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos actitudes, deseos, opiniones, o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás"*. (Caballo, 1993:22). Los estudios demuestran que *"los consumidores de cigarrillo presentan un déficit en las habilidades sociales debido a trastornos provocados por el consumo de tabaco, esto puede manifestarse en dificultades para hacer frente a situaciones de riesgo, en la toma de decisiones y la solución de problemas"*, indicó Caballo, V. E. (2003:12)

Así mismo, en este estudio se determinó el nivel de ansiedad de los consumidores de cigarrillo, ya que las investigaciones realizadas al respecto revelan que fumar aumenta un 70% el riesgo de sufrir ansiedad y depresión. Una creencia por parte de muchos fumadores de que fumar reduce la ansiedad y el estrés, que es a su vez lo que provoca que muchos fumadores se desanimen para dejar la adicción. Sin embargo, en lugar de ayudar a la gente a relajarse, fumar aumenta la ansiedad y la tensión. La sensación de reducción de estrés o de relajación temporal es pronto sustituida por el síndrome de abstinencia. En este sentido la ansiedad se define como aquellos *"sentimientos de aprehensión incertidumbre y temor sin estímulo manifiesto y acompañado de cambios fisiológicos"*. (Rojas, 1990:5).

Finalmente, también se determinó el nivel de depresión de los adictos al consumo de cigarrillos, ya que las investigaciones al respecto han demostrado que antes y después de fumar se encuentran presentes estados depresivos. La depresión se define como aquel *"estado emocional dominado por sentimientos de tristeza, falta de afectividad,*

dificultades en la concentración, pensamientos, desesperación y desaliento". (Beck A., 1961:11).

A continuación, presentamos en breve repaso el estado en el que se encuentran las investigaciones sobre el tema de la adicción al tabaco en el orbe internacional, nacional y regional.

A **nivel internacional**, por ejemplo, en un reporte publicado por el Ministerio de Salud de México se indica que el tabaquismo, al igual que otras adicciones, se ha asociado con distintos modelos de personalidad. Particularmente en los fumadores consuetudinarios predominarían los rasgos de Introversión, Neuroticismo y Psicoticismo. (Lisanti y otros, 2016).

Resultados parecidos se revelan en otros estudios. Así por ejemplo la Universidad de Sao Paulo indica que *“los fumadores tienden a ser más ansiosos, tensos, impulsivos y con más rasgos de neuroticismo y psicoticismo, en comparación con los ex fumadores y no fumadores”*. (Jornal Brasileiro De Neumología, 2007:5).

Investigaciones realizadas en España indican que el tabaquismo no solo afecta a los pulmones, los músculos o el cerebro, sino que también influye en su nivel de auto aceptación con relación a los demás. Se determinó que aquellos que no fuman, se describen como personas más felices y más satisfechas que aquellos que sí lo hacen. A pesar de las restricciones gubernamentales impuestas, el 30% de la población española adulta es fumadora, según el Instituto Nacional de Estadística. Pues bien, además de los más sabidos prejuicios para la salud física a nivel pulmonar, muscular, cutáneo, cerebral, etcétera, se ha descubierto que también *“afecta al estado de ánimo e incluso al nivel de autoconocimiento y auto-aceptación, lo que provoca una distorsión de la autopercepción en relación a la realidad”*. (Flores, 2016:11)

En Chile, según el Ministerio de Salud, se cree que muchas formas de ansiedad y depresión crónica o de larga duración son causadas por la química del cerebro que no está funcionando correctamente. Por ejemplo, algunos tipos de depresión están asociados con bajos niveles de sustancias químicas del cerebro, como la dopamina y la serotonina. La nicotina puede provocar que el cerebro libere estos productos químicos, por lo que el fumador se siente bien. *“Así, alguien que está deprimido se puede sentir mejor temporalmente cuando fuma. Esto también significa que cuando se trata de dejar de fumar, los síntomas de depresión en realidad pueden empeorar puesto que ya no van a obtener esas dosis adicionales de dopamina y serotonina”*. (Quitplan, 2018:12).

A nivel **nacional**, la Fundación Interamericana del corazón de Bolivia de la ciudad de Cochabamba (FIC) socializó en esta ciudad un proyecto de ley de prevención y control a los productos de tabaco en la asamblea legislativa plurinacional. La especialista de control de tabaco de la FIC Bolivia, indicó *“que los kioscos cercanos a unidades educativas el 80 por ciento tenía varias marcas de cigarro a la venta. Si bien, los efectos físicos del consumo del tabaco son más frecuentes, el daño psicológico puede generar con una mayor facilidad, el contacto de drogas ilegales, puesto que los rasgos débiles de personalidad, en los cuales se muestra a individuos introvertidos o ansiosos, como característica general, son los más propensos a caer en estas adicciones”* (Los Tiempos, 2017:3).

El consumo de cigarrillos puede tener efectos tranquilizantes o bien ligeramente euforizantes, dado que la nicotina tiene esa capacidad, desde el punto de vista psicológico, el tabaco es un elemento distractor, es decir, distrae la atención del consumidor; cuando la persona se lleva el cigarrillo a la boca y despiden el humo, le permite evadir situaciones de conflicto. Funge como distractor social, dado que la persona en lugar de mantenerse con atención y conversando con alguien y mirarlo de manera directa, el hecho de estar fumando lo distrae, lo evade y en un momento dado, se aísla del acompañante en turno. Consumidores consuetudinarios de cigarrillos,

muestran tener un nivel de bienestar psicológico y social no muy adecuado, por lo cual se inician en el hábito de fumar.

Se observa también que los consumidores de cigarrillos, revelan tener la presencia de un cierto nivel de ansiedad frente a las circunstancias problemáticas diarias que viven, lo que genera en ellos la incapacidad y hasta la impotencia de no poder resolver dichas situaciones de una manera normal y adecuada, dándose la necesidad urgente de ver la forma de solucionar dichas situaciones. *“Es a raíz de esta situación psicológica, que muchos individuos, por los efectos químicos del cigarrillo, recurren a su consumo, para aplacar en cierta medida el nivel de ansiedad que poseen”*. (IBÍDEM: 3).

En la ciudad de La Paz el Instituto de Drogodependencia, indica que el 38% de las personas que asisten a dicha institución para tratar el exagerado consumo y/o adicción al cigarrillo, manifiestan tener la presencia de cierto nivel de depresión, que aparentemente no es grave. Estas personas revelan sentirse tristes de manera exagerada, lo que provoca en éstas, una apatía general hacia todo aquello que antes les producía placer. No sienten ganas de vivir o realizar alguna actividad, siendo estos momentos, muy fugaces y/o de corta duración, existiendo la necesidad de tomarse en cuenta, para evitar futuros problemas o crisis profundas que a veces desencadenan en suicidio u otros casos.

La funcionalidad familiar de las personas que fuman cigarrillo, en la mayoría de los casos es tóxica, puesto que la familia es un elemento muy importante para el normal y óptimo desarrollo integral de cada ser humano, esta situación, genera en cada individuo que su estado afectivo emocional no sea el mejor, puesto que los que deberían fortalecerlo, no lo hacen, y por el contrario, están actuando como desencadenadores de momentos que provocan en la psique de cada individuo, desequilibrios afectivos y emocionales, que lo único que hacen, es dañar a la persona. (Erbol, 2018: 5).

A nivel **regional**, en la ciudad de Tarija no se encontraron investigaciones sistemáticas sobre el tema de la adicción al tabaco. Tan solo se tiene una nota publicada en el periódico el País, en la cual se indica que Tarija ocupa el penúltimo lugar en el ámbito nacional en lo que se relaciona a las personas fumadoras de tabaco, según las estadísticas que maneja el Instituto Nacional de Drogodependencias y de la Salud Mental. Según estos datos estadísticos la ciudad de Oruro se encuentra con 32.67 %, en segundo lugar, La Paz con 31.69 %, Trinidad con 29.98 %, Bermejo con 28.98 %, en tanto que Tarija se encuentra con 25.68 %. En Tarija, el 90 % de casos de cáncer se dan entre la población que tiene el hábito de fumar, pero no solamente por cáncer de pulmón, según explicó el oncólogo tarijeño, Alberto Castrillo. Los fumadores también son propensos a desarrollar cáncer de faringe, laringe, páncreas, de esófago, de estómago, vejiga, hígado y riñón; el riesgo es mayor dependiendo de cuántos cigarrillos se consume y cuánto tiempo se fuma. Aún a plena conciencia de los daños que ocasiona en el organismo, los fumadores se resisten o no pueden dejar de fumar y aun cuando procuran dejarlo, el esfuerzo dura pocos días y recaen obligados por la ansiedad y muchas veces por una ligera presencia de depresión que les produce el dejar de fumar, afectando muchas veces las relaciones interpersonales con familiares y amigos, lo que, sumados a dicho acontecimiento, provoca desniveles o desequilibrios afectivos y emocionales.

El tabaco es una droga legal cuyo consumo es bastante elevado por los sectores sociales del área concentrada y dispersa de Tarija. En los datos estadísticos que se maneja en la región el tabaco es una de las drogas de mayor consumo después del alcohol y la edad del inicio de consumo es cada vez más temprana, que provocan daños irreversibles en el organismo de cada individuo, no solamente a nivel físico-biológico, sino también a nivel psicológico y afectivo-emocional, por la dependencia que provoca.

Según explicó la Psicóloga y Directora del Instituto de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependencias y Salud (INTRAID), Marlene Rollano, Investigaciones a nivel nacional y también en Tarija, demostraron que el consumo del tabaco comienza a los 17 años, aunque también se tiene un alto porcentaje de inicio

entre menores de 12 a 13 años de edad, que puede deberse en cierta medida a los rasgos de personalidad que posee cada individuo, además de las situaciones diarias que debe enfrentar, lo que muchas veces provoca la presencia de ansiedad, depresión y otros desequilibrios afectivo-emocionales, que influyen también en el nivel de autoaceptación que tengan. (El País, 2017: 6).

Por los datos expuestos sobre el consumo de cigarrillo, su relación con determinados factores psicológicos y sociales como, la personalidad, bienestar psicológico, funcionalidad familiar, habilidades sociales, ansiedad y depresión, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el perfil psicológico y social de los consumidores de cigarrillos de la ciudad de Tarija?

1.2. JUSTIFICACIÓN

La mayor parte de las personas que convivimos en esta sociedad conoce los riesgos físicos y psicológicos que se puede sufrir al fumar. Sin embargo, las numerosas investigaciones acerca del tema muestran que los porcentajes de fumadores, lejos de disminuir, aumentan. Si bien, los efectos físicos del consumo del tabaco son más frecuentes, el daño psicológico puede generar con una mayor facilidad, el contacto con otro tipo de drogas ilegales. La dependencia a la nicotina hace que cuando la persona no la tiene en el cuerpo se intranquilece y se ponga ansiosa.

Las investigaciones realizadas por los profesionales sobre el estrés y el tabaquismo indican que fumar aumenta la ansiedad y la tensión y no ayuda a las personas a relajarse como sienten y afirman los fumadores. Esta sensación de relajación inmediata es creada por la nicotina, que alimenta la creencia y sensación de bienestar en los fumadores. Pero la realidad es que esta sensación de relajación es temporal y rápidamente se expresan los síntomas de abstinencia y malestar generalizado en las personas que consumen tabaco.

Los reportes también señalan que fumar se relaciona con síntomas de ansiedad y depresión, así mismo uno de los factores de riesgo para iniciar en el tabaquismo es la disfuncionalidad familiar. Por otro lado, factores psicológicos y sociales favorecen la posibilidad de que los fumadores continúen haciéndolo. El tener una red social (amigos, conocidos, familiares) fumadora a veces predispone a las personas a fumar. Así mismo, diversos factores asociados a vínculos disfuncionales, entre otros, aumentan la probabilidad de que alguien recurra al consumo de cigarrillo.

Por todo lo indicado podemos decir que el tema de investigación sobre la adicción al tabaco, aunque sumamente estudiada en el ámbito internacional, tiene una gran relevancia de tipo social y científico en nuestro medio ya que son muy escasos los

estudios al respecto y porque la cifra de personas dependientes al tabaco aumenta año tras año.

La presente investigación brinda un aporte teórico puesto que genera datos sistemáticos con respecto al perfil psicológico y social de los consumidores de cigarrillos de la ciudad de Tarija. Resulta de elevado interés científico conocer los rasgos de personalidad, el nivel de bienestar psicológico, la funcionalidad familiar, las habilidades sociales, el nivel de ansiedad y depresión de los adictos al consumo de cigarrillos. Si bien en otras latitudes se han abordado estudios con objetivos semejantes, en nuestro medio es un tema muy poco conocido, además que existe un axioma teórico-científico que indica que toda problemática es regionalizada, es decir, que la personalidad del tarijeño es particular debido a las características únicas del entorno social en el cual se desenvuelve, lo cual hace que los datos que se recabarán a través de este estudio, tendrán un significado particular.

La investigación también brinda un aporte práctico, pues al conocer el perfil psicológico y social de los consumidores de cigarrillos, se estará en mejores condiciones de prevenir y combatir eficazmente los daños y/o efectos psicológicos a causa del consumo de cigarrillo, evitando que se llegue a una posible adicción, lo que puede generar daños irreversibles a nivel físico y psicológico no solamente de los consumidores activos, sino también de los pasivos. Se pretende a través de la investigación brindar información útil y válida a las instituciones que abordan esta temática; así mismo, los datos serán de gran utilidad para futuros investigadores que deseen profundizar el tema. Se requiere un enfoque amplio e integral que incluya medidas para prevenir no solo ésta, sino toda forma de adicciones, por lo cual consideramos, que nuestro modesto aporte puede tener significancia al momento de diseñar estrategias de tratamiento y prevención de la adicción al tabaco.

II. DISEÑO TEÓRICO

2.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el perfil psicológico y social de los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo general

Determinar el perfil psicológico y social de los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija.

2.2.2. Objetivos específicos

- 1.** Identificar los principales rasgos de personalidad presentes en adictos al consumo de tabaco de la de la ciudad de Tarija.
- 2.** Determinar el nivel de bienestar psicológico de los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija.
- 3.** Evaluar la funcionalidad familiar de los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija.
- 4.** Evaluar el nivel de las habilidades sociales que desarrollan los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija.
- 5.** Determinar el nivel de ansiedad y depresión presentes en los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija.

2.3. HIPÓTESIS

- 1.** Las personas adictas al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija tienen una personalidad que se caracteriza por: poca fuerza del Yo, baja integración y mucha tensión.
- 2.** Las personas adictas al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija tienen un nivel de bienestar psicológico bajo.
- 3.** El tipo de funcionalidad familiar predominante de las personas adictas al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija corresponde a la categoría disfuncional.
- 4.** El nivel de las habilidades sociales que desarrollan los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija corresponde a un nivel medio.
- 5.** El nivel de ansiedad de los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija corresponde a un nivel de ansiedad grave, y el nivel de depresión es moderado.

2.4. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
PERSONALIDAD	<i>Es la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus conductas y sus pensamientos característicos</i> (Cattell R 1993:123)	Sizotimia-	Reservado-	16 PF
		afectotim	participativo	
		Inteligencia baja -	Poca habilidad	
		inteligencia alta	para problemas -	
		Poca fuerza del	rapidez de	7,8,9
		yo- mucha fuerza	aprendizaje	
		de yo	Poco estable	
		Sumisión-	emocionalmente –	
		dominancia	emocionalmente	
		Desurgencia –	estable	MEDIO
		surgencia	Dependiente –	4,5,6
		Poca fuerza del	independiente	
		súper yo- mucha	Serio – alegre	
		fuerza de súper	Despreocupado –	
		yo.	responsable	
		Timidez – audacia	Tímido – atrevido	
		Dureza - ternura	Realista – busca	BAJO
		Confiable–	atención y ayuda	
		suspica	Tolerante –	1,2,3
Practicidad-	exigente			
imaginatividad	Realista-			
Sencillez- astucia	fantasioso			
Seguridad-	Sencillo –			
inseguridad	mundano			
Conservadurismo	Sereno – ansioso			
-radicalismo	Moderado –			
Adhesión al	liberal			
grupo-	Inseguro –			
autosuficiencia	decidido			
Baja integración –	Autoconflictivo –			
mucho control	controlado			
Poca tensión –	No frustrado –			
mucha tensión	frustrado			

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
BIENESTAR PSICOLÓGICO	<i>Relaciona el bienestar psicológico con la condición mental y emocional que establece la actividad psíquica adecuada de un individuo según su modelo individual y a la forma de adaptarse a las necesidades intrínsecas y extrínsecas del contexto físico y social. Ryff y Keyes (1995)</i>	1. Autoaceptación	Actitud positiva hacia uno mismo.	Escala de bienestar psicológico
		2. Relaciones positivas	Relaciones estrechas y cálidas con otros.	De Ryff. BP. Elevado
		3. Autonomía	Capaz de resistir presiones sociales. Regula su conducta desde dentro.	>176 pts. BP Alto 141-145 pts.
		4. Propósito en la vida	Objetivos en la vida. Sensación de llevar un rumbo.	BP Moderado 117 y 140 pts.
		5. Crecimiento personal	Se ve a sí mismo en progreso. Abierto a nuevas experiencias.	BP Bajo <116 pts.
		6. Dominio del entorno	Sensación de control y competencia.	

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	<i>Es la dinámica relacional sistemática que incluye factores relacionados entre sí.</i> <i>(Ortega, T., De la Cuesta, D. and Dias, C. 1999: 22)</i>	Cohesión Armonía Comunicación Permeabilidad Afectividad Roles Adaptabilidad	Unión familiar física. Predominio de armonía en la familia. Capacidad de los miembros de la familia para transmitir experiencias. Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias. Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos unos a otros. Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones. Habilidad de la familia para cambiar de estructura ante una situación que lo requiera.	Cuestionario de la funcionalidad familiar de la Cuesta. -Familia funcional 70 - 57 -Familia moderadamente funcional 56 - 43 -Familia disfuncional 42 - 28 -familia severamente disfuncional 27 - 14

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
HABILIDADES SOCIALES	<i>Son un conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones, o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás. (Caballo, 1993:71)</i>	I. Autoexpresión de situaciones sociales	Capacidad de expresarse uno mismo espontáneamente	La escala de Habilidades Sociales EHS
		II. Defensa de los propios derechos como consumidor	Conductas asertivas frente a desconocidos. Capacidad de expresar enfado o sentimientos negativos.	Nivel bajo de habilidades sociales. 25 o por debajo
		III. Expresión de enfado o disconformidad.	Habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener.	Nivel medio de habilidades sociales. 26 y 74
		IV. Decir no y cortar interacciones.	Expresión de peticiones a otras personas de algo que deseamos.	Nivel alto de habilidades sociales 75 o más.
		V. Hacer peticiones.	El factor se define por la habilidad por iniciar interacciones con el sexo opuesto.	
		VI. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.		

