

## INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es una de las causas principales en las enfermedades respiratorias y la principal en el cáncer de pulmón en todo el mundo, a su vez es una droga estimulante que es socialmente aceptada por lo cual existe un número elevado de consumidores, que en su mayoría son personas que inician en la juventud y arrastran esta dependencia hasta la adultez.

El tabaco es una de las drogas adictivas legales que más fácilmente se obtiene y, lamentable y consecuentemente, su consumo se ha convertido en algo cotidiano o habitual en nuestra sociedad. Aunque es cierto que muchos fumadores conocen determinados efectos negativos que el tabaco puede tener sobre su salud física, pocos relacionarían su adicción con la ansiedad, y muchos menos con la aparición y mantenimiento de ciertos trastornos de ansiedad como el trastorno por estrés postraumático, la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico con o sin agorafobia (Wood, 2008).

Fumar cigarrillos constituye una de las mayores causas de enfermedad y muerte; y a su vez, la causa más evitable de morbimortalidad.

La prevalencia del consumo de tabaco es muy variada en el mundo, aunque ha tenido un comportamiento similar, ya que en las estadísticas brindadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), procedentes de diferentes países, se ha mostrado: 1) una ligera disminución del consumo por año, y 2) un predominio del sexo masculino como consumidor.

Las consecuencias que provoca el consumo de tabaco no son simplemente físicas sino también acarrear problemas psicológicos, los cuales pueden ser igualmente relevantes y preocupantes que los físicos, estos problemas son la ansiedad, que contrariamente a lo que se cree, que puede funcionar como un paliativo a este problema, pues existen estudios que revelan que el consumo de tabaco provoca complicaciones en los trastornos de ansiedad. También otra consecuencia puede ser que el consumo de tabaco pueda provocar baja autoestima, aunque muchos jóvenes que lo consumen creen que les da un estatus social elevado con sus pares, o creen que serán socialmente más aceptados por el hecho de consumir el tabaco.

Otra consecuencia psicológica y tal vez una de las más preocupantes pueda ser la depresión ya que existen estudios que muestran que personas con problemas de depresión consumen el

tabaco por la reacción que provoca en sus cuerpos, pues es un estimulante del sistema nervioso central, pues el consumo es habitual en pacientes con problemas psicológicos.

Al ser estas tres problemáticas psicológicas actuales y cada vez más recurrentes, y por la desinformación de las personas que lo consumen, como los estudiantes universitarios que están sometidos a una presión por el rendimiento académico que deben desempeñar, estos creen que el consumir el tabaco es un relajante o produce un efecto de relajación, por lo tanto, así al no tener la información adecuada pueden agravar los problemas de ansiedad que muchos llevan con la vida académica.

Al ser problemáticas que parecen tener cierto tipo de similitud, es que trataremos de determinar las tres problemáticas psicológicas actuales, como lo son la autoestima, la ansiedad y la depresión, se puede determinar que la autoestima si se encuentra en niveles bajos, puede acarrear la posibilidad de sufrir ansiedad y esta detonar en un problema de depresión, por lo que cada variable está vinculada con la otra y esto puede llevarse en una especie de efecto domino, desencadenando problemas más grandes.

**CAPÍTULO I**

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y**

**JUSTIFICACIÓN**

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN**

### **1.1. Planteamiento del problema**

En la actualidad, uno de los problemas de salud más prevalentes entre los jóvenes es el consumo de tabaco, el cual no solo puede afectar a la salud física, sino también a aspectos emocionales y psicológicos. El consumo de tabaco se ha relacionado con el aumento de los niveles de ansiedad, depresión y la disminución de la autoestima en diversos grupos de población, especialmente entre los estudiantes. Este fenómeno se vuelve aún más complejo al considerar que los