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
ANSIEDAD	<i>Sentimientos de aprehensión incertidumbre y temor sin estímulo manifiesto y acompañado de cambios filosóficos. Enrique (Rojas E. 1990: 124)</i>	Síntomas físicos	Sequedad de boca, inapetencia sexual, taquicardia, etc	Test de Rojas
		Síntomas psicológicos.	Desasosiego, ausencia de amenaza, temores difusos, inseguridad, sentimientos temericos, etc.	Banda normal 0 -20
		Síntomas conductuales	Atención expectante, dificultad para la acción, bloqueo afectivo, inquietud motora, etc.	Ansiedad ligera 21 – 30
		Síntomas intelectuales o cognitivos	Falsas interpretaciones de la realidad, pensamiento preocupante, distorsionado, tendencias a la duda y problemas de memoria.	Ansiedad moderada 31 – 40
		Síntomas asertivos	No saber qué decir ante ciertas personas, no saber iniciar una conversación, dificultad para mostrar desacuerdos, etc.	Ansiedad grave 41 – 50 Ansiedad muy grave 50 – 0 mas

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
DEPRESIÓN	<i>Estado emocional dominado por sentimientos de tristeza, falta de afectividad, dificultades en la concertación, pensamientos, desesperación y desaliento (Beck A. 1996: 78)</i>	Comportamental	Agitación, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, llanto, cambios en los apetitos, cansancio o fatiga, pérdida de interés en sexo.	Inventario de depresión de Bek BDI-II Ausente 0 -9
		Afectivo	Tristeza pensamiento, fracaso, desvalorización, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, conformidad consigo mismo.	Leve 10 – 18 Moderada 19 – 29
		Cognitivo	Pérdida de placer, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, pérdida de interés, indecisión, dificultad de concentración.	Severa 30 – 63

III. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se desarrollan los conceptos teóricos que fundamentan la investigación, los mismos coadyuvan a la comprensión de este estudio. Empezamos con la definición de perfil psicológico, así como también las definiciones de personalidad, bienestar psicológico, funcionalidad familiar, habilidades sociales, ansiedad, depresión y finalmente el consumo de tabaco.

3.1. PERFIL PSICOLÓGICO

El objetivo de esta tesis es determinar el perfil psicológico y social de los adictos al consumo de tabaco. *“El perfil psicológico es una estructura psíquica de cada individuo, la forma como se revela por su modo de pensar y expresarse, en sus actitudes e intereses y en sus actos. Son patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. El perfil psicológico de personalidad, son aspectos prominentes que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad solamente constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo”* (Bruno, 1997:33).

3.2. PERSONALIDAD

“La personalidad es la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos” (Allport G, 1985:52).

Esta definición indica que la personalidad es de naturaleza cambiante y organización dinámica, que es algo interno, no de apariencia externa, que no exclusivamente mental, ni exclusivamente neurológica, sino que su organización exige el funcionamiento de mente y cuerpo como unidad. Que los sistemas psicológicos son tendencias determinantes que dirigen y motivan la acción. Que la conducta y pensamiento son

característicos de cada individuo, y que ellos reflejan su adaptación al ambiente, a la vez que son formas de acción sobre él.

Sí nos detenemos a observar alrededor de nuestro entorno social podríamos percibir el comportamiento de cada una de las personas, notaríamos que cada uno de ellos actúa de un modo diferente ante una misma situación, a pesar de que todos realizan actividades comunes. Existe algo en cada uno de nosotros que nos hace diferentes unos de otros y que nos mueve a actuar de modo diverso; a ese "algo" se le denomina personalidad. La personalidad es única, compuesta de características diferentes dentro de una organización singular. Así también es constante, es decir, que el sujeto actúa o reacciona casi siempre de un mismo modo.

3.2.1. Rasgos de Personalidad.

Los rasgos de personalidad son: *“Una inclinación o cualidad perdurable de una persona que explica la relativa coherencia de su conducta emocional, temperamental y social, rasgos que explican las diferencias de personalidad”*. (English, 1997:688).

Otro autor nos indica que *“el rasgo se constituye en un sistema neuropsíquico, generalizado y focalizado, dotado de la capacidad de convertir muchos estímulos funcionales equivalentes así también de iniciar y guiar formas coherentes (equivalentes), de comportamiento adaptativo y expresivo”*. (Allport, 1980: 99).

Teniendo en cuenta los dos conceptos planteados anteriormente, los rasgos de Personalidad son de mucha importancia en el individuo, ya que estos van construyendo su identidad a lo largo de la vida, proyectando deseos personales, miedos y esperanzas, *“estos rasgos se van adquiriendo en el transcurso de la vida a través de la educación, el afecto, y el cuidado que proporcionan los padres de familia en el desarrollo de las etapas evolutivas de sus hijos”* (Canda, 2002: 312).

En función a las características de la temática es importante hablar sobre la teoría de la personalidad de Raymond B. Cattell, quien define la personalidad como el determinante de la conducta en una situación dada y el componente básico de la personalidad son los rasgos. El rasgo se constituye en el elemento estructural básico de la teoría de Cattell; es definido como una tendencia permanente y amplia, a reaccionar de una determinada forma. Supone una cierta regularidad de la conducta a lo largo del tiempo y de las situaciones.

Entre los principales test para medir la personalidad se encuentra los 16 factores de Personalidad de Cattell. Los trabajos de Cattell, desembocan en la elaboración de un nuevo cuestionario de personalidad, publicado por primera vez en Francia el año 1950 y denominado “16-PF”. A continuación, se presenta una breve descripción de cada uno de los 16 factores de la personalidad.

“A: Afectividad: Esquizotimia (poca afectividad) vs Ciclotimia (afectividad elevada)

B: Razonamiento: Inteligencia alta vs Inteligencia baja

C: Estabilidad: Fortaleza del Yo vs Debilidad del Yo

D: Dominancia: Dominancia vs Sumisión

F: Conformidad grupal: Superego fuerte vs Superego débil

G: Atrevimiento: Parmia (atrevimiento) vs Trextia (timidez)

H: Sensibilidad: Premia (sensibilidad) vs Harria (dureza)

I: Susplicacia: Alexia (confianza) vs Protensión (desconfianza)

J: Imaginación: Praxemia (pragmatismo) vs Autia (imaginación)

K: Astucia: Sutileza vs Ingenuidad

L: Culpabilidad: Conciencia vs Imperturbabilidad

Q1: Rebeldía: Radicalismo vs Conservadurismo

Q2: Autosuficiencia: Autosuficiencia vs Dependencia

Q3: Autocontrol: Autoestima vs Indiferencia

Q4: Tensión: Tensión vs Tranquilidad

Escalas de segundo orden o globales:

QS1: Introversión y extraversión

QS2: Ansiedad-Tranquilidad

QS3: Susceptibilidad-Tenacidad

QS4: Dependencia-Independencia”

(DiCaprio, N., 1987:87).

ESTUDIOS SOBRE LA PERSONALIDAD DE LOS ADICTOS AL TABACO

Eysenck estudió la asociación entre la condición tabáquica y la personalidad, a través de un cuestionario "Eysenck Personality Questionnaire" (EPQ). Lisanti y otros replicaron algunas de sus investigaciones tratando de establecer el grado y tipo de relación entre el tabaquismo y la personalidad de los adictos. El estudio tiene como primer objetivo evaluar la asociación entre las características de la personalidad y la condición tabáquica usando el cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ-R). El objetivo secundario pretende evaluar las condiciones sociales del individuo y de su entorno que se asocian con el tabaquismo. Entre sus conclusiones se destaca lo siguiente:

“El tabaquismo está asociado con altos niveles en la escala de Psicoticismo comparada con los no fumadores. Esto dio las bases para estudios posteriores donde dicho cuestionario fue modificado y surgieron distintas versiones. Otros investigadores han utilizado diferentes métodos de medición, por ejemplo, el modelo de personalidad de los cinco factores, con el mismo fin, tratar de identificar/entender la asociación entre personalidad y tabaquismo con el objeto de proteger, prevenir y tratar adecuadamente nuestros pacientes contribuyendo a programas y políticas en la lucha contra el tabaquismo. En sus conclusiones destacan resultados distintos a los publicados por Eysenck, donde los fumadores actuales tienen altas escalas en neuroticismo con respecto al grupo que nunca fumó. Posteriormente un nuevo análisis de nueve cohortes estudiadas determinó que los fumadores adultos tienen niveles más elevados de extroversión y neuroticismo que los no fumadores.

Por otra parte, José Luis Calalán, realizó un estudio sobre la psicología de los fumadores, y entre sus resultados relacionados sobre la personalidad de los mismos resalta que éste (el tabaco) es un recurso catártico y desinhibidor. El adicto típico al cigarrillo, argumenta, acumula tensiones, las cuales, para ser liberadas, necesitan de un estímulo que las dispare, en este caso, es el cigarrillo. Concretamente, el autor indica:

Aunque el fumador puede ver a los no fumadores como capaces de tranquilos disfrutes, no se aplica a sí mismo ya esa posibilidad, aspirando a sabérselas arreglar perfectamente, sino que más bien tiende a confundir el periodo de acostumbamiento a una nueva situación con una cadena perpetua.

Las propiedades estimulantes del tabaco son muy apetecibles para personas que tienen un trabajo creativo (compositores, artistas plásticos, escritores, profesionales del marketing, abogados, etc.) y favorece la inspiración, las ocurrencias, las ideas brillantes. También provoca diálogos más chispeantes, graciosos y ocurrentes en las reuniones de amigos, tertulias, grupos de discusión, etc. por lo que el consumo se dispara en esas circunstancias de una forma exponencial como si el espíritu efervescente y animado buscara la manera de explotar como unos fuegos artificiales. ¿Dejaría el pintor de pintar buenos cuadros al dejar de fumar? ¿Se dejaría de escribir bien sin el recurso del tabaco? ¿Se podría tener una animada e inteligente discusión sin el hilo conductor de un cigarrillo detrás de otro? La respuesta es sí, afortunadamente la producción intelectual y social no depende tanto del estímulo artificial del tabaco, puede ser suplido perfectamente por estímulos psicológicos distintos”. (Calalán, 2003: SP).

3.3. BIENESTAR PSICOLOGICO DE RYFF

El bienestar psicológico es un concepto amplio que incluye dimensiones sociales, subjetivas y psicológicas, así como comportamientos relacionados con la salud en general que llevan a las personas a funcionar de un modo positivo. Está relacionado con cómo la gente lucha en su día a día afrontando los retos que se van encontrando en

sus vidas, ideando modos de manejarlos, aprendiendo de ellos y profundizando su sensación de sentido de la vida.

(Ryff, Keyes, 1995) relaciona el bienestar psicológico con la condición mental y emocional que establece la actividad psíquica adecuada de un individuo con respecto a su modelo individual y a la forma de adaptarse a las necesidades intrínsecas y extrínsecas del contexto físico y social. Además, vincula el bienestar con las creencias que dirigen las actividades de los seres humanos y el sentido otorgado a las vivencias pasadas. Asociado a esto, está el bienestar con tener vivencias admitidas tanto comprendidas emocionalmente como de manera cognitiva de modo beneficioso, con la habilidad de evitar algunas estimadas como incorrectas y con la capacidad de acomodarse a diferentes situaciones con tolerancia (p.189).

3.3.1. El modelo de seis dimensiones propuestas por Karol Ryff

La psicóloga Carol Ryff, profesora en la Pennsylvania State University y directora del Institute of Aging, desarrolló un modelo de bienestar psicológico.

Autoaceptación. Es una de las características principales del funcionamiento positivo. Las personas con una alta autoaceptación tienen una actitud positiva hacia sí mismas, aceptan los diversos aspectos de su personalidad, incluyendo los negativos, y se sienten bien respecto a su pasado. Las personas con baja autoaceptación se sienten insatisfechas consigo mismas y decepcionadas con su pasado, tienen problemas con ciertas características que poseen y desearían ser diferentes a como son.

Relaciones positivas. Consiste en tener relaciones de calidad con los demás, gente con la que se pueda contar, alguien a quien amar. De hecho, la pérdida de apoyo social y la soledad o aislamiento social aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad y reducen la esperanza de vida. Las personas que puntúan alto en esta dimensión tienen relaciones cálidas, satisfactorias y de confianza con los demás, se preocupan por el

bienestar de los otros, son capaces de experimentar sentimientos de empatía, amor e intimidad con los demás y entienden el dar y recibir que implican las relaciones. Las personas que puntúan bajo tienen pocas relaciones cercanas, les resulta difícil ser cálidos, abiertos o preocuparse por los demás, están aislados o frustrados en sus relaciones y no están dispuestos a tener compromisos o vínculos importantes con los demás.

Propósito en la vida. Es decir, que tu vida tenga un sentido y un propósito. Las personas necesitan marcarse metas y definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de sentido. Quienes puntúan alto en esta dimensión persiguen metas, sueños u objetivos, tienen la sensación de que su vida se dirige a alguna parte, sienten que su presente y su pasado tienen significado, y mantienen creencias que dan sentido a su vida. Quienes puntúan bajo tienen la sensación de que la vida no tiene sentido, de que no van a ninguna parte, tienen pocas metas y no tienen creencias que aporten sentido a sus vidas.

Crecimiento personal. Consiste en sacar el mayor partido a tus talentos y habilidades, utilizando todas tus capacidades, desarrollar tus potencialidades y seguir creciendo como persona. Las personas con puntuaciones altas en esta dimensión consideran que están en continuo crecimiento, están abiertas a las nuevas experiencias, desean desarrollar su potencial y habilidades, consideran que han ido mejorando con el tiempo y van cambiando de modos que reflejan un mayor autoconocimiento y efectividad. Quienes puntúan bajo tienen la sensación de estar atascados, no tienen una sensación de estar mejorando con el tiempo, se sienten aburridos, desmotivados y con poco interés en la vida, e incapaces de desarrollar nuevas actitudes, habilidades, creencias o comportamientos.

Autonomía. Consiste en tener la sensación de que puedes elegir por ti mismo, tomar tus propias decisiones para ti y para tu vida, incluso si van en contra de la opinión mayoritaria, mantener tu independencia personal y tus convicciones. Las personas con

mayor autonomía son más capaces de resistir la presión social y regulan mejor su comportamiento desde el interior (en vez de ser dirigidos por otros), son más independientes y se evalúan a sí mismas en función de estándares personales. Las personas con baja autonomía están preocupadas por las evaluaciones y expectativas de los demás y se dejan influir o guiar por ellas, toman sus decisiones en base a las opiniones de los demás y se conforman ante la presión social, actuando y pensando en base a lo que los demás esperan de ellos.

Dominio del entorno. Hace referencia al manejo de las exigencias y oportunidades de tu ambiente para satisfacer tus necesidades y capacidades. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir en el ambiente que las rodea, hacen un uso efectivo de las oportunidades que les ofrece su entorno y son capaces de crear o escoger entornos que encajen con sus necesidades personales y valores. Las personas con bajo dominio del entorno tienen problemas para manejar los asuntos de la vida diaria, se sienten incapaces de mejorar o cambiar su entorno, no son conscientes de las oportunidades de su entorno ni las aprovechan y piensan que no tienen ningún control sobre su ambiente

3.4. FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

El estudio de la familia ha sido abordado por diferentes ciencias a partir de las particularidades de cada una de ellas y de sus intereses específicos. La Filosofía, la Sociología, el Derecho y la Psicología, entre otras, han aportado el significado del mencionado concepto con diferentes niveles de generalidad. A través de la historia de la humanidad la familia ha estado condicionada e influida por las leyes sociales y económicas, y los patrones culturales de cada región, país y clase social. El modo de producción imperante en cada sociedad condiciona la ubicación de la familia en la estructura de clase, en función de la inserción en la organización del trabajo. En esta investigación nos interesa abordar el tema de la familia, pues de los estudios realizados,

se establece que existe una estrecha correlación entre la calidad de las relaciones familiares y la adicción a diferentes tipos de sustancias, entre ellas, la nicotina.

Según Pérez J. (1999), la familia es un elemento activo, nunca permanece estacionaria, sino que pasa de una forma inferior a otra superior, de igual manera que la sociedad evoluciona de un estadio a otro. La familia es un producto del sistema social y refleja su cultura. La familia es una institución formada por sistemas individuales que interactúan y que constituyen a su vez un sistema abierto. Está formada por individuos, es también parte del sistema social y responde a su cultura, tradiciones, desarrollo económico, convicciones, concepciones ético-morales, políticas y religiosas. Este grupo social primario es la instancia de intermediación entre el individuo y la sociedad; constituye el espacio por excelencia para el desarrollo de la identidad y es la primera fuente de socialización del individuo. Es en la familia donde la persona adquiere sus primeras experiencias, valores, concepción del mundo. *“La familia se ha denominado como una institución básica de la sociedad ya que constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana. Para este propósito cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del hombre, y ha asegurado, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación del individuo para su incorporación en la vida social y la transmisión de valores culturales de generación en generación. La sociedad descansa en la familia como entidad llamada a garantizar la vida organizada y armónica del hombre”*. (Marquez 2017:143).

Sin embargo, no toda familia cumple la función de proteger, educar y satisfacer las necesidades de afectos de los individuos. Existe una dimensión denominada funcionalidad familiar que precisamente mide el grado y calidad de interacción entre los diferentes miembros que componen la misma. Por tanto, pasamos a continuación a desarrollar este concepto.

3.4.1. Desarrollo de la funcionalidad familiar.

Desde la década del 50, la familia se estudia como un sistema relacional con principios y categorías que la definen como un problema de investigación. En esta década tiene lugar en Estados Unidos de América un fortísimo movimiento de terapia familiar como forma de tratamiento no individual de los trastornos mentales y disfunciones de la pareja y la familia. Esta nueva orientación terapéutica traslada el interés del individuo al grupo familiar, modifica la explicación del origen y desarrollo de la enfermedad mental al transitar de una explicación biologicista a una interaccional y centra su objetivo más en la modificación de los modos de interacción entre las personas, que en la toma de conciencia individual. *“Se comienza a considerar a la familia como un todo orgánico, es decir como un sistema relacional, definida como un conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por el cambio en otras unidades; a este le sucede de nuevo un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada y así sucesivamente”*. (Claurer, 2009:214).

Los actuales estudios de la familia en el ámbito de la Psicología se apoyan en una epistemología rica, aunque no siempre homogénea, debido a que algunos conceptos básicos provienen de ámbitos relativamente independientes. Muchos estudios quedarán marcados por la impronta inicial de la teoría de los sistemas, como ya se mencionó, pero se le suman los aportes de la cibernética con los conceptos de feedback positivo o negativo, la teoría de la comunicación humana (Watzlawick, Beavin y Jackson), los conceptos procedentes de enfoques evolutivos (Haley) y estructuralistas. (Minuchin, 1974).

Los conceptos más importantes que incluyen estos aportes son los conceptos de la teoría de la comunicación, los evolutivos y los estructurales. La teoría de la comunicación postula, en primer lugar, que es imposible no comunicar, en segundo, que en toda comunicación cabe distinguir el nivel digital (contenido semántico de la

comunicación) y el nivel analógico (cómo se ha de entender el mensaje, es decir, qué tipo de relación se da entre emisor y receptor), y en tercero, que la definición de una interacción está condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes. La teoría evolutiva plantea que la familia pasa por crisis normativas y crisis para normativas provocadas por eventos producidos en el macro contexto o por situaciones no previsibles como las enfermedades, las separaciones y la muerte a destiempo. La teoría estructural desarrollada por Salvador Minuchin, aporta los conceptos de límites o fronteras familiares internos, las cuales son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los diferentes subsistemas familiares. Los límites entre los subsistemas varían en cuanto a su permeabilidad, y pueden ser difusos, rígidos o claros: estos últimos son los que definirían una adaptación funcional. *“La teoría de campo enunciada por Kurt Lewin ha tenido también importante repercusión en el ámbito de la familia, al servir de punto de partida a la Psicología ecológica. En su teoría se advierte la necesidad de superar el estudio del individuo aislado, al margen de su entorno. La persona y su entorno han de entenderse como una constelación de variables interdependientes, cuya totalidad constituye un campo. Otros aportes recientes son significativos también para los estudios de Psicología de la familia, como los de la escuela de Psicología Social de Pichón – Riviere y los del constructivismo y el construccionismo social”*. (Minuchin, 1974:153).

Se observa la relación entre familia y sociedad y el condicionamiento social de la forma de ser y existir de la familia, se rescata el enfoque histórico de Engels. Cada momento histórico ha condicionado las relaciones en el interior de la familia. No podemos estudiar el fenómeno familia si no estudiamos lo cultural, lo histórico, las condiciones económicas en que la familia se desenvuelve, la tendencia histórico-cultural evalúa el individuo, la familia y la sociedad. Es una perspectiva que nos permite hacer un análisis más amplio de las teorías que estudian la familia.

Uno de los aportes fundamentales a esta ciencia corresponde a L. S. Vigostki, creador de la teoría histórico-cultural del desarrollo psíquico que destaca su determinación

socio histórica; en este sentido señala que *“la cultura es el producto de la vida social y de la actividad social del hombre y por ello el planteo mismo del problema del desarrollo cultural del comportamiento nos conduce directamente al plano social del desarrollo”* (Panique, 2013:341).

La familia está universalmente aceptada como unidad básica de la sociedad, independientemente de sus formas u organización, constituye en todas partes del mundo, el espacio natural y el recinto micro social para el desenvolvimiento de sus miembros. En tanto institución que mediatiza la interacción individuo–sociedad–familia, está sensiblemente conectada a la dinámica social y a las realidades históricas diversas en el devenir de los distintos estadios de su ciclo vital. *“Además, está dotada de enorme flexibilidad, de una suerte de metamorfismo y de insospechados mecanismos de adaptación a las condiciones cambiantes del medio material, de la organización del trabajo, de los procesos económicos, de los avances tecnológicos, así como de las estructuras abstractas de la sociedad, la ideología, los valores, las normas, los representativos simbólicos”* (Mendieta, 1987:61).

La estructura de la familia comprende varios aspectos: tipos de familias, ciclo vital, crisis, funciones de la familia y condiciones socioeconómicas. La familia recorre un proceso de desarrollo, ciclo vital en el cual se distinguen etapas o fases marcadas por la ocurrencia de acontecimientos significativos de la vida. Estas etapas son:

- **Formación e integración:** sus acontecimientos vitales son matrimonio, embarazo y nacimiento del primer hijo. En esta etapa se realiza el ajuste de la individualidad y roles, con el consecuente acople funcional de intereses y necesidades. Se constituye y consolida el llamado proyecto de vida.
- **Extensión:** los eventos vitales son el nacimiento del primer hijo e independización del último. Es la etapa más larga del ciclo y comprende una gran variedad de cambios en la familia influidos por el crecimiento y desarrollo de los hijos. Se da espontáneamente el aprendizaje del rol papá / mamá – esposo / esposa.

- **Contracción:** sus eventos son la independización del último hijo y muerte del primer cónyuge. Se produce el cese de la tutela directa de los hijos y un regreso a la comunicación directa de los esposos, sin mediación de los hijos. Es llamada la etapa del nido vacío para referirse que se han ido los hijos del hogar.
- **Disolución:** sus eventos son la muerte del primer cónyuge y muerte del segundo cónyuge. El ajuste a la viudez es la función más compleja de esta etapa por la pérdida que se sufre y las consecuencias que esto tiene para la familia. Se requiere un ajuste de roles nuevamente y una reestructuración de la jerarquía familiar.

Cuando analizamos el ciclo vital de la familia notamos que esta evoluciona por crisis, pero en un sentido positivo, dándole a este concepto una connotación de momento decisivo o de una situación de peligro y oportunidad. Ahora bien, no podemos negar que hay también crisis que constituyen una amenaza para la familia y que son un riesgo para que esta sufra, se desorganice, funcione mal, se destruya y desmoralice.

“Los acontecimientos normativos dan lugar a las crisis normativas del desarrollo o transitorias, ellas son: matrimonio, embarazo, nacimiento del primer hijo, entrada del primer hijo a una institución infantil escolar, hijo adolescente, jubilación, muerte del primer cónyuge. Los acontecimientos accidentales provocan las crisis paranormativas accidentales o no transitorias, que estarán en dependencia de la estabilidad de la membresía y del efecto en la dinámica familiar” (Rueda, 2015:173):

El nivel de estabilidad de la familia puede estar dado por:

- **Incremento:** la familia se expande porque alguien que ya se había independizado regresa en un momento del ciclo familiar que no se corresponde con el desarrollo y crecimiento normal de ésta.
- **Desmembramiento:** se puede producir por varios eventos como el divorcio, muerte, abandono, migración.

La dinámica familiar puede verse afectada por:

- **Desorganización:** cuando se afecta la organización interna de la familia por múltiples causas como la enfermedad somática o siquiátrica, alcoholismo, drogadicción, invalidez significativa de algún miembro, un paciente en estado terminal que crea desequilibrio afectivo, bajo nivel cultural, condiciones inadecuadas de la vivienda, etc.
- **Desmoralización:** cuando se violentan los valores éticos, morales, ideológicos, legales, etc., de la familia: conducta antisocial de sus miembros, encarcelamiento, abuso sexual, maltrato psicológico y físico, negligencia, etc.

“Si consideramos las crisis como cambios dinámicos, transformación, movimiento, si la familia está en crisis, pues ha atravesado y atraviesa por grandes modificaciones estructurales y funcionales. Entendemos las funciones de la familia como las actividades que de forma cotidiana realiza, las relaciones sociales que establece en la realización de estas actividades entra y extra familiares y los efectos producidos por ambos. Existen diferentes enfoques para analizar las funciones de la familia. Expondremos el que describe tres grandes grupos. Función biológica: Función de reproducción (necesidad de descendencia) se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de los miembros de la familia” (Delgado, 1980:154).

A continuación, desarrollamos brevemente las funciones de la familia, considerando que las adicciones se producen, cuando estas funciones fallan y se desencadena, lo que precisamente se llama, la disfuncionalidad familiar:

- **“Función económica:** *Obtención y administración de los recursos tanto monetarios, como bienes de consumo, la satisfacción de las necesidades básicas, tareas domésticas que garantizan los servicios que se brindan en el hogar para la existencia, la conservación y el bienestar de la familia.*

- **Función educativo – cultural:** *Influencia que ejerce la familia en sus miembros, todo el proceso de aprendizaje individual y en el propio desarrollo familiar. Se produce el proceso de transmisión de experiencia histórico – social en la vida cotidiana, la transmisión de valores ético – morales que se derivan de los principios, normas, regulaciones que se observan y aprenden en la familia y contribuye al proceso formativo del desarrollo de la personalidad individual y en general a la formación ideológica de las generaciones.*
- **Función de crianza:** *Aspectos que tienen como finalidad proporcionarle un cuidado mínimo que garantice su supervivencia, un aporte afectivo y un maternales y paternales adecuados.*
- **Función de culturalización y socialización:** *La familia constituye el vehículo transmisor de pautas culturales a través de varias generaciones lo que permite al mismo tiempo modificaciones de éstas.*
- **Función de apoyo y protección psicosocial:** *Ejerce un efecto protector y estabilizador frente a los trastornos mentales, la familia facilita la adaptación de sus miembros a las nuevas circunstancias en consonancia con el entorno social”. (Castery, 2014:327).*

ESTUDIOS SOBRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS ADICTOS AL TABACO

El estudio, realizado en 16 países europeos por Ipsos MORI con la colaboración de la compañía biomédica Pfizer, desvela hasta qué punto la adicción tabáquica puede perjudicar las relaciones familiares y sociales. Y hasta para el amor: una de cada cuatro personas fumadoras reconoce haber roto un vínculo sentimental por no querer abandonar ese hábito. El hábito de fumar, si bien aparece en el contexto social, pero muy pronto sus consecuencias se dejan sentir en el ámbito familiar, ya que perturba las

relaciones entre padre – hijos y al interior de la pareja. En lo referido a los resultados alcanzados en España en la encuesta mencionada líneas arriba, Manu Mediavilla, en base a una muestra de 1.000 personas fumadoras, indica lo siguiente:

“Un 14%, por ejemplo, admite haber mentido a familiares y amistades sobre la cuestión, y un 12% ha llegado a esquivar deliberadamente a gente de su entorno más próximo porque no iba a poder fumar. Asimismo, el 36% que confiesa haber abandonado su domicilio por la noche para conseguir cigarrillos. O el 46% al que no le importa quedarse en la calle hasta apurar su pitillo, aunque nieve o llueva. Por no hablar del 26% que se salta la legislación antitabaco y fuma en lugares donde está prohibido; sobran testimonios que confirman algún que otro reducto tabáquico en espacios de trabajo y hasta en despachos directivos de administraciones y empresas privadas. Para frenar tal desastre, la OMS aboga por vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención, establecer lugares de trabajo libres de humo, ofrecer ayuda para dejar el cigarrillo, advertir de sus peligros en las cajetillas, prohibir su publicidad y patrocinio y aumentar las tasas al tabaco para lograr un 'precio disuasorio' para menores”. (Mediavilla, 2018: SP)

En el año 2001, se hizo en Cuba la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Trasmisibles (II ENFRENT) para determinar la frecuencia y características epidemiológicas de los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas no trasmisibles, entre ellas el cigarrillo. En base a los datos referidos a la influencia que tiene la dependencia al tabaco, en el ámbito familiar, de adolescentes entre 15 y 19 años, se escribió un artículo titulado “Influencia familiar en el tabaquismo de los adolescentes”, cuyo autor, René García Rochel indica lo siguiente:

“No se encontró influencia significativa de los antecedentes de tabaquismo en la familia sobre la edad promedio de inicio del hábito de fumar en los adolescentes, pues tanto para el total de los adolescentes como por sexo, la edad promedio de inicio se

encontró entre los 14 y los 15 años. Las diferencias observadas entre el grupo que tiene antecedentes familiares y el que no los tiene, se deben al azar.

El 12,7 % de los adolescentes ha fumado al menos una vez en la vida y 9,0 % fuma actualmente. Los adolescentes de familias que tienen miembros con antecedentes de tabaquismo, 14,5 % lo ha hecho al menos una vez en la vida y 10,3 % fuma actualmente, sin embargo, entre los adolescentes de familias en las que nadie ha fumado, solo 7,4 % lo ha hecho al menos una vez en la vida y 5,1 % fuma actualmente. Los porcentajes de adolescentes que consumen tabaco (al menos una vez en la vida y actualmente) difieren significativamente entre las familias que tienen miembros con antecedentes de tabaquismo y las que no los tienen como puede verse por los intervalos de confianza. También es significativamente 2 veces más probable que fumen o hayan fumado los adolescentes que tienen familiares con antecedentes de haber fumado, que aquellos que no los tienen.

Por sexo, hay diferencias significativas en el consumo actual de tabaco entre los varones y las hembras en la adolescencia tardía; 11,5 % de los varones fuma, contra 6,3 % de las hembras. Sin embargo, la influencia familiar es significativa, únicamente para el sexo femenino, pues fuma 7,8 % de las adolescentes con antecedentes familiares y solo lo hace 1,9 % de las que no los tienen. En el sexo masculino, la influencia familiar no es significativa para el consumo actual de tabaco, aunque no se descarta, en este caso, que otros factores puedan ser más importantes para el inicio de dicho consumo como la influencia de los pares. Es 4 veces más probable, que fume una adolescente con antecedentes familiares, que una que no los tiene.

Los antecedentes de fumadores en la familia, como factor de riesgo importante para el consumo de tabaco en los adolescentes, aparecen bien documentados en la literatura científica ya que la familia es el primer elemento socializador, en cuyo interior se educa y forma al individuo y cuyos patrones le sirven como modelo para el desarrollo

de su conducta. Los resultados de este trabajo coinciden con lo planteado en la literatura al respecto". (García Rochel, et. al., 2008: 4)

3.5. HABILIDADES SOCIALES.

"Las habilidades sociales son un conjunto de conductas que ponemos de manifiesto en las relaciones con los demás. Estas habilidades nos dotan de una mayor capacidad para lograr los objetivos que pretendemos, manteniendo nuestra autoestima y sin dañar a las personas que nos rodean. Estas conductas se basan fundamentalmente en el dominio de las habilidades de comunicación y en el autocontrol emocional; gracias al dominio de estas habilidades podemos expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, podemos pedir favores o negarnos a hacerlos. Sin que esto, nos suponga entrar en conflictos con los demás". (Gómez, 2014:36).

Somos seres sociales, por lo que comunicarnos con los demás es algo necesario que nos permite sobrevivir, crecer, nutrirnos de otros puntos de vista y vivir en armonía. Para ello, saber relacionarnos y disponer de una serie de habilidades sociales es fundamental porque en la mayoría de las ocasiones evitaremos malentendidos y conflictos.

Las habilidades sociales son un conjunto de conductas que nos permiten interactuar y relacionarnos con los demás de manera efectiva y satisfactoria. Un aspecto interesante sobre ellas es que se pueden aprender, potenciar e ir desarrollándolas día a día con la práctica. Aunque bien es cierto que no siempre será sencillo debido al grado de complejidad que tienen algunas de ellas, tampoco es imposible conseguirlo.

Un aspecto importante que debemos tener en cuenta es que la cultura y las variables sociodemográficas son imprescindibles para entrenar y evaluar las habilidades sociales, ya que dependiendo del lugar en el que nos encontremos, los hábitos y formas de relacionarse cambian. Por eso, no solo es importante tener un buen repertorio de

habilidades sociales, sino que hay que saber cuándo y dónde poner esas habilidades en práctica. Esto último se conoce como competencia social. Así, el hecho de poseerlas evita la ansiedad en situaciones sociales difíciles o novedosas, facilitando la comunicación emocional, la resolución de problemas y la relación con los demás, siempre y cuando se adecúen al contexto. *“La persona inteligente emocionalmente tiene habilidades en cuatro áreas: identificar emociones, usar emociones, entender emociones y regular emociones. Si se carece de ciertas habilidades sociales el afrontamiento de las situaciones será pasivo, evitándolas y accediendo a las exigencias de los demás. Pero también se puede caer en la agresividad, imponiendo criterios e infringiendo los derechos de los demás”* (Norbert, 1997:49).

3.5.1. Tipos de habilidades sociales.

Existe un gran número de habilidades sociales, pero a nivel general podemos distinguir dos tipos que engloban y organizan al resto:

- **Habilidades sociales básicas.** Estas son las principales:
 - Escuchar.
 - Iniciar una conversación.
 - Formular una pregunta.
 - Dar las gracias.
 - Presentarse y presentar a otras personas.

- **Habilidades sociales complejas.** Hay que tener en cuenta que es necesario aprender las primeras para desarrollar el segundo tipo de habilidades sociales y que cada situación demandará unas u otras, dependiendo de las características y dificultad de las mismas.
- **Empatía e Inteligencia Emocional.** En la actualidad estas competencias son esenciales en cualquier dinámica y circunstancia. Es otra raíz que nutre de

forma excepcional nuestras relaciones y que, sin duda, debemos saber práctica con efectividad.

- **Asertividad.** Hacíamos referencia a ella hace un momento. En un mundo complejo como son las relaciones sociales, saber defendernos con respeto, hablar de nuestras necesidades, comunicar y escuchar, reclamar derechos y cuidar también los ajenos es una habilidad de gran valía.
- **Capacidad para definir un problema, negociar y evaluar soluciones.** Esta dimensión es algo que todos deberíamos practicar a diario y potenciar al máximo. De este modo, podríamos llegar a acuerdos con mayor facilidad, negociar y establecer metas donde ambas partes ganen.
- **Pedir ayuda.** Tomar consciencia de que no lo sabemos todo, de que necesitamos consejo, apoyo u otras dimensiones es un acto de madurez. Saber pedirla con efectividad es ejemplo de un buen dominio de las habilidades sociales.
- **Convencer a los demás.** Saber convencer no es manipular. Es saber argumentar, conectar y llegar a un entendimiento donde hacer ver al otro que determinada conducta o acto le puede ser más beneficioso. Crear impacto y hacerlo con respeto es un arte que vale la pena aprender.

Son numerosos los beneficios que obtendremos con su puesta en práctica, como conseguir que no nos impidan lograr nuestros objetivos, saber expresarnos y tener en cuenta los intereses, necesidades y sentimientos ajenos. También nos ayudarán a obtener aquello que queremos, a comunicarnos satisfactoriamente con los demás y facilitar una buena autoestima, entre otros aspectos (Dunia, 2017).

3.5.2. Escala de Habilidades Sociales

El desarrollo de las habilidades Sociales es un aspecto esencial en el progreso de todo ser humano, ya que es un ser social por naturaleza y necesita vivir en sociedad, relacionarse con ella con sus virtudes y sus defectos, porque en cuanto más efectiva sea

esta relación con los demás mayor armonía y bienestar existirá entre sus integrantes (Muñoz, Crespí y Angrehs, 2011).

El contexto familiar y social determina las aptitudes, las actitudes y la personalidad del ser humano. *“Una persona que vive en un entorno desfavorecido puede desarrollar una serie de HHSS válidas para el contexto en el que crece, no siendo extrapolables a otros entornos sociales. La investigación realizada por Catalano, Park, Harachi, Haggerty, Abbott y Hawkins pone de manifiesto que las escasas oportunidades del entorno favorecen el aumento de las diferencias de género, el desarrollo de características personales interiorizadas mediante la reproducción social y el desarrollo de conductas agresivas como respuesta a la resolución de problemas”* (Castro, 2016:461).

Su función es contrastar los datos e interpretaciones, así como comprobar lo que era esencial o característico de cada caso. La EHS mide la conducta habitual de jóvenes y adultos en situaciones concretas, valorando hasta qué punto las habilidades sociales modulan ciertas actitudes y comportamientos.

ESTUDIOS SOBRE LAS HABILIDADES SOCIALES DE LOS ADICTOS AL TABACO

Rodríguez Díaz Susana realizó una investigación en España sobre las repercusiones sociales del tabaquismo en la actualidad. En un artículo titulado “Tabaco y cambio social: la construcción del tabaquismo como conducta desviada”, afirma que a finales del siglo XX y principios del XXI, aunque los índices de tabaquismo no hayan descendido, pero la actitud de la sociedad hacia esta adicción es cada vez más negativa. El cigarrillo complica las relaciones sociales del adicto y entorpece su adaptación a diferentes ambientes. A continuación, se presenta una serie de resoluciones, políticas y anuncios prohibitivos del tabaco que literalmente, han segregado a los fumadores de los principales escenarios sociales:

“El fumador segregado. Una de las estrategias utilizadas para crear un colectivo marginado, el de los fumadores, ha sido –además de hacer hincapié en la nocividad del tabaco– visibilizarlo y aislarlo, expulsándolo de muchos de los espacios en los que se con-vive (espacios «sin humo»), marcando zonas específicas para cultivar su hábito, reduciendo su presencia en los medios de comunicación y en el cine, prohibiendo la publicidad del tabaco, restringiendo sus puntos de venta y marcando las cajetillas con mensajes que hacen referencia a su condición de veneno. Con todas estas medidas se consigue la menor visibilidad posible del acto de fumar en el conjunto social y, simultáneamente, la máxima visibilidad cuando el fumador ejerce su condición en público. Buenos ejemplos de la retórica de confinamiento utilizada en los medios de comunicación a la hora de caracterizar la persecución del hábito de fumar lo constituyen los siguientes titulares: «Europa y Estados Unidos empiezan por fin a acorralar al tabaco y a los fumadores» (ABC, 16/I/2003).

«En EE.UU., una oleada de leyes y restricciones han cercado a los fumadores» (La Voz de Galicia, 31/X/2005). Otro ejemplo lo encontramos a raíz de la entrada en vigor en España del Plan Nacional de Prevención y control del Tabaquismo, cuyos objetivos eran los siguientes: [...] liberar de humo los espacios de convivencia públicos, incluidos los centros de trabajo, haciendo recular a los fumadores a zonas específicas donde cultivar su vicio (El País, 16/I/2003). Con motivo de la promulgación en España de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, se habló de objetivos como el de «liquidar la cultura del tabaco», o iniciar el «destierro del tabaco al ámbito privado» (La Vanguardia, 31/XII/2005). En adelante, Ley 28/2005. Como resultado de este proceso se llega a hablar del surgimiento de la figura del «fumador callejero» que, como un perro, deambula a la puerta de su empresa (Efe, 2/I/2006), tras la entrada en vigor de uno de los aspectos más restrictivos de la Ley 28/2005, la prohibición de fumar en los centros de trabajo. La creación de espacios acotados para los fumadores va asociada, a menudo, a la utilización de una terminología bélica, que se asocia con el hecho de regular. El

mensaje parece ser el siguiente: la implantación de normas conlleva el uso de la fuerza, pero ello está justificado, pues se trata de garantizar nada menos que la «limpieza» del aire, su «pureza». Se hace patente así la conexión de la cruzada antitabaco con el movimiento higienista, que se encuentra en el corazón del proyecto modernizador y que lleva aparejada la necesidad de racionalizar, de normalizar, de establecer sistemas de control”. (Rodríguez Díaz, 2010: 122).

3.6. ANSIEDAD

“La ansiedad es el miedo anticipado a padecer un daño o desgracia en el futuro, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión”. (Bruno, 1997: 92). Todos los pioneros de las principales escuelas de pensamiento en la psicología han ofrecido conceptualizaciones sobre la ansiedad. Pero para la presente investigación se tomará la definición de Rojas E., el cual indica que *"consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva caracterizada por un estado de alerta de activación generalizada. Por tanto, lo primero que destaca es la característica de ser una señal de peligro difusa que el individuo percibe como una amenaza para su integridad"*. (Rojas E., 2003: 30).

Así mismo la teoría cognitiva de Rojas, indica que durante el lapso de recepción y emisión de señales al cual se ve expuesto el hombre, una serie de acontecimientos son capaces de poner en marcha toda esta patología, ya sean éstos un sinnúmero de situaciones o eventos cotidianos.

3.6.1. Tipos de ansiedad.

Se distinguen los siguientes tipos de ansiedad:

Ansiedad Exógena o Propiamente dicha: Es aquella que proviene de los sentimientos vitales de ese estrato llamado vitalidad donde parece que confluyen lo somático y lo

psíquico. Deriva de lo psicofisiológico de estructuras cerebrales implicadas en la regulación de la vida emocional, se trata de una serie de estructuras nerviosas, entre las que se destaca el sistema límbico principalmente; la corteza cerebral, un sistema de interrelaciones que se establece entre los dos anteriores, a los que se deben añadir una serie de sistemas de activación, unos específicos para cada tipo de trastorno emocional y otros inespecíficos para toda la endocrinología y el sistema nervioso vegetativo.

Ansiedad Exógena (no propiamente dicha, mejor llamarla de otro modo): Es aquel estado de amenazas inquietante producido por estímulos externos de muy variada condición: conflictos agudos, súbitos, inesperados; situaciones entronizadas de tensión emocional; crisis de identidad personal, problemas provenientes del medio ambiente.

Angustia existencial: De acuerdo con Rojas E., es aquel que proviene de la inquietud de la vida y nos pone frente a frente con nuestro destino con la muerte y con el más allá. Esta es buena siempre y cuando el sujeto no termine traumatizado y sin, darse cuenta, termine en una ansiedad patológica. (Rojas E., 2003).

3.6.2. Causas que producen ansiedad.

Podemos distinguir cuatro parcelas fundamentales de donde pueden originarse fenómenos ansiosos. Son los aspectos: endógenos, biológicos, psicológicos y sociales. Por tanto, podemos afirmar que la ansiedad aun siendo una manifestación esencialmente endógena tiene una génesis poli dimensional.

a) Lo endógenos, de alguna manera, el patrimonio físico heredado.

b) Lo biológico alude a que muchas enfermedades físicas producen ansiedad, que se añade a los síntomas de ese cuadro clínico. Por lo general, esto suele suceder en enfermedades graves, importantes, de envergadura, donde existe un riesgo vital auténtico.

c) Lo psíquico, la articulación de los diferentes momentos biográficos que se conexionan entre sí y hacen emerger la ansiedad como ser los traumas biográficos de

la historia de cada persona y los traumas que han padecido como ser muertes de seres queridos, humillaciones y frustraciones.

d) Lo social, es el aislamiento, soledad, incomunicación, vida rutinaria y la desocupación.

3.6.3. Clasificación de los síntomas de la ansiedad.

Para Rojas E., la ansiedad no es un fenómeno unitario, se manifiesta de muy variadas formas. Su sintomatología en cada sujeto puede aparecer relativamente distinta. Rojas E., reúne a esta sintomatología en cinco grupos: físicos, psicológicos, de conducta, intelectuales y por último los síntomas asertivos.

- **Síntomas Físicos:** Se producen por una serie de estructuras cerebrales intermedias, donde se orientan las bases neurofisiológicas de las emociones; el hipotálamo y el sistema nervioso simpático que produce en la médula suprarrenal grandes cantidades de adrenalina.

- **Síntomas Psicológicos:** Son aquellos que se captan a través del lenguaje verbal, es una vertiente subjetiva, pues la información que obtenemos va a depender directamente de la riqueza psicológica del paciente, de la capacidad de bucear y descubrir sus sentimientos, y sobre todo de su capacidad de expresar, referir, relatar lo que se mueve dentro de ellos.

- **Síntoma de Conductas:** Se denominan así a todos aquellos síntomas que pueden observarse desde afuera, sin necesidad de que el sujeto cuente lo que le pasa.

- **Síntomas intelectuales:** Hacen referencia a un estado subjetivo de tensión que se produce como consecuencia de errores o deficiencias en la acumulación de la información.

- **Síntomas Asertivos:** Se define como el trastorno de las habilidades sociales. Dificultad para un comportamiento personal y social adecuado a cada situación. (Rojas E., 2003).

3.7. DEPRESIÓN.

La palabra depresión proviene del término latino despresus, que significa “abatido” o “derribado” se trata de un trastorno emocional que aparece como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente, se define en general por sus síntomas que pueden parecer enfermedades somáticas. Los estados depresivos son los grandes causantes de reacciones suicidas, ya que en todo deprimido existe un suicida en potencia. Se dice que la depresión puede variar desde un ligero abatimiento hasta el estupor; en su forma más ligera, el deprimido más infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales. En la depresión un poco más profunda hay una constante tensión desagradable, cada experiencia se acompaña de pena y el enfermo puede estar temeroso, preocupado, angustioso, agitado o perplejo y padecer un sentimiento físico o emocional.

“El término depresión en psicología de conducta hace referencia a la descripción de una situación individual mediante síntomas. La diferencia radica en que la suma de estos síntomas no implica en este caso un síndrome, sino conductas aisladas que pudieran acaso establecer relaciones entre sí (pero no cualidades emergentes e independientes a estas respuestas). Así, la depresión no sería causa de la tristeza ni del suicidio, sino una mera descripción de la situación del sujeto. Pudiera acaso establecerse una relación con el suicidio en un sentido estadístico, pero tan solo como una relación entre conductas (la del suicidio y las que compongan el cuadro clínico de la depresión). Es decir, en este sentido, la depresión tiene una explicación basada en el ambiente o contexto como un aprendizaje desadaptativo”. (Martínez, 2003; 87).

3.7.1. Tipos de depresión.

La depresión se manifiesta en formas diferentes, algunas de ellas pueden superponerse. Los psiquiatras pueden dar más de un diagnóstico, ya que la enfermedad a menudo está ligada con otros problemas como abuso de sustancias, trastornos relacionados con la comida o trastornos de ansiedad.

- **Depresión mayor:** cuando los síntomas son intensos. Normalmente una depresión mayor es una enfermedad muy evidente, el paciente se halla triste, desanimado, cansado, etc.
- **Depresiones enmascaradas:** son trastornos en los que predominan los síntomas físicos: cansancio, dolores diversos, vértigos, vómitos, etc., sobre los psicológicos, a los que a veces se llama “nervios” en el estómago, en el corazón.
- **Depresiones con obsesiones:** las obsesiones, pensamientos repetitivos o acciones repetitivas sobre algún tema, pueden ser el único síntoma evidente en este tipo de depresiones.
- **Depresiones mitigadas o distimias depresivas:** distimia quiere decir “humor perturbado”, en este trastorno la persona suele estar con cambios de humor, irritabilidad, problemas de concentración y, de vez en cuando, altibajos depresivos. Las distimias son muy engañosas, pueden durar años y no diagnosticarse como un trastorno depresivo, lo típico es que duren mucho tiempo, y que el paciente no pase más de dos meses libre de trastornos, es frecuente la incidencia de desavenencias familiares, personales, laborales, etc., a causa de los cambios de humor.
- **Depresiones con crisis de ansiedad:** las crisis de ansiedad, también llamadas crisis de pánico, consisten en un inmenso estado de ansiedad, agitación, ahogo, palpitaciones, temblor, sudación, escalofríos, taquicardia y sensación de que a uno le va dar algo o que se va a morir. Durante la crisis de ansiedad el paciente suele presentar agorafobia,

que se define como el miedo de estar en lugares de donde sea difícil o embarazoso escapar, en el caso de que apareciera una crisis de ansiedad. (Singler, 2008).

3.7.2. Síntomas de depresión.

Para tener un mayor entendimiento de los síntomas y efectos en las actividades del individuo, se pueden definir los siguientes aspectos:

- **Desmotivación;** la desmotivación supone la existencia de limitaciones contra las que es muy difícil luchar y vencer, tales como las bajas expectativas y atribuciones equivocadas, falta de hábitos, prejuicios, falta de conocimiento y habilidades frente a los que es difícil obtener algún cambio. El ser humano necesita motivos para actuar, ilusiones, objetivos que den sentido a su vida. Llega a la depresión y permanece en ella por una apatía, una desgana, una desilusión y falta de sentido en su vida que le parece “vegetativa”, absurda.

Por consiguiente, es más preciso considerar que el estar motivados consiste en:

- **Mantener los objetivos, las ilusiones,** para que no languidezcan por cansancio, olvido, dispersión, tentaciones, etc., referido más correctamente a la madurez de una persona adulta, de su capacidad para perseverar ante las dificultades, la firmeza de no caer en el territorio antes de tiempo, de ser capaz de reanimarse, darse nuevo aliento, evocando las razones y las cosas que daban sentido a sus nuestros planes, revitalizar, limpiar las motivaciones que se han diluido o se han olvidada en el trajín del día a día (esta operación se llama el arte de auto motivarse).

- **Búsqueda de nuevos objetivos;** buscar nuevas cuando ya se han acabado las anteriores, lo que requiere un comportamiento de exploración, de búsqueda, de correr el riesgo de probar cosas nuevas. La habilidad de edificar nuevas vidas sobre las cenizas de las anteriores, marca la diferencia entre la persona que se hunde ante el fracaso, la muerte o la enfermedad y la que remonta.

Es importante, sin embargo, que para la búsqueda de nuevos objetivos la flexibilidad de la personalidad ayuda a “ser de diversas maneras”, aunque a veces la educación mal entendida, parece que predique más bien el “ser siempre la misma persona” lo cual produce una rigidez peligrosa, sobre todo en las situaciones excepcionales que estamos contemplando, y las muestras que la sociedad compleja se empeña en proporcionarnos. Intellectualmente, también se requiere por parte del individuo el arte “activo” de buscar nuevas ilusiones consistentes en poder imaginar acontecimientos agradables, historias posibles, nuevos caminos, nuevos parajes y por ello mismo tener ante los ojos una promesa de goce. (Vara, H: 1965)

ESTUDIOS SOBRE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE LOS ADICTOS AL CONSUMO DE TABACO

Siempre se ha pensado que el fumar un cigarrillo baja la ansiedad o estabiliza emocionalmente a una persona. Sin embargo, los estudios recientes demuestran que es todo lo contrario. El acto de fumar deviene de un estado ansioso y desemboca en un cuadro igual o peor. Es decir, el fumar es un círculo vicioso, puesto que refuerza la ansiedad y, al mismo tiempo, la eleva. En la Universidad Complutense de Madrid, Cristina Mae Wood y otros, realizaron una extensa investigación sobre la relación entre el consumo de tabaco y la ansiedad y depresión de los adictos. Se llegó a las siguientes conclusiones:

“El consumo de tabaco, todavía altamente prevalente en nuestro país, no sólo está relacionado con el desarrollo de otros trastornos relacionados con la salud física, sino que también se encuentra estrechamente ligado al desarrollo de desórdenes mentales, especialmente trastornos de ansiedad, tal y como demuestra la literatura científica revisada en este trabajo. Hasta hace poco tiempo, los investigadores científicos han prestado relativamente poca atención a la relación existente entre tabaco y trastornos de ansiedad en comparación con la atención recibida a otros trastornos mentales que frecuentemente aparecen asociados al consumo de tabaco o a aquellos trastornos

mentales que a menudo cursan con otras sustancias diferentes de la nicotina. Sin embargo, el estrés, la ansiedad y los trastornos de ansiedad están fuertemente relacionados con el consumo de tabaco y dicha relación es muy compleja, por lo que se requieren más investigaciones, especialmente con diseños longitudinales, que hasta ahora son escasos.

Con respecto al tabaquismo, existen diversas teorías que intentan explicar los factores asociados al inicio y mantenimiento de dicho consumo. Existe un consenso básico acerca de que el tabaco se consume también en parte como una medida para aliviar el estrés y las respuestas emocionales negativas, como es el caso de la ansiedad. No obstante, es igualmente sabido que estos efectos son temporales y que la nicotina produce activación fisiológica y adicción. La hipótesis de la tercera variable y el modelo cognitivo de la valoración parecen sustentarse en un mayor número de estudios científicos con resultados positivos que otras teorías que intentan dar cuenta de la comorbilidad entre los trastornos relacionados con sustancias y los trastornos de ansiedad. El inicio del consumo de tabaco depende de muchos factores sociales, económicos, o familiares, pero también depende de factores psicológicos, como el hecho de que es más probable que inicien antes el consumo los adolescentes más ansiosos.

Una vez iniciado, el mantenimiento depende de factores sociales, biológicos y también psicológicos, como los procesos cognitivos de valoración y afrontamiento, los sesgos cognitivos en el procesamiento de la información, el estrés, las emociones (ansiedad, ira, estado de ánimo deprimido, etc.), la sensibilidad a la ansiedad, la tolerancia al malestar, el aprendizaje, etc.

Hace más de una década que se viene encontrando evidencia que demuestra que el hecho de fumar diariamente incrementa el riesgo de sufrir por primera vez ataques de pánico e incluso trastorno de pánico. Existen otros factores de riesgo para este trastorno de ansiedad (ser mujer, perfeccionista, síndrome premenstrual severo, edad,

alta sensibilidad a la ansiedad, alto rasgo de ansiedad, sesgos cognitivos atencionales e interpretativos centrados en las sensaciones físicas, el estrés, la ocupación, etc.), pero los fumadores habituales de tabaco, en comparación con los no fumadores, tienen un mayor riesgo de responder de modo ansioso ante distintas sensaciones corporales y de desarrollar ataques de pánico, así como una sintomatología más grave del trastorno de pánico.

Dada la elevada comorbilidad entre el consumo de tabaco y ciertos trastornos de ansiedad y el papel moderador del estado de ansiedad y la sensibilidad a la ansiedad en el inicio, mantenimiento y abandono del consumo de tabaco, se hace necesario el desarrollo de nuevos y mejores tratamientos de deshabituación de esta sustancia, especialmente diseñados para aquellos fumadores con trastornos de ansiedad y otros desórdenes mentales como la depresión, o los trastornos de personalidad de modo que se puedan reducir la intensidad de los síntomas de abstinencia. Recientemente Zvolensky, Baker, y otros demostraron que ni siquiera el 30% de los psicólogos especializados en aplicar tratamientos específicos para los trastornos de ansiedad evaluaban el consumo de tabaco en sus pacientes y afirmaban no sentirse preparados para aplicar un tratamiento de deshabituación de la nicotina. La mayoría de los psicólogos clínicos suecos ha abandonado el consumo de tabaco, pues solo un 8% fuma diariamente, sin embargo, solo un 1% propone a sus clientes abandonar el consumo de tabaco, a pesar de que el 72% considera que tal acción mejoraría su calidad de vida, pues el 75% piensa que no es su responsabilidad ayudarles y el 72% cree que no posee las herramientas suficientes para proporcionar la ayuda.” (Mae Wood et.al., 2009: 18).

En un artículo publicado en el Diario Granma, de Cuba, titulado “Fumar aumenta el riesgo de sufrir ansiedad y depresión”, se confirma la idea desarrollada en la investigación anterior y, más aún, se atribuye a la ansiedad y depresión flotante, como la principal responsable de no poder dejar este vicio.

“La creencia popular de que fumar alivia el estrés, la ansiedad y que actúa como un relajante o tranquilizador compañero, queda completamente desmentida con este nuevo estudio llevado a cabo por el University College London (Reino Unido) y publicado por la revista de la British Heart Foundation. Según el estudio sucede todo lo contrario, fumar aumenta un 70% el riesgo de sufrir ansiedad y depresión. Los científicos contaron con la participación de 6.500 personas (tanto fumadores como no fumadores) de más de 40 años de edad, descubriendo, tras un análisis psicológico de todos ellos, que el 18,3% de los fumadores presentaba síntomas de depresión y ansiedad frente al 10% de los no fumadores y del 11,3% de los ex-fumadores. El estudio echa así por tierra el mito de que el tabaco relaja. Hay una creencia por parte de muchos fumadores de que fumar reduce la ansiedad y el estrés, que es a su vez lo que provoca que muchos fumadores se desanimen para dejar la adicción. Sin embargo, en lugar de ayudar a la gente a relajarse, fumar aumenta la ansiedad y la tensión. La sensación de reducción de estrés o de relajación es temporal y es pronto sustituida por el síndrome de abstinencia y los antojos”, destaca el sitio digital Muy interesante la explicación de Mike Knapton, coautor del estudio. Y es que el tabaco no reduce las causas subyacentes al estrés. A la luz de estos resultados, dejar de fumar no solo nos ayudaría a cuidar nuestra salud y a asegurarnos una vida más larga y saludable, sino que puede ser una herramienta muy útil para combatir la ansiedad, la depresión y mejorar la salud mental, ya que el estudio también descubrió que los ex-fumadores que habían dejado el hábito hacía más de un año, tuvieron perfiles de ansiedad y depresión similares a los participantes que nunca habían fumado. Es cierto que en muchos fumadores la acción de fumar reduce la ansiedad y el estrés, que a su vez lo que provoca que muchos fumadores se desanimen para dejar la adicción. Sin embargo, en lugar de ayudar a la gente a relajarse, fumar aumenta la ansiedad y la tensión”. (Diario Granma, 2018: SP).

En México, el 2010, Eryka del Carmen Urdapilleta-Herrera, Dra. en Psicología junto a un equipo de investigadores realizaron un estudio sobre el tabaco, que lo titularon “Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de

adicción”. En él se presentan cifras alarmantes del índice de adicción al tabaco en México y la estrecha relación entre el fumar y los niveles de ansiedad y depresión de los adictos a esta sustancia. Presentamos a continuación lo indicado por estos autores en el resumen introductorio:

“El consumo del tabaco es un problema serio de salud pública en nuestro país. En México existen más de 16 millones de fumadores que en 10 años tendrán 45% de probabilidades de tener alguna enfermedad respiratoria. En estudios previos sobre prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes, se observa que el tabaquismo ha afectado similarmente a hombres y mujeres (49 y 47%, respectivamente). Hay algunos factores asociados al consumo de tabaco. Por ejemplo, se sabe que tanto el inicio como el mantenimiento de la conducta tabáquica están asociados no solamente a los efectos producidos por la dependencia física a la nicotina, sino también a los efectos sobre el estado de ánimo de quienes consumen tabaco, en los que alivia las sensaciones de malestar producidas por la depresión.

Se ha encontrado una fuerte asociación entre dependencia a la nicotina y depresión mayor y muchas veces la depresión precede al inicio en el consumo de tabaco. Tanto en adultos como en adolescentes con depresión severa y ansiedad, se ha encontrado historia de tabaquismo, con lo que la depresión es una de las alteraciones del estado de ánimo más frecuentes en los fumadores y el consumo de cigarros suele ser mayor en pacientes deprimidos que en los emocionalmente estables. Aparentemente, el consumo de cigarros en este tipo de pacientes funciona a manera de automedicación en contra de diversos síntomas depresivos. Se ha observado que durante la abstinencia al cigarro esta sintomatología se torna más frecuente y más intensa, razón por la cual los fumadores tienen dificultades para mantenerse sin fumar.

En estas condiciones, la suspensión del consumo favorece el aumento de los síntomas depresivos y eventualmente la recaída en el consumo de cigarro. La ansiedad se ha asociado también al consumo de tabaco, encontrándose que la administración de

nicotina puede en algunas ocasiones contrarrestar estos estados. Por esta razón, el consumo de nicotina podría estar actuando a manera de automedicación para tratar síntomas de ansiedad, al igual que la sintomatología depresiva, sobre todo cuando éstas forman parte del síndrome de abstinencia. Por lo tanto, la nicotina es utilizada para tratar o prevenir los síntomas de ansiedad y probablemente la cantidad de cigarros fumados por el paciente, así como el grado de adicción, estén asociados a la depresión. La descarga de una sustancia como la betaendorfina inducida por la nicotina provoca, la reducción de la ansiedad y la tensión. Se propone que la nicotina libera epinefrina y norepinefrina, sustancias que inducen estados de ansiedad característicos en algunos de estos trastornos, por lo que los fumadores tienden a autorregular el consumo de la nicotina en función de su estado de ánimo a través de la cantidad de bocanadas, de la profundidad y duración de ellas. La información tan variada en este sentido promueve cuestionamientos básicos en torno a si la depresión y la ansiedad son el origen de la adicción o si en realidad estos estados son secundarios al consumo de cigarros y al grado de adicción. En México, se sabe que 85.6% de los fumadores presenta síntomas leves de depresión, mientras que 14.4% restante manifiesta sintomatología más grave. El mismo estudio plantea que existe relación entre estos síntomas con el género, con mayor vulnerabilidad en las mujeres, y con el grado de consumo, donde tienden a presentar mayor sintomatología depresiva aquellos con un consumo mayor durante el día. Estos fueron los resultados de los fumadores que asistieron a un programa de ayuda para abandonar el consumo de tabaco en la Clínica del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias”. (Urdapilleta-Herrera et. al., 2010: 1-2).

3.8. ADICCIÓN AL TABACO.

El tabaco es una planta nativa del continente americano que cuenta con hojas de gran tamaño, flores dispuestas en racimo y un fruto que alberga numerosas semillas. Perteneciente a las solanáceas, se caracteriza por tratarse de una planta narcótica gracias a la presencia de nicotina. La hoja de la planta y el producto que se obtienen de ella también se conocen como tabaco. Es importante destacar que el tabaco es

estimulante: puede incrementar la presión arterial y generar taquicardia. Además, por las sustancias que tienen puede provocar adicción. Es la forma más común de abuso de drogas. Se considera dentro de la clasificación de los estimulantes; su principio activo es la nicotina, que tiene una gran variedad de efectos complejos e impredecibles sobre el organismo, es la responsable de la adicción al tabaco. (DEFINICIÓN ABC).

3.8.1. Tabaquismo

El tabaquismo es la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. El tabaquismo según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV de la American Psychiatric Association es una enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones.

Según el Manual de Psiquiatría Norteamericano (DSM IV 3), en el capítulo de trastornos vinculados al consumo de sustancias psicoactivas, los criterios que debe cumplir una sustancia para considerarla como adictiva son:

➤ **A nivel psicológico:**

1. Preocupación o compulsión por el consumo.
2. Disminución o pérdida de control con respecto al uso de la sustancia.
3. Uso continuado a pesar de consecuencias negativas.
4. Minimización o negación de problemas asociados con el uso de sustancias.

➤ **A nivel fisiológico:**

1. Tolerancia
2. Síndrome de abstinencia

Como podemos comprobar, todos estos criterios los cumple el tabaquismo, generando tanto la dependencia psicológica, como la fisiológica.

3.8.2. Consecuencias.

La exposición continua al tabaco está asociada con las siguientes enfermedades:

- a) Cáncer de pulmón, boca, faringe, esófago, estómago, páncreas, cérvico-uterino, renal y/o vesícula.
- b) Sistema respiratorio, puede ocasionar bronquitis crónica, asma y enfisema pulmonar.
- c) Cardiacas: puede producir deficiencia coronaria (disminución del riego sanguíneo al corazón, lo que provoca un infarto).
- d) Problemas cerebro-vasculares: derrames cerebrales, aneurisma (deformación o incluso rotura de las paredes vasculares) y problemas circulatorios e hipertensión (presión arterial alta).
- e) Embolias y accidentes cardio y cerebro-vasculares, sobre todo en mujeres que fuman y toman anticonceptivos.
- f) Resequedad de la piel, arrugas prematuras y pérdida de piezas dentales.
- g) Molestias vinculadas con la menstruación que se relacionan con menopausia temprana, algunos casos de esterilidad o concepción retardada.
- h) Disfunción eréctil (impotencia sexual); el consumo de tabaco es una de sus causas más frecuentes. El humo de tabaco de segunda mano mata.

3.8.3. La adicción psicológica al tabaco.

Al catalogar la dependencia psicológica la contemplaremos desde el punto de vista de la relación artificial de un estímulo, como podría ser el sabor del café, con otro que es el cigarrillo que se sumaría al efecto psicofarmacológico anteriormente comentado. Podemos encontrar muchos otros ejemplos de asociación estimular por medio del condicionamiento clásico: conducir y fumar, hablar por teléfono, escribir en el ordenador... todos estimulantes de la adicción al tabaco. Aunque los cigarrillos son una máquina perfectamente diseñada para la liberación de nicotina, otros factores no farmacológicos como el sabor, aroma, la sensación de tener algo entre las manos, en la boca, las sensaciones en el tracto respiratorio, etc., son también elementos que se citan entre los estímulos placenteros del consumo de tabacos. (García Sanz, 2008).

IV. METODOLOGÍA

4.1. ÁREA DE LA PSICOLOGÍA EN LA QUE SE ENMARCA EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se enmarca dentro del área de la psicología Clínica, la misma como refieren Pérez y Merino (2008: 49) “*se encarga de la investigación, evaluación, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la prevención de las cuestiones que afectan a la salud mental*”. Por lo que la presente investigación pretende determinar el perfil psicológico y social de los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija; para esto se aplicaron diferentes pruebas psicológicas que tienen como objetivo poder evaluar la personalidad, bienestar psicológico, funcionalidad familiar, habilidad social, ansiedad y depresión.

4.2. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, establecemos las principales características y tipos a los cuales pertenece la presente investigación:

Exploratoria. Los estudios exploratorios se definen como “*el diseño de investigación que tiene como objetivo facilitar una mayor penetración y comprensión del problema que enfrenta el investigador*”. (Malhotra, 1997:87). Este estudio es exploratorio porque pretende darnos una visión general, de tipo aproximativo, respecto a este hecho; esta investigación se centra en analizar e investigar aspectos concretos de esta realidad de la adicción al consumo de tabaco.

Descriptiva. Porque “*busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier población*” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010:80). Este tipo de investigación pretende describir los datos y características de los adictos

al cigarrillo, como ser: personalidad, bienestar psicológico, relación familiar, habilidades sociales, ansiedad y depresión.

Cuantitativa. Porque utiliza *“la recolección de datos empíricos para probar una hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”*. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010:4). En la presente investigación todos los instrumentos que se emplearon dan como resultado datos numéricos, los cuales serán tratados estadísticamente para llegar a las conclusiones y cumplimiento de los objetivos de nuestro estudio.

Teórico. El presente estudio es de tipo teórico puesto que su meta principal es generar información nueva sobre el tema de investigación abordado. Es decir, se cumplirán los objetivos trazados si es que se elabora un reporte sobre la personalidad, socialización, depresión, etc. de los adictos al tabaco de la ciudad de Tarija. Nuestra investigación no es de tipo práctico puesto que, aunque la adicción al tabaco sea una necesidad de urgente solución, los alcances de este estudio no pretenden abordar el tratamiento de las personas estudiadas ni crear políticas de prevención sobre el tabaco.

Transversal. Porque se recolecta datos de manera inmediata de los consumidores de tabaco acerca de su perfil actual que se presenta, las mismas que se encuentran en la Ciudad de Cercado – Tarija. No se realiza el seguimiento de ningún caso ni se analiza la evolución del proceso de adicción a través del tiempo.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1. Población

La población de estudio está compuesta por todas las personas que son dependientes del consumo de tabaco, pertenecientes a la ciudad capital de Tarija, comprendidas entre las edades de 20 a 40 años. Según estadísticas proporcionadas por el INTRAID de la

ciudad de Tarija, el número de personas adictas al consumo de tabaco entre esos márgenes de edad estaría alrededor de 4000.

Las variables de selección del presente estudio son:

- **Edad:** a) 20-26; b) 27-33; c) 34-40.
- **Sexo:** Hombres y mujeres
- **Nivel de adicción:**
 - a) 10 a 15 cigarrillos diarios
 - b) 16 a 20 cigarrillos diarios
 - c) 21 o más cigarrillos diarios

4.3.2. Muestra

La muestra de estudio está conformada por 108 personas, las cuales constituyen aproximadamente el 2,5% de la población total.

El tipo de muestreo que se empleó es intencional y estratificado. Es intencional por el hecho que el investigador seleccionó personalmente a las personas que integraron la muestra (no se aplicó al azar) debido a que es preciso consultar previamente a los adictos al cigarrillo si están en condiciones y con la predisposición de participar en la investigación planificada. Además, es por estratos debido a que la muestra está dividida por clases o sectores de acuerdo a las variables de selección, es decir, por ejemplo, la mitad está conformada por hombres la otra mitad por mujeres.

El muestreo intencional “*supone un cierto conocimiento del universo a estudiar; su técnica consiste en que el investigador escoge intencionadamente y no al azar algunas categorías que él considera típicas o representativas del fenómeno a estudiar*” (Ander-Egg, 2011: 89).

La muestra se presenta en el siguiente cuadro

CUADRO N. ° 1. MUESTRA

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	56	60,2
Femenino	37	39,8
Total	93	100,0
Fuente: INTRAID Elaboración: Propia		

Debemos indicar que de los 108 sujetos de la muestra que se tenía planificado al principio solo se pudo conseguir 93 que cumplieran con todos los requisitos exigidos por el estudio. Los demás tenían alguna falencia metodológica y fueron depurados. Tampoco se pudo conseguir el 50% exacto de hombres y mujeres debido a la mayor presencia de varones en esta adicción.

4.4. MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

A continuación, se describen los métodos, técnicas e instrumentos que se emplearon en la presente investigación, tanto para el proceso de elaboración del proyecto, la recolección de datos como para la interpretación y elaboración del informe final.

4.4.1. Métodos

Son los siguientes:

➤ **Método teórico.**

El método teórico es aquel que permite descubrir en el objeto de investigación las relaciones esenciales, como también las cualidades fundamentales, no detectables de

manera sensorial. Por ello se apoya básicamente en los procesos de abstracción, análisis, síntesis, inducción y deducción. El método teórico permite la realización del marco teórico, interpretación de datos, interpretación conceptual y el desarrollo de diferentes variables presentes en este trabajo de investigación.

➤ **Método empírico.**

Este método permite revelar las relaciones esenciales y las características fundamentales del objeto de estudio, accesibles a la detección sensorial. El aporte al proceso de investigación es resultado fundamental de la experiencia a través de procedimientos prácticos con el objeto y diversos medios de estudio. El método empírico permite la recolección de datos a través de las distintas técnicas e instrumentos el cual nos permite hacer un análisis y una interpretación de la realidad de la investigación; así también permite revelar las características fundamentales del objeto de estudio de la presente investigación, analizando e interpretando la problemática a través de la experiencia del proyecto.

➤ **Método estadístico.**

Este método se empleó en la fase de procesamiento de los datos puesto que toda la información recabada mediante los instrumentos es manipulada numéricamente. La estadística es una ciencia que permite estudiar una determinada población a partir de la recolección, recopilación e interpretación de datos mediante el análisis numérico.

➤ **Método de los test psicológicos.**

En la etapa de recojo de datos se empleó test psicométricos para valorar las diferentes variables de estudio. Un test psicológico es una prueba estandarizada que tiene por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica. Su validez se basa en la aplicación de la prueba a una muestra amplia de la población a la que está dirigido, de la cual se han calculado parámetros estadísticos creando una escala normalizada que permite ubicar a un individuo particular en esas categorías que expresan promedios de la población. En general, se ha utilizado el término "Test" para referirse al instrumento

de medición psicológica de variables de tipo cognitivo: aptitudes, conocimientos, rendimiento, habilidades, etc., en los que las respuestas son correctas o incorrectas y la puntuación total viene dada por la suma de respuestas correctas, dando lugar a una escala acumulativa jerárquica. La característica fundamental de los test psicológicos es su naturaleza estandarizada, lo cual implica un procedimiento de aplicación y de corrección idénticos para todos los casos.

A continuación, se presenta un cuadro resumen de los métodos, técnicas e instrumentos que se emplearon en el proceso de recolección de la información:

CUADRO N. ° 2. RESUMEN DE LOS MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

OBJETIVO	MÉTODOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Personalidad	Test psicológico	Inventario	16 P.F. de Raymond Cattell (1993)
Bienestar psicológico	Test psicológico	Escala	La escala de bienestar psicológico de Ryff (1995)
Relación familiar	Test psicológico	Cuestionario	Cuestionario del funcionamiento familiar. Ortega, T., De la Cuesta, D. y Días, C. (1999).
Habilidad social	Test psicológico	Escala	La escala de habilidades sociales EHS. (1993)
Ansiedad	Test psicológico	Cuestionario	Ansiedad de Enrique Rojas para valorar la ansiedad. (1990)
Depresión	Test psicológico	Inventario	Inventario de Depresión de Beck BDI-II (1996)

4.4.2. Técnicas

Las técnicas que se emplearon son:

Cuestionario: Técnica de recolección de datos que emplea como procedimiento fundamental la formulación de preguntas de tipo descriptivas, las cuales valoran características personales extáticas o dadas de antemano, sobre la cuales, el entrevistado, generalmente aplica en mínimo grado el juicio y el razonamiento y se basa fundamentalmente en la memoria. *“Técnica que permite la recolección de datos que, proporcionan los individuos de una población o más comúnmente de una muestra de ella, para identificar sus opiniones, apreciaciones, puntos de vista, actitudes, intereses o experiencias entre otros aspectos”* (Niño, 2011: 63.)

Escala. - El término "Escala" se suele utilizar para hacer referencia al instrumento elaborado *“para medir variables no cognitivas: actitudes, intereses, preferencias, opiniones, etc., y se caracterizan porque los sujetos han de responder eligiendo, sobre una escala de categorías graduada y ordenada, aquella categoría que mejor represente su posición respecto a aquello que se está midiendo, no hay respuestas correctas o incorrectas, y la puntuación total es la suma de las puntuaciones asignadas a las categorías elegidas por los sujetos”*. (Merton, 1968: 21):

Inventario. Es una relación detallada ordenada y valorada de los elementos que compone una persona, es algo detallado porque llega a especificar las características de cada uno. El término "Inventario" se refiere al instrumento elaborado para medir variables psicológicas, con la característica de que las respuestas no son correctas o incorrectas, lo único que demuestran es la conformidad o no de los sujetos con los enunciados de los ítems.

4.4.3. Instrumentos

Para que el presente trabajo de investigación tenga validez y confiabilidad se utilizó los siguientes instrumentos para la recolección de datos:

INVENTARIO DE PERSONALIDAD 16 P.F. DE RAYMOND CATTELL

Nombre completo del test. Inventario de Personalidad 16 Pf de Raymond Catell 1993

Autor. Raymond B. Cattell, A. Karen S. Cattell y Heather E.P. Cattell

Objetivos. El 16PF está ideado para hacer un análisis de los rasgos y estilos de respuesta de la persona a evaluar, pudiendo obtener con su interpretación un perfil básico de la personalidad del sujeto.

A qué técnica corresponde. Inventario.

Historia de creación y baremación. El 16PF es uno de los cuestionarios de personalidad más utilizados desde diferentes ramas de la Psicología. Desde sus primeras versiones en la década de los años 40 del siglo XX, la construcción de este instrumento se ha basado en procedimientos empíricos, fundamentalmente el análisis factorial. Tal y como señalan Aluja y Blanch (2003), esta quinta edición del 16PF presenta buenas propiedades psicométricas, donde ha mejorado sensiblemente su validez y fiabilidad respecto a versiones anteriores. Raymond Cattell construyó en 1957 uno de los más famosos test de personalidad, el 16 PF.

Confiabilidad y validez. A pesar de que los datos sobre validez de contenido son escasos en el manual, dado que se trata de uno de los test con una trayectoria de más de cuatro décadas y basado en una de las teorías de la personalidad con mayor aceptación, se puede considerar que la fundamentación y justificación teórica es más que suficiente.

Procesamiento de aplicación y calificación. Se dispone de una plantilla mecanizada donde cada casilla se refiere a una de las preguntas del test y el usuario debe introducir la respuesta que el sujeto ha dado.

Escala de los resultados: De 1, 2, 3 = Nivel Bajo; 4, 5, 6 = Nivel Medio; 7, 8, 9 = Nivel Alto.

Descripción de los materiales.

- Papel y lápiz

-Cuestionario Factorial de Personalidad, 16PF, la aplicación puede ser individual o colectiva con una duración de entre 40 y 45 minutos.

Escala. Decatipos.

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RIFF

Nombre completo del test: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Autor: Carol Ryff (1995)

Objetivos: Determinar el nivel de bienestar psicológico mediante una escala.

A qué técnica corresponde: Corresponde a la técnica de la escala.

Historia de creación y baremación: La escala de Bienestar Psicológico fue creada por Carol Ryff en el año 1995, cuya revisión se dio el 2004 y fue adaptado a la versión española por Díaz et al., (2006).

Confiabilidad y validez: La presente escala, fue traducida por Díaz et al., (2006). En el análisis estadístico obtuvo buena consistencia interna, con valores del α de Cronbach mayores o iguales que 0,70. Además las altas correlaciones halladas entre las escalas de ambas versiones Autoaceptación (0,94); Relaciones positivas (0,98); Autonomía (0,96); Dominio (0,98); Crecimiento personal (0,92); Propósito en la vida (0,98), en consecuencia, indica que esta versión española representa bien los elementos teóricos esenciales de cada una de las dimensiones

Procesamiento de aplicación y calificación: El instrumento puede ser aplicado a nivel individual y colectivo. La evaluación dura máximo 20 minutos. La aplicación es dirigida a adolescentes y adultos de ambos sexos. El evaluado cuenta con las instrucciones básicas para responder de manera acertada cada enunciado, puede elegir entre 6 alternativas de solución para cada ítem estipuladas. Para la corrección Invertir los ítems: 17, 23, 15, 26 y 21. Siguiendo esta pauta: (1=6) (2=5) (3=4) (4=3) (5=2) (6=1).

Descripción de los materiales: Esta escala mide seis propiedades positivas del bienestar psicológico, que esta autora constituyó de acuerdo con las discusiones teóricas sobre los requerimientos cumplidos, motivaciones y propiedades que

describen a un ser humano en íntegra salud mental. Está conformado por 39 ítems, distribuidos en 6 dimensiones y con formato de los ítems Escala Likert de 6 puntos:

Escala: BP. Elevado >176 pts.

BP Alto 141-145 pts.

BP Moderado 117 y 140 pts.

BP Bajo <116 pts.

CUESTIONARIO DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF- SIL

Nombre completo del test. Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL

Autor. Ortega, T., de la Cuesta, D. and Días, C. (1999).

Objetivos. El objetivo de este cuestionario es evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad

A que técnica corresponde. Corresponde a la técnica del cuestionario

Procesamiento de aplicación y calificación: Adolescentes y adultos de ambos sexos, Aplicación. Cada una de las 14 situaciones que les son presentadas al usuario, debe ser respondida a con una X en la escala de valores cualitativas, según la percepción que tenga como miembro de la familia. Se procederá a sumar los puntos, lo cual determinará en qué categoría se encuentra el funcionamiento familiar:

-Familia funcional de 70 a 27 pts.

-Familia moderadamente funcional de 46 a 43 pts.

-Familia disfuncional de 42 a 28 pts.

-Familia severamente disfuncional de 27 a 14 pts

Descripción de los materiales. Este instrumento consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Correspondiendo 2 a cada uno de las 7 variables que mide este cuestionario.

Escala: Escala cualitativa Escala cuantitativa

Casi Nunca 1 pto.

Pocas Veces 2 ptos.

A veces	3 ptos.
Muchas veces	4 ptos.
Casi Siempre	5 ptos.

LA ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES EHS

Nombre completo del test. EHS Escala de Habilidades Sociales

Autor. Elena Gimero Gonzales

Objetivos. El objetivo es la evaluación de la aserción y las habilidades sociales de la persona.

Material. -Manual de aplicación, hoja de respuestas, hoja de perfil, lápiz

A qué técnica corresponde. Escala.

Historia de creación y baremación. La baremación o también llamada escala de valores sirve para el proceso de categorización cualitativa. La transformación de una puntuación ayuda a los usuarios a colocar significado a un valor determinado de acuerdo con el comportamiento de un conjunto de observaciones.

Confiabilidad y validez. Confiabilidad. - La EHS de Gismero muestra una consistencia interna alta. Tiene validez, de constructo es decir que el significado atribuido al constructo medido (habilidades sociales o asertividad) es correcto. Tiene validez de contenido pues su formulación se ajusta a lo que comúnmente se entiende por conducta asertiva. Existe, asimismo, validez del instrumento, es decir que se valida toda la escala, el constructo que expresan todos los ítems en su conjunto.

Procesamiento de aplicación y calificación: Se leen y explican las instrucciones tal como aparecen en las hojas de respuestas, no existen respuestas correctas o incorrectas en la prueba, el tiempo que se requiere para su contestación es de aproximadamente de 15 minutos, y su administración puede ser individual o colectiva. Para la calificación se suman los puntos obtenidos en cada factor de las 6 sub escalas.

Descripción de los materiales. La EHS está compuesta por 33 ítems, consta de 4 alternativas de respuesta. A mayor puntaje global el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidades de aserción en distintos contextos.

Escala.	Puntaje Pc	nivel de HS
	25 o por debajo	nivel de BAJAS HS.
	Entre 26 y 74	nivel MEDIO
	75 o más	ALTO nivel en sus HS

CUESTIONARIO DE ROJAS PARA VALORAR LA ANSIEDAD

Nombre completo del test. Escala de Evaluación Conducta para la Ansiedad (Rojas)

Autor. Rojas

Objetivos. Evalúa la ansiedad

A qué técnica corresponde. Corresponde a la técnica del cuestionario

Historia de creación y baremación. El Dr. Enrique Rojas Montes (Granada, 21 de febrero de 1947). Empezó a elaborar su famoso cuestionario para medir la ansiedad en la década de los 70, en base a una búsqueda constante de la felicidad. Desde su punto de vista, una vida lograda exige afrontar adecuadamente algunos de los siguientes problemas que afectan a la sociedad actual: el hedonismo, la permisividad, el nihilismo, la promiscuidad sexual y el relativismo. Tras numerosas revisiones, presentó el cuestionario en su forma actual el año 1997.

Confiabilidad y validez. En cuanto a la medición de la validez del cuestionario de Rojas se empleó diferentes técnicas, como: Interpretación a ciegas. Validación de hipótesis interpretativas. Técnica del apareamiento y el método de Exner donde ofrece procedimientos estandarizados de aplicación, calificación e interpretación. Cada respuesta se codifica en diferentes categorías de calificación que incluyen localización, determinantes, calidad de la forma, contenidos, actividad organizacional y respuestas populares. La validez obtenida por el método de Exner oscila entre .85 y .90. Su validez diagnóstica varía entre un .85 y .98. Los índices de validez convergente para el cuestionario de Rojas son comparables a los más importantes instrumentos para medir la ansiedad y depresión.

Procesamiento de aplicación y calificación. Esta prueba puede ser autoadministrable o aplicada en grupo y es de una duración corta. Se le presenta las instrucciones diciendo

que responda a las preguntas en relación con los síntomas que usted haya anotado durante los tres últimos meses. Y que encierre en un círculo alrededor del asterisco ya sea en la opción Sí o en la NO, si no tiene síntomas.

Descripción de los materiales. Cuestionario de evaluación conductual para la ansiedad

Escala: Banda normal.....	0 -20
Ansiedad ligera.....	21 – 30
Ansiedad moderada.....	31 – 40
Ansiedad grave.....	41 – 50
Ansiedad muy grave.....	50 – 0 mas

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre completo del test. BDI-II, Inventario de Depresión de Beck - II

Autor. Aaron Beck, R.A. Steer y G.K. Brown

Objetivos. Identificar y medir la gravedad de síntomas típicos de la depresión en adultos y adolescentes a partir de 13 años.

A qué técnica corresponde. Inventario.

Historia de creación y baremación. El **Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II)**, creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aarón T. Beck, Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas a partir de 13 años de edad. Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996.

Descripción de los materiales. El BDI consta de 21 ítems para evaluar la *intensidad* de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida.

Escala. Inventario de depresión de Beck BDI-II

Ausente.....	0 -9
Leve.....	10 – 18
Moderada.....	19 – 29
Severa.....	30 – 63

4.4.4. Procedimiento

Para la realización del presente trabajo de investigación se siguió el presente procedimiento:

I. Revisión bibliográfica y contacto con personas e instituciones vinculadas a la investigación.

En esta etapa del trabajo se realizó la revisión del material bibliográfico, la búsqueda bibliográfica referida a todos los conceptos necesarios para la construcción del marco teórico y a la comprensión del objeto de estudio de la investigación que contribuye a su vez en el análisis de los datos. Al mismo tiempo se ha establecido contacto con el INTRAID puesto que con la ayuda de esta institución se estableció contacto con la población objetivo del estudio.

II. Prueba piloto

En esta etapa se procede a la realización de la aplicación de los instrumentos al 5 % el cual corresponde a 5 personas de la muestra para poder observar si cada uno de los test, cuestionarios o inventarios son entendidos y que los mismos no presentan ninguna dificultad para su realización posterior. Esto nos sirvió para evitar ciertos problemas que tengan que ver con los instrumentos posteriormente, ya que en muchos casos vienen en términos que no son del todo comprendidos por las personas a las cuales se pretende estudiar es por eso la importancia de esta fase. Si en algún momento se presenta alguna complicación se procederá a la corrección de los errores o dificultades presentados.

III. Selección de los instrumentos

Después de la prueba piloto y en base a la información que esta nos proporcionó se delimitó la batería de test definitiva. Provisionalmente se tienen definidos los siguientes instrumentos:

- Inventario de la personalidad 16 pf de Raymond Cattell 1980
- Escala de bienestar psicológico de Ryff 1995
- Cuestionario del funcionamiento familiar FF-SIL 1999
- La escala de habilidades sociales EHS 1993
- Cuestionario para valorar la ansiedad de Enrique Rojas 1990
- Inventario de depresión de Aron Beck BDI-II 1961

IV. Selección de la muestra

En esta fase se realizó la elección de cada uno de los elementos que forman parte de la muestra, la cual se realizó de acuerdo a las variables de selección presentadas en el subtítulo de la población y muestra. De esta misma manera se procedió a la identificación en la ciudad de Tarija y de las personas que cumplan con los parámetros establecidos en las variables de selección. Para la elección de la muestra se aplicó el muestreo intencional, es decir, que se procedió a la solicitud de cooperación a los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija que cumplan con cada uno de los requisitos de selección.

V. Recojo de la información

En esta fase del trabajo se procedió a la recopilación de la información mediante la aplicación de los instrumentos seleccionados para esta investigación con el objetivo de obtener la información necesaria para poder dar respuestas a cada uno de nuestros objetivos planteados.

La aplicación de cada uno de los instrumentos utilizados se la hizo en un ambiente que mejor le favoreció a la persona a la que se le aplicó el instrumento para su correcto

desarrollo. También se procedió a la aclaración de que la información recabada por los instrumentos aplicados será confidencial y con fines académicos con el propósito de que el paciente pueda ser lo más sincero posible en sus respuestas. Los instrumentos se aplicaron en el siguiente orden: Empezando por el Inventario de la personalidad 16 pf de Raymond Catell, la escala del bienestar psicológico de Ryff, el cuestionario de la funcionalidad familiar, la escala de habilidades sociales EHS, el cuestionario para valorar la ansiedad de Enrique Rojas, y por último el Inventario de depresión de Beck BDI-II los cuales se aplicaron en tres sesiones. Los instrumentos fueron aplicados de manera personal.

VI. Procesamiento de la información

En esta etapa, una vez obtenidos los resultados, estos fueron procesados en cada una de las escalas o baremos de cada uno de los instrumentos correspondientes de cada test para poder dar respuesta a nuestra hipótesis de investigación como así también a los objetivos de la investigación a la luz de la teoría que sustenta el presente trabajo, para poder posteriormente llegar a la redacción de las conclusiones y recomendaciones de la investigación. Los datos son procesados a través del paquete estadístico SPSS y se realizaron los siguientes cálculos: frecuencias, porcentajes, medias aritméticas, cruce de variables, comparación de medias y correlación.

VII. Redacción del informe final

En esta fase se procedió a la revisión, redacción, organización y presentación del informe final de nuestro trabajo de investigación para posteriormente ponerlo en consideración del departamento de Psicología Universidad Autónoma Juan Misael Saracho.

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se recurre a presentar todos los datos obtenidos en el proceso de investigación para cumplir con los objetivos planteados. se expondrá los resultados a través de tablas para finalmente, llegar a aceptar o rechazar las hipótesis planteadas. La

primera parte de este capítulo está destinada a la exposición de los datos que tienen que ver con los objetivos específicos planteados.

Como se aclaró en el capítulo de los objetivos este trabajo de investigación está referido a las personas adictas al consumo de cigarrillo. Los instrumentos se aplicaron mediante un procedimiento de muestreo intencional a todas aquellas personas que quisieron participar en el estudio y que cumplían con los requisitos mínimos de adicción (de 10 cigarrillos diarios en adelante).

5.1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 1

Identificar los principales rasgos de personalidad presentes en adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija.

Para identificar los principales rasgos de personalidad de los adictos al consumo del tabaco, se empleó el inventario de personalidad 16 PF de Cattell. Se tuvo al principio algunas dificultades en la aplicación del mismo, debido al tiempo prolongado que se requiere para la aplicación de este instrumento y por la impaciencia y ansiedad de los adictos al consumo de tabaco, debido a lo cual muchas personas seleccionadas abandonaron la investigación, pero al final con la buena voluntad de los que quisieron colaborar con la investigación se pudo cumplir con éxito este objetivo.

CUADRO N.º 3

PERSONALIDAD DE LOS ADICTOS AL CONSUMO DE TABACO

Factor	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A. Sizotimia - Afectividad	67	72,0	25	26,9	1	1,1	93	100

B. Inteligencia Baja - Inteligencia Alta	9	9,7	54	58,1	30	32,3	93	100
C. Poca Fuerza Del Yo- Mucha Fuerza Del Yo	76	81,7	17	18,3	0	0	93	100
E. Sumisión – Dominancia	3	3,2	37	39,8	53	57,0	93	100
F. Desurgencia -Surgencia	3	3,2	31	33,3	59	63,4	93	100
G. Poca Fuerza Del Súper Yo- Mucha Fuerza Del Súper Yo	65	69,9	28	30,1	0	0	93	100
H. Timidez – Audacia	60	64,5	33	35,5	0	0	93	100
I. Dureza – Ternura	5	5,4	51	54,8	37	39,8	93	100
L. Confiable – Suspica	33	35,5	56	60,2	4	4,3	93	100
M. Practicidad -Imaginativita	18	19,4	55	59,1	20	21,5	93	100
N. Sencillez – Astucia	13	14,0	68	73,1	12	12,9	93	100
O. Seguridad – Inseguridad	0	0	45	48,4	48	51,6	93	100
Q1. Conservadurismo – Radicalismo	9	9,7	52	55,9	32	34,4	93	100
Q2 Adhesión al Grupo – Autosuficiencia	4	4,3	63	67,7	26	28,0	93	100
Q3 Baja Integración - Mucho Control	68	73,1	25	26,9	0	0	93	100
Q4 Poca Tensión - Mucha Tensión	0	0	21	22,6	72	77,4	93	100
Fuente: Inventario de Personalidad 16 Pf de Raymond Catell 1993								
Elaboración: Propia								

De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla anterior, en el inventario de Personalidad 16 PF, se observa que las personas adictas al consumo del cigarrillo presentan una personalidad que se caracteriza por los siguientes rasgos de personalidad:

FACTORES BAJOS

En el 81.7%. de los encuestados predomina el factor C. **Poca Fuerza Del Yo- Mucha Fuerza Del Yo.** En este rasgo predominan los valores bajos, es decir poca fuerza del yo. Según el autor del test las personas que dan un puntaje alto en esta polaridad son personas: *“Reactivas y emocionalmente cambiantes. Una baja puntuación (C-) describe a una persona que siente que no ha logrado sus metas, que su vida es insatisfactoria, con una imagen pobre de sí misma y sentimientos de automenosprecio. La baja estabilidad emocional describe personas con sentimientos subjetivos de*

malestar psicológico, ansiedad, y se asocia a una gran variedad de trastornos y síntomas psicológicos. (Cattell, 1950: 38).

Este resultado significa que, en el caso de los sujetos de la investigación, la descripción hecha por Cattell corresponde con exactitud, pues ellos, experimentan en su conducta ansiedad y malestar psicológico; es probable entonces que las personas adictas al consumo de cigarrillo traten de aliviar estos síntomas con la adicción al tabaco. Sin embargo, si bien el acto de fumar baja la ansiedad, este se transforma en un círculo vicioso pues al desarrollarse la dependencia, cada vez necesitan fumar más y llegan a un estado de auto menosprecio e insatisfacción temporal.

Así mismo, se observa que predomina el factor **Q3 Baja Integración - Mucho Control** con un 73.1% con inclinación al polo bajo. Al respecto Cattell indica que las personas que tienen baja integración son: *“Poco perfeccionistas, no muestran ninguna compulsión por el orden ni por la limpieza. Tienen escaso acercamiento con el yo idealizado. Son personas desorganizadas, indisciplinadas, con mucha tolerancia hacia la ambigüedad y el desorden, y con escasa habilidad para controlar sus emociones, particularmente, la ira y ansiedad. (...) La puntuación baja describe a un sujeto flexible, con tolerancia por el desorden, de baja capacidad de emprendimiento”*. (Cattell, 1950: 38).

Finalmente dentro de los puntajes bajos, se observa que el 72,0 % de los encuestados presenta un predominio en el factor **A Sizotimia-Afectividad**, donde prevalece el polo sizotimia, esto significa que las personas adictas al cigarrillo se caracterizan por ser reservadas y tienden a alejarse o aislarse de las personas del entorno social. (Cattell. 1950).

FACTORES ALTOS

Dentro de los factores altos se observa un porcentaje elevado en el factor **Q4 Poca Tensión - Mucha Tensión**. En este caso predomina el polo de Mucha tensión con un 77.4%. A decir de Cattell: *“Esta dimensión se asocia con ansiedad flotante y*

frustraciones generalizadas. Un puntaje alto indica tensión, ansiedad manifestada en problemas de sueño, cavilaciones, agitación, impaciencia e irritabilidad. Estos sentimientos serían resultado de un exceso de demandas del entorno. Existe un predominio del estrés y la aprensión". (Cattell, 1950: 39).

Igualmente consideramos que la mucha tensión detectada por el instrumento 16 Pf coincide de manera evidente con el sentir y accionar de los adictos al consumo de tabaco. Ya que ellos indican que fuman para aliviar el estrés y la ansiedad, pero también reportan que la adicción les genera posteriormente, mayores niveles de intranquilidad. Según Catalán 2003: SP el “*Tabaquismo y ansiedad son inseparables. El tabaco constituye síntoma y paliativo simultáneo. El individuo adicto manifiesta a través de su comportamiento compulsivo una profunda angustia y ansiedad que trata de aliviar teniendo siempre un cigarrillo en la boca y tratando de satisfacer oralmente una angustia latente y originada en las más remotas edades de su infancia*”. (Catalán, 2003: SP).

Dentro de los factores altos de la personalidad, también se puede evidenciar que 63,4 % de los encuestados presenta un elevado porcentaje en el factor **F Desurgencia-Surgencia**, con predominio en el polo surgencia. Las personas que presentan surgencia se caracterizan por ser personas alegres, sociables y que disfrutan de participar en reuniones sociales. (Cattell 1950)

Finalmente se observa que 57,0 % de las personas adictas al cigarrillo presentan un significativo porcentaje en el factor **E Sumisión- Dominancia**, teniendo mayor dominio en el polo dominancia, esto significa que se caracterizan por ser independientes, y en ocasiones buscan estar en posiciones de poder para controlar a otros. Suelen ser competitivos y muy seguros de sí mismos. (Cattell 1950)

CUADRO N ° 4 **RASGOS DE PERSONALIDAD EN HOMBRES Y MUJERES**

FACTOR	Masculino						Femenino					
	Fr 56		100.0 %				Fr 37		100.0 %			
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A. Sizotimia – Afectividad	40	71,4	16	28,6	0	0,0	27	73,0	9	24,3	1	2,7
B. Inteligencia Baja - Inteligencia Alta	7	12,5	30	53,6	19	33,9	2	5,4	24	64,9	11	29,7
C. Poca Fuerza del Yo- Mucha Fuerza del Yo	47	83,9	9	16,1	0	0,0	29	78,4	8	21,6	0	0,0
E. Sumisión – Dominancia	2	3,6	20	35,7	34	60,7	1	2,7	17	45,9	19	51,4
F. Desurgencia - Surgencia	2	3,6	20	35,7	34	60,7	1	2,7	11	29,7	25	67,6
G. Poca Fuerza Del Súper Yo- Mucha Fuerza Del Súper Yo	41	73,2	15	26,8	0	0,0	24	64,9	13	35,1	0	0,0
H. Timidez – Audacia	40	71,4	16	28,6	0	0,0	20	54,1	17	45,9	0	0,0
I. Dureza – Ternura	4	7,1	30	53,6	22	39,3	1	2,7	21	56,8	15	40,5
L. Confiable – Suspica	22	39,3	30	53,6	4	7,1	11	29,7	26	70,3	0	0,0
M. Practicidad - Imaginativita	12	21,4	34	60,7	10	17,9	6	16,2	21	56,8	10	27,0
N. Sencillez – Astucia	8	14,3	41	73,2	7	12,5	5	13,5	27	73,0	5	13,5
O. Seguridad – Inseguridad	0	0,0	24	42,9	32	57,1	0	0,0	21	56,8	16	43,2
Q1. Conservadurismo – Radicalismo	7	12,5	33	58,9	16	28,6	2	5,4	9	51,4	16	43,2
Q2. Adhesión Al Grupo – Autosuficiencia	2	3,6	39	69,6	15	26,8	2	5,4	4	64,9	17	29,7
Q3. Baja Integración - Mucho Control	41	73,2	15	26,8	0	0	27,0	73,0	10	27,0	0	0,0
Q4. Poca Tensión - Mucha Tensión	0	0,0	11	19,6	45	80,4	0	0,0	10	27,0	27	73,0

Fuente: Inventario De Personalidad 16 Pf De Raymond Catell 1993
Elaboración: Propia

De acuerdo a los resultados obtenidos al analizar los datos sobre la personalidad de los adictos al consumo de cigarrillo, desglosados según el sexo, no se aprecia ninguna particularidad por el hecho de ser hombres o mujeres, pues los datos observados en la tabla de personalidad general de la muestra se vuelven a repetir en este último cuadro.

Así podemos apreciar que tanto hombres como mujeres tienen **poca fuerza del yo**, es decir, son personas emocionalmente inestables, con escasa capacidad de adaptación, que han aceptado una imagen pobre de sí mismos y que manifiestan grandes dificultades para integrarse al quehacer familiar, laboral y social. (Cattell, 1950). La única novedad es que los varones son más inestables que las mujeres, pues presentan el rasgo con un 5% más que las mujeres.

Así mismo, tanto hombres como mujeres, sin distinción, tienen la particularidad de poseer una personalidad con **baja integración**, lo cual significa que tienen muy poco control de sí mismos, convirtiéndose en personas poco confiables, con escaso sentimiento de responsabilidad y que se dejan llevar por las condiciones circunstanciales, y son incapaces de dominar sus impulsos y emociones. (Cattell, 1950).

Por otra parte, los adictos hombres y mujeres poseen el rasgo de **mucha tensión**, ya que son personas con mucha angustia, que experimentan una constante sensación de inseguridad, con una aprehensión hacia todo suceso y un elevado nivel de estrés. A menudo este elevado nivel de tensión se traduce en dolor de cabeza frecuente, tensión o dolor muscular, fatiga excesiva y problemas de sueño. En cuanto al comportamiento este se caracteriza por falta de motivación o de concentración, agobio, irritabilidad o ira y tristeza o depresión. (Cattell, 1950)

CUADRO N.º 5

RASGOS DE PERSONALIDAD SEGÚN EL NIVEL DE ADICCIÓN

FACTOR	NIVEL DE ADICCIÓN			Total
	Bajo (10 – 15)	MEDIO (16 – 20)	ALTO (21 >)	

C. Poca Fuerza Del Yo- Mucha Fuerza Del Yo	Bajo	80,0%	80,6%	85,2%	81,7%
Q3. Baja Integración - Mucho Control	Bajo	66,7%	74,2%	77,1%	73,1%
Q4. Poca Tensión - Mucha Tensión	Alto	70,4%	80,1%	80,5%	77,4%
Fuente: Inventario de Personalidad 16 Pf de Raymond Catell 1993					
Elaboración: Propia					

Al cruzar la variable personalidad con el nivel de adicción se puede observar que los rasgos de personalidad destacados en el cuadro general, vuelven a aparecer con los más altos porcentajes. Existe una incidencia clara del nivel de adicción sobre los rasgos de personalidad, ya que los resultados muestran que los que fuman más (21 o más cigarrillos diarios) tienen en mayor medida **poca fuerza del yo** (inestabilidad emocional) que aquellos que fuman en menor cantidad. Esta relación posiblemente se deba a que es de esperar que una persona que fume mayor cantidad de cigarrillos diarios, tenga mayor inestabilidad emocional y dificultades de adaptación tanto en el orden personal (autoconcepto), como en el entorno laboral, familiar y social. (Cattell, 1950).

Asimismo, el cuadro precedente indica que las personas que sufren de mayor adicción tienen en mayor medida **baja integración**. Las personas que puntúan una baja integración significan que son individuos con escaso control de sí mismo, a quienes muy a menudo les falta fuerza de voluntad para imponerse ante las tendencias instintivas emergentes, que terminan predominando en su comportamiento. (Cattell, 1950).

Finalmente, los anteriores valores revelan que, a mayor adicción o consumo de cigarrillos diarios, **mayor tensión**. Esto refleja que el cigarrillo, lejos de disminuir la ansiedad, más al contrario, tiene el efecto de aumentar la tensión y angustia que, en los niveles de mayor consumo, es un rasgo permanente en la psicología del individuo. (Cattell, 1950).

OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 2

Determinar el nivel de bienestar psicológico de los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija.

Para medir el bienestar psicológico de los adictos al consumo de tabaco se empleó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Los resultados generales son los siguientes:

CUADRO N.º 6

BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS ADICTOS AL CONSUMO DE TABACO

NIVEL BIENESTAR PSICOLÓGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo	38	40,9
Moderado	36	38,7
Alto	18	19,4
Elevado	1	1,1
Total	93	100,0
Fuente: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff Elaboración: Propia		

De acuerdo a los resultados obtenidos, el bienestar psicológico que presentan las personas con adicción al consumo de tabaco, se puede distinguir que existe un predominio del nivel bajo con un 40.9%, seguido del nivel moderado con un 38,7%.

Estos resultados son coherentes con el estado psicológico previsible para un adicto al cigarrillo. De acuerdo al manual de Ryff, las personas que tienen un nivel de bienestar psicológico **bajo**, son aquellas que tienen pocas relaciones cercanas, les resulta difícil ser cálidos abiertos o preocuparse por los demás, están aislados o frustrados en sus relaciones, no logran plantearse objetivos claros en su vida y tienen la sensación de no llevar un rumbo fijo así también tienen dificultades para su autoaceptación, no logran valorar positivamente su pasado, es decir no se sienten bien consigo mismas. Tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo.

Las personas con un nivel de bienestar psicológico **moderado** presentan algunas dificultades en los comportamientos relacionados a la salud en general que llevan a las

personas a funcionar de un modo positivo, así como luchar día a día afrontando los retos que se van encontrando en su vida ideando modos de cómo manejarlos aprendiendo de ellos y profundizando su sensación de sentido de la vida lo cual es útil para un buen nivel de bienestar psicológico. (Carol Ryff 1995).

CUADRO N.º 7

BIENESTAR PSICOLÓGICO EN HOMBRES Y MUJERES

NIVEL DE B. P	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Bajo	20	18	38
	35,7%	48,6%	40,9%
Moderado	22	14	36
	39,3%	37,8%	38,7%
Alto	13	5	18
	23,2%	13,5%	19,4%
Elevado	1	0	1
	1,8%	0,0%	1,1%
Total	56	37	93
	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff
Elaboración: Propia

De acuerdo a los resultados obtenidos en la anterior tabla se evidencia que las mujeres son afectadas emocionalmente en mayor grado que los varones. La adicción afecta negativamente en mayor proporción al sexo femenino que al masculino. El 48.6% de las mujeres presentan un nivel de bienestar psicológico bajo, en relación a solo el 35.7% de los varones.

Probablemente estos resultados se deban a que la sociedad en la que vivimos es mucho más estricta con las mujeres que con los hombres debido a que estas conductas como el alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, es en alguna medida tolerable en el sexo masculino, pero no así en el sexo femenino, ya que esta conducta no es bien vista por la sociedad posiblemente debido a la mayor responsabilidad familiar y social que tiene.

Es probable entonces que esta idea de mayor censura social es la que hace que las mujeres se sientan más afectadas y que sus emociones se acerquen más al polo negativo, al momento de evaluar su vida.

CUADRO N.º 8

BIENESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN EL NIVEL DE ADICCIÓN

BIENESTAR PSICOLÓGICO	Nivel De Adicción			TOTAL
	Bajo	Medio	Alto	
Bajo	3	13	22	38
	11,1%	41,9%	62,9%	40,9%
Moderado	5	18	13	36
	18,5%	58,1%	37,1%	38,7%
Alto	18	0	0	18
	66,7%	0,0%	0,0%	19,4%
Elevado	1	0	0	1
	3,7%	0,0%	0,0%	1,1%
TOTAL	27	31	35	93
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Fuente: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff				
Elaboración: Propia				

En base a los resultados obtenidos en la anterior tabla relacional, se establece que a mayor grado de adicción menor nivel de bienestar psicológico. El 62.9% de los individuos con un nivel de adicción alto tienen un nivel de bienestar psicológico bajo. Consideramos que los datos son coherentes con la teoría escrita al respecto y con la simple lógica. Una persona que tenga un nivel de adicción elevado, también tiene un alto nivel de ansiedad, de sentimiento de fracaso y de desesperación, lo cual estará por su puesto acompañado con emociones negativas característicos del nivel de Bienestar Psicológico bajo.

De manera opuesta, los resultados indican que las personas que tienen un nivel de adicción bajo, el 66.7% tienen un nivel de bienestar psicológico alto. Para estas personas el uso del tabaco no representa un problema en su vida debido al moderado número de cigarrillos que fuman al día, no experimentan emociones negativas en grado elevado. (Ryff, 1995).

OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 3

Evaluar la funcionalidad familiar de los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija.

El grado de funcionalidad familiar fue medido a través del instrumento de medida, el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIÑ creado por Teresa Ortega Veitía, Dolores de la Cuesta Freijomil y Caridad Días Retureta. (1999). Los resultados encontrados de manera global son los siguientes:

CUADRO N.º 9

FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS ADICTOS AL CONSUMO DE TABACO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
Familia severamente disfuncional	7	7,5
Familia disfuncional	48	51,6
Familia moderadamente funcional	24	25,8
Familia funcional	14	15,1
Total	93	100,0
Fuente: Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIÑ Elaboración: Propia		

De acuerdo a los resultados obtenidos en el cuestionario de funcionalidad familiar, se observa que los adictos al consumo de cigarrillo presentan un porcentaje significativo en la categoría “**Familia disfuncional**”, con un 51.6%. Esto significa que las dimensiones que componen la funcionalidad familiar, están significativamente afectadas. Es de suponer que la adicción interfiera en las relaciones familiares. Una persona que consuma más de 20 cigarrillos al día posiblemente despierte opiniones y afectos negativos en el entorno familiar, lo cual perturbará las relaciones entre dichas personas.

De acuerdo, a los autores del test de funcionalidad familiar empleado las familias disfuncionales se caracterizan por presentar un espacio donde no se valora al otro ante diferentes situaciones y toma de decisiones, no hay un predominio de armonía en la familia ni capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos, emociones positivas unos con otros, no hay apoyo mutuo, no se cumplen

con los roles correspondientes a cada miembro y no se delegan responsabilidades, lo cual afecta directamente a los integrantes del grupo familiar, esto lleva a generar rasgos de personalidad desequilibrados que les afectarán en todos los ámbitos de la vida.

Otra característica sobresaliente de las familias disfuncionales es la desvalorización personal. Es muy usual que cada uno de los miembros de la familia disfuncional esté lidiando con desafíos que el propio grupo hace más difíciles. Además, en una familia con este clima es muy difícil encontrar a alguien que sea capaz de comprender o validar los sentimientos de los demás. De hecho, es habitual que hagan todo lo contrario: despreciarlos o negarlos. También es frecuente que cada uno se muestre intolerante con los defectos o errores de los demás. Que se critiquen mutuamente, a veces de manera muy cruel. Priman los sentimientos destructivos y por eso cada individuo siente que tiene muy poco valor. (Ortega, De la Cuesta y Días, 1999)

CUADRO N.º 10

FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR SEXO

Nivel de Funcionalidad Familiar	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Familia severamente disfuncional	4	3	7
	7,1%	8,1%	7,5%
Familia disfuncional	25	23	48
	44,6%	62,2%	51,6%
Familia moderadamente funcional	17	7	24
	30,4%	18,9%	25,8%
Familia funcional	10	4	14
	17,9%	10,8%	15,1%
Total	56	37	93
	100,0%	100,0%	100,0%
Fuente: Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIÑ			
Elaboración: Propia			

De acuerdo a los porcentajes obtenidos en la tabla anterior se observa que las mujeres experimentan en mayor grado mayor disfuncionalidad familiar, debido a su adicción en comparación con los varones.

El 62.2% de las personas del sexo femenino indica tener disfuncionalidad familiar en comparación con el 44.6% de los varones. Estos datos son coherentes con la argumentación expuesta en el análisis del objetivo anterior. Posiblemente esto se deba a que las mujeres afrontan de una forma más pasiva sus problemas laborales, matrimoniales, etc. La conducta de fumar es una herramienta que le permite a la fumadora realizar un afrontamiento de ese tipo, ya que a nivel emocional alivia su estado sin tener que modificar directamente la situación estresante.

CUADRO N.º 11

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVEL DE ADICCIÓN

Funcionalidad Familiar	Nivel De Adicción			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Familia severamente disfuncional	0	0	7	7
	0,0%	0,0%	20,0%	7,5%
Familia disfuncional	0	20	28	48
	0,0%	64,5%	80,0%	51,6%
Familia moderadamente funcional	13	11	0	24
	48,1%	35,5%	0,0%	25,8%
Familia funcional	14	0	0	14
	51,9%	0,0%	0,0%	15,1%
TOTAL	27	31	35	93
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL
Elaboración: Propia

Los datos anteriores indican que, a mayor nivel de adicción, mayor grado de disfuncionalidad familiar. Las personas que tienen un nivel de adicción alto en un 80% experimentan en mayor grado mayores niveles de disfuncionalidad familiar.

De acuerdo a estos resultados es probable entonces que la adicción pueda provocar serios daños en la familia, no solo daña a las personas que lo consumen, sino también afecta al buen funcionamiento familiar tal como lo expresan los resultados.

Las adicciones están asociadas con mucha frecuencia a la violencia, incluso hay dos momentos principales en donde se ve reflejada esta conducta: cuando hay un exceso de la nicotina en el cuerpo y cuando se pasa el efecto.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4

Evaluar el nivel de las habilidades sociales que desarrollan los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija.

Para cumplir con este objetivo se empleó la escala de habilidades sociales EHS de Elena Gismero.

CUADRO N ° 12

HABILIDADES SOCIALES DE LOS ADICTOS AL CONSUMO DE TABACO

Habilidades sociales	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	22	23,7
Medio	56	60,2
Alto	15	16,1
Total	93	100,0

Fuente: Escala de habilidades sociales EHS de Elena Gismero.
Elaboración: Propia

En base a los resultados obtenidos en la escala de habilidades sociales se observa que los adictos al consumo de cigarrillo se ubican sobre todo en el nivel medio, con el 60% de la muestra, seguido por el nivel bajo, con el 23.7%. De acuerdo a los autores las personas que puntúan en primer lugar en el nivel **medio** con tendencia al polo bajo, son personas con un limitado nivel de autoexpresión en situaciones sociales. En entornos familiares pueden manifestarse de forma espontánea, pero cuando están en un ambiente de personas desconocidas tienen dificultad para expresarse de forma espontánea, y sin ansiedad. Pueden desenvolverse en situaciones sociales (entrevistas laborales, tiendas y lugares oficiales, en grupos y reuniones sociales, etc.) con cierta soltura, pero apenas estas situaciones salen de lo habitual manifiestan dificultades para adaptarse.

Asimismo, estas personas no tienen mayores problemas en lo referido a la defensa de los propios derechos como consumidor en la vida habitual. Sin embargo, cuando el

contexto implica crisis: no pueden emitir conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos, como no dejar “colarse” a alguien en una fila o en una tienda, pedir a alguien que habla en el cine que se calle, pedir descuentos, devolver un objeto defectuoso, etc. (Gismero, 2010).

CUADRO N.º 13.

HABILIDADES SOCIALES Y SEXO DEL INDIVIDUO

Habilidades Sociales	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Bajo	12	10	22
	21,4%	27,0%	23,7%
Medio	34	22	56
	60,7%	59,5%	60,2%
Alto	10	5	15
	17,9%	13,5%	16,1%
Total	56	37	93
	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Escala de habilidades sociales EHS de Elena Gismero.
Elaboración: Propia

En base a los resultados obtenidos en la tabla anterior se puede observar que las mujeres adictas al cigarrillo presentan más dificultades para el empleo de habilidades sociales que los varones, sin embargo, las diferencias no son significativas, pues si bien en el nivel bajo las mujeres son más que los varones (27% a 21%), pero en el nivel medio prácticamente hay un porcentaje similar entre ambos sexos en torno al 60%.

Esto significa que tanto hombres como mujeres tienen un nivel **moderado** de habilidades sociales en las situaciones cotidianas, pero cierta dificultad cuando el entorno se vuelve enrarecido. Las personas pueden dar muestras de expresión de enfado o disconformidad, sobre todo con la intención de evitar conflictos o confrontaciones con otras personas. Una puntuación baja en este aspecto indicaría la dificultad para expresar discrepancias y el preferir callarse lo que a uno le molesta con tal de evitar posibles conflictos con los demás (aunque se trate de amigos o familiares). (Gismero, 2010).

CUADRO N ° 14.

HABILIDADES SOCIALES Y NIVEL DE ADICCIÓN

Habilidades sociales	Nivel de adicción			Total
	BAJO	MEDIO	ALTO	
Bajo	3	4	15	22
	11,1%	12,9%	42,9%	23,7%
Medio	13	23	20	56
	48,1%	74,2%	57,1%	60,2%
Alto	11	4	0	15
	40,7%	12,9%	0,0%	16,1%
Total	27	31	35	93
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Escala de habilidades sociales EHS de Elena Gismero.
Elaboración: Propia

Los datos anteriores indican que a mayor nivel de adicción menor presencia de habilidades sociales. Esto se ve reflejado en el 42.9% (bajas habilidades sociales) de las personas con nivel de adicción alto en relación a un 11.1% de las personas que tienen un nivel de adicción bajo. Esto significa que las personas con habilidades sociales bajas presentan dificultad para expresarse de forma espontánea, dificultad para manifestar conductas asertivas frente a los demás, no logran expresar sus emociones y sentimientos adecuadamente y presentan algunas dificultades para iniciar conversaciones con personas del sexo opuesto.

A mayor grado de adicción mayor dificultad para iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (una conversación, pedir una cita) y poder hacer espontáneamente un cumplido, un halago, hablar con alguien que te resulta atractivo. En esta ocasión, se trata de intercambios positivos. Una baja puntuación indica dificultad para llevar a cabo espontáneamente y sin ansiedad tales conductas. (Gismero, 2010).

OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 5

Definir el nivel de ansiedad y depresión en adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija.

Para cumplir con el objetivo cinco se empleó el cuestionario para valorar la ansiedad de Enrique Rojas y el inventario de depresión de Aron Beck BDI-II 1996.

CUADRO N. °16

NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS ADICTOS AL CONSUMO DE TABACO

Nivel de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Normal	17	18,3
Ligera	15	16,1
Moderada	20	21,5
Grave	22	23,7
Muy Grave	19	20,4
Total	93	100,0
Fuente: Cuestionario para valorar la ansiedad de Enrique Rojas Elaboración: Propia		

De acuerdo a los resultados obtenidos en el test de Ansiedad de Rojas se observa que el 23.7% de las personas adictas al cigarrillo presentan un nivel de **ansiedad grave**.

Esto significa que las personas con ansiedad grave tienen más activado su sistema de respuestas fisiológicas, tienden a psico-somatizar sus reacciones de ansiedad, lo que podría predisponer a sufrir dolencias físicas.

Asimismo, son personas que se preocupan bastante y le dan demasiadas vueltas a las situaciones a las que se enfrentan, aunque estas sean sin importancia. Esto los lleva a ser personas inquietas, que se mueven demasiado, se paralizan o caminan de un lado para el otro, traspiran, se comen las uñas, etc. (Rojas, 2003).

CUADRO N.° 17

NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS ADICTOS AL CONSUMO DE TABACO

Nivel de Depresión	Frecuencia	Porcentaje
No Depresión	22	23,7
Depresión Leve	17	18,3
Depresión Moderada	26	28,0
Depresión Grave	28	30,1

Total	93	100,0
Fuente: Inventario de depresión de Aron Beck BDI-II 1996.		
Elaboración: Propia		

El cuadro anterior indica que los adictos al consumo del cigarrillo presentan un nivel de depresión grave, en un 30%.

Esto significa que las personas que son adictas al consumo de cigarrillo a menudo experimentan tristeza, ansiedad o sentimiento de vacío persistentes. También es frecuente en ellos la pérdida de interés en actividades que antes producían placer, incluyendo la actividad sexual. El adicto al cigarrillo se fatiga con facilidad y pierde energía rápidamente. Según el autor del test la depresión es una enfermedad que afecta a la mente y al cuerpo, produciendo cambios a nivel del sueño, el apetito y la percepción que tenemos de nosotros mismos y el mundo en general

Por otra parte, son personas que tienen pérdida de apetito (pérdida de peso) o aumento del apetito (aumento del peso); en síntesis, se descompensa su sistema neurovegetativo. Asimismo, es probable que el adicto tenga problemas para dormir, insomnio, problemas para mantener el sueño o dormir demasiado. (Beck, 1961).

CUADRO N.º 18

NIVEL DE ANSIEDAD POR SEXO

Nivel de ansiedad	Sexo		Total
	masculino	femenino	
NORMAL	14	3	17
	25,0%	8,1%	18,3%
LIGERA	12	3	15

	21,4%	8,1%	16,1%
MODERADA	10	10	20
	17,9%	27,0%	21,5%
GRAVE	11	11	22
	19,6%	29,7%	23,7%
MUY GRAVE	9	10	19
	16,1%	27,0%	20,4%
Total	56	37	93
	100,0%	100,0%	100,0%
Fuente: Cuestionario para valorar la ansiedad de Enrique Rojas			
Elaboración: Propia			

En base a los resultados obtenidos en el anterior cuadro se observa que el 29.7% de las mujeres adictas al consumo del cigarrillo experimentan un nivel de ansiedad grave, en relación al 19.6% de los hombres. Por otra parte, las mujeres tienen ansiedad muy grave en un 27%, en comparación al 16.1% de los varones. Esto comprueba lo que ya se comentó en páginas anteriores, que la adicción provoca mayores síntomas negativos en la mujer que en el hombre.

Según el autor del test empleado la ansiedad es entendida como un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos, está muy asociada a las adicciones. Si bien la ansiedad es un componente natural y necesario del comportamiento adaptativo, en el caso de las adicciones el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto con ansiedad grave se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se la considera como un trastorno. (Beck 1961)

El hecho de que la ansiedad predomine en las mujeres probablemente está asociado a causas genéticas, pues, como se demostró en el marco teórico, la ansiedad puede heredarse a través de los genes y las mujeres posiblemente sean más proclives a ella.

Sin embargo, los episodios de ansiedad a los que enfrentan las mujeres adictas al consumo del cigarrillo posiblemente también están asociados a causas circunstanciales: hechos traumáticos como un accidente de tráfico, un atentado o un incendio pueden provocar ansiedad; en estos casos, el sentimiento de ansiedad puede desaparecer cuando concluye el problema o bien permanecer durante meses o años. Es lo que se conoce como trastorno de estrés postraumático. La adicción sensibiliza más a las mujeres y hace que el estrés postraumático sea más frecuente.

La nicotina, al igual que las anfetaminas, el éxtasis o el LSD, son sustancias estupefacientes que pueden causar ansiedad. Si bien el cigarrillo da una aparente satisfacción o relajación cuando te encuentras tenso, pero es un engaño ya que más al contrario, incrementa la tensión y agudiza el síntoma. (Rojas, 2003).

CUADRO N.º 19

NIVEL DE DEPRESIÓN POR SEXO

Nivel de depresión	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
No Depresión	17	5	22
	30,4%	13,5%	23,7%
Depresión Leve	11	6	17
	19,6%	16,2%	18,3%
Depresión Moderada	14	12	26
	25,0%	32,4%	28,0%
Depresión Grave	14	14	28
	25,0%	37,8%	30,1%
	56	37	93
	100,0%	100,0%	100,0%
Fuente: Inventario de depresión de Aron Beck BDI-II 1996.			
Elaboración: Propia			

De acuerdo a los resultados obtenidos los datos anteriores manifiestan que las mujeres tienen mayores problemas de depresión grave (37.8%) en comparación a los hombres (25%). Estos datos correspondan a lo que se señaló anteriormente en la teoría, donde se indica que la depresión ataca más a las mujeres que a los hombres.

Según el autor las personas afectadas con depresión grave tienen pérdida de la expresión emocional (emociones aplanadas), sentimiento de desesperanza, pesimismo,

culpa o inutilidad. Esto los lleva con mucha frecuencia al retraimiento social, problemas para concentrarse, lo que les perturba su comportamiento académico y, por otro lado, existen dificultades para recordar o tomar decisiones. (Beck 1961)

Las personas adictas al cigarrillo, particularmente del sexo femenino, manifiestan irritabilidad, problemas físicos persistentes como jaquecas o cefaleas, problemas digestivos, dolor crónico, que no responden al tratamiento; asimismo, es posible que existan frecuentes pensamientos o ideación suicida, intentos de suicidio o auto-lesiones. La depresión femenina suele acompañarse de ansiedad y de dificultades en las relaciones familiares, amistades y a nivel laboral. (Beck, 1961).

CUADRO N.º 20

NIVEL DE ANSIEDAD POR NIVEL DE ADICCIÓN

	Nivel de adicción			Total
	BAJO	MEDIO	ALTO	
Normal	17	0	0	17
	63,0%	0,0%	0,0%	18,3%
Ligera	7	8	0	15
	25,9%	25,8%	0,0%	16,1%
Moderada	2	18	0	20
	7,4%	58,1%	0,0%	21,5%
Grave	1	5	16	22
	3,7%	16,1%	45,7%	23,7%
Muy Grave	0	0	19	19
	0,0%	0,0%	54,3%	20,4%
Total	27	31	35	93
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario para valorar la ansiedad de Enrique Rojas
Elaboración: Propia

De acuerdo a los resultados obtenidos en el cuadro relacional las personas que tienen un nivel de adicción alto al cigarrillo en un 54.3% padece un nivel de ansiedad muy grave y un 45.7% un nivel grave. Es decir que, a mayor adicción, mayores niveles de ansiedad. Las personas que puntúan un nivel de ansiedad muy grave significan que experimentan muy a menudo sentimientos de aprehensión, incertidumbre y temor sin estímulo manifiesto acompañado de cambios fisiológicos. (Rojas, 1990)

La creencia popular de que fumar alivia el estrés, la ansiedad y que actúa como un relajante o tranquilizador compañero, queda completamente desmentida. Según los últimos estudios sucede todo lo contrario, fumar aumenta un 70% estos padecimientos. Hay una creencia por parte de muchos fumadores de que fumar reduce la ansiedad y el estrés, que es a su vez lo que provoca que muchos fumadores se desanimen para dejar la adicción. Sin embargo, en lugar de ayudar a la gente a relajarse, fumar aumenta la ansiedad y la tensión. La sensación de reducción de estrés o de relajación es temporal y es pronto sustituida por el síndrome de abstinencia y los antojos. (Diario Granma, 2018)

CUADRO N ° 21

NIVEL DE DEPRESIÓN POR NIVEL DE ADICCIÓN

Nivel de depresión	Nivel de adicción			Total
	BAJO	MEDIO	ALTO	
NO DEPRESIÓN	22	0	0	22
	81,5%	0,0%	0,0%	23,7%
DEPRESIÓN LEVE	5	12	0	17
	18,5%	38,7%	0,0%	18,3%
DEPRESIÓN MODERADA	0	19	7	26
	0,0%	61,3%	20,0%	28,0%
DEPRESIÓN GRAVE	0	0	28	28
	0,0%	0,0%	80,0%	30,1%
Total	27	31	35	93
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Inventario de depresión de Aron Beck BDI-II 1996.
Elaboración: Propia

De acuerdo a los resultados obtenidos en el cuadro relacional, el 80% de las personas con depresión grave tiene un nivel de adicción alta al cigarrillo. Esto comprueba de manera tácita que a mayor adicción mayores problemas de depresión. Es entendible que una persona inmersa en la adicción tenga sentimientos de desesperanza que le lleven con mucha frecuencia a la depresión.

Según, el autor la depresión grave con mucha frecuencia se asocia al retraimiento, apatía o ideas delirantes. La depresión grave incluye también procesos biológicos y los

síntomas físicos son frecuentes; estas personas se encuentran inmersas en la depresión y presentan una sensación de tensión interna, reducción del apetito y pérdida de peso, pérdida de interés sexual, constantes cefaleas/Jaquecas, mareos, dolor de espalda, problemas para respirar, problemas gastrointestinales. (Beck 1996)

A pesar de que los síntomas físicos están presentes en, aproximadamente dos tercios de los casos de depresión, a veces puede ser difícil para el profesional de la salud de atención primaria establecer esta relación. (Beck, 1961).

5.2. ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS

Luego de presentar y analizar todos los datos recogidos a lo largo de la investigación, se llega al punto de considerar la aceptación o rechazo de las hipótesis.

Primera hipótesis. Las personas adictas al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija tienen una personalidad que se caracteriza por: poca fuerza del Yo, baja integración y mucha tensión

De los datos expuestos y analizados en el primer objetivo, se desprende que los principales rasgos de personalidad de los adictos al consumo de cigarrillo estudiados en esta investigación son: Poca fuerza del yo, con un 81.7%. Mucha tensión con un 77.4%. Baja Integración con un 73.1%. Al existir coincidencia con la primera hipótesis se **acepta**.

Segunda hipótesis. Las personas adictas al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija tienen un nivel de bienestar psicológico bajo.

Tras la evaluación realizada a los adictos al consumo de cigarrillos se evidenció que los datos presentan un nivel de bienestar psicológico bajo en un 40.9%. En consecuencia, la segunda hipótesis se **acepta**.

Tercera hipótesis. El tipo de funcionalidad familiar predominante de las personas adictas al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija corresponde a la categoría disfuncional.

Los datos expuestos en el tercer objetivo señalan que el nivel de funcionalidad familiar de los adictos al consumo de cigarrillo corresponde a la categoría “Familia disfuncional”, con un 51.6%. Ante esta evidencia la tercera hipótesis se **acepta**.

Cuarta hipótesis. El nivel de las habilidades sociales que desarrollan los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija corresponde a un nivel medio.

El cuadro general de habilidades sociales expuesto en el objetivo cuarto indica que los adictos al consumo de cigarrillo se ubican sobre todo en el nivel medio, con el 60% de la muestra. Al existir coincidencia en los valores previstos y los valores emergentes de la investigación, la cuarta hipótesis se **acepta**.

Quinta hipótesis. El nivel de ansiedad de los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija corresponde a un nivel de ansiedad grave y el nivel de depresión es grave.

El cuadro general del nivel de ansiedad de los adictos al consumo del cigarrillo indica que estos tienen un nivel de ansiedad grave en un 23%. Al mismo tiempo, el nivel de depresión con el porcentaje mayor es el de la categoría grave, con un 30,1%. Como la hipótesis quinta preveía los mismos resultados **acepta**.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

Después de haber presentado, analizado e interpretado los resultados encontrados a lo largo de este estudio, se arriba a las siguientes conclusiones, las cuales se exponen de acuerdo a los objetivos específicos:

En relación al objetivo 1: Identificar los principales rasgos de personalidad presentes en adictos al consumo de tabaco de la de la ciudad de Tarija.

En base a este primer objetivo se establece que los principales rasgos de personalidad de los adictos al consumo de cigarrillos son: **Poca Fuerza del Yo**, es decir, son personas reactivas y emocionalmente cambiantes, tienen sentimientos subjetivos de malestar psicológico y ansiedad. También se caracterizan por presentar el rasgo de personalidad **Mucha tensión**, esto significa que tienen una ansiedad flotante y frustraciones generalizadas. Existe un predominio del estrés y la aprensión.

Finalmente se observa la presencia del rasgo de personalidad **Baja Integración**, es decir, son personas poco perfeccionistas, no muestran ninguna compulsión por el orden ni por la limpieza. Tienen escaso acercamiento con el yo idealizado.

En relación al objetivo 2: Determinar el nivel de bienestar psicológico de los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se establece que las personas adictas al consumo de cigarrillo presentan un nivel **BAJO** de bienestar psicológico, es decir, son personas emocionalmente afectadas, tienen dificultades para su auto aceptación, consideran que han fracasado en su dominio del entorno y sus metas y aspiraciones son bajas.

En relación al objetivo 3: Evaluar la funcionalidad familiar de los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija.

Se establece que la funcionalidad familiar de los adictos al consumo de cigarrillo corresponde a la categoría **DISFUNCIONAL**; esto significa que probablemente en el entorno familiar predominan opiniones, sentimientos y conductas negativas precipitadas por la adicción de uno de los miembros. También se observa con frecuencia comportamientos agresivos y dañinos de unos contra otros, generalmente adoptando el papel de víctimas los miembros de menor poder y control, como los niños.

En relación al objetivo 4: Evaluar el nivel de las habilidades sociales que desarrollan los adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el instrumento de habilidades sociales se concluye que las personas adictas al consumo de tabaco presentan un nivel **MEDIO** en las habilidades sociales, con una mayor tendencia al nivel bajo. Esto significa que probablemente la adicción interfiere poco en las relaciones sociales que despliega el afectado con su entorno habitual. Posiblemente las personas adictas al cigarrillo pueden manifestar sus opiniones, reclamar sus derechos y tomar la iniciativa en situaciones sociales habituales (amigos y familiares), pero encuentran algunas limitaciones cuando el entorno cambia y se relaciona con personas nuevas.

En relación al objetivo 5: Definir el nivel de ansiedad y depresión en adictos al consumo de tabaco de la ciudad de Tarija.

Finalmente, en relación al último objetivo específico, se establece que las personas adictas al consumo de cigarrillo presentan un nivel de **ansiedad GRAVE**; esto significa que el tabaco ocasiona una mayor activación del sistema de respuestas fisiológicas, es probable que los adictos al cigarrillo tiendan a psicomatizar sus reacciones de ansiedad, lo que les predispone a sufrir dolencias físicas. Se preocupan bastante, son inquietas, se paralizan o se mueven de un lado para otro y tratan de disminuir la ansiedad fumando.

En relación a la depresión, se establece que los adictos al consumo de tabaco presentan un nivel de **depresión GRAVE**; es decir, que estas personas a menudo experimentan tristeza, ansiedad o sentimiento de vacío persistentes. Es frecuente en ellos la pérdida de interés en actividades que antes producían placer, incluyendo la actividad sexual. Así mismo, es probable que los adictos al cigarrillo se fatiguen con facilidad y pierdan energía rápidamente, tengan problemas para dormir y en muchos casos un sistema neurovegetativo descompensado.

6.2. RECOMENDACIONES

Después de efectuada la investigación propuesta se pueden emitir las siguientes recomendaciones:

A LAS INSTITUCIONES QUE TRABAJAN CON PACIENTES ADICTOS AL TABACO:

Se ha podido advertir que las personas adictas al consumo de tabaco tienen recelo y malestar para aceptar su problema y más aún, temor y vergüenza ante el hecho de que la sociedad se entere de que tienen un problema de control en su conducta y que no pueden dejar el cigarrillo, a pesar que se lo proponen.

En base a los comentarios hechos por más de un entrevistado se recomienda a las instituciones implicadas con este problema aumentar el nivel de discreción y privacidad con esta enfermedad de los pacientes. Asimismo, aumentar y enfatizar el tacto sensibilidad y empatía con los mismos, pues en un significativo porcentaje sufren de aprehensión y timidez, lo cual les hace difícil romper el temor y tomar la decisión de seguir un tratamiento o institucionalizarse.

A LAS FAMILIAS DE LOS ADICTOS AL CONSUMO DE TABACO:

Los datos recabados indican que un representativo porcentaje de la muestra tiene conflictos intrafamiliares desencadenado por la adicción. Lo que manifiestan con mayor frecuencia es que la familia les insiste y reclama constantemente que dejen el cigarrillo, sin darse cuenta “*que no pueden*”, “*que es una enfermedad*”, “*que es algo que está más allá de su voluntad*”. Se recomienda a los familiares dar al adicto afecto positivo y apoyo incondicional, con el fin de elevar su autoestima y aumentar su capacidad de control de sí mismos. Las críticas por sí mismas solo tensionan más a los adictos y les hace sentir solos frente a su problema, sin el apoyo familiar.

A FUTUROS INVESTIGADORES DEL TEMA:

Después de haber analizado e interpretado toda la información recabada quedan algunas dudas y cuestiones pendientes, que se recomienda tomar en cuenta a los futuros investigadores del tema, las cuales las expresamos como preguntas:

- ✓ ¿Qué está ocasionando el aumento considerable de adictas al tabaco de sexo femenino? En base a la entrevista informal previa a la aplicación de los tests se pudo apreciar que cada vez es mayor el número de mujeres adictas al cigarrillo. Si bien, en números generales hay más adictos varones, pero en los últimos años ha aumentado considerablemente el número de mujeres que han adquirido este vicio.
- ✓ ¿Cuáles son los efectos en las relaciones intrafamiliares del aumento considerable de adictas mujeres al tabaco? Si bien la literatura actual indica claramente que el efecto de un miembro de la familia adicto, es negativo en el equilibrio familiar, no se tienen datos específicos de los efectos particulares cuando la adicta es la madre. A lo largo del estudio se han podido identificar varios casos en que la mujer fuma más que el marido o, incluso, éste último no fuma. De las investigaciones recientes realizadas en Europa esta última figura ha crecido preocupantemente, pero no se han encontrado investigaciones específicas sobre esos casos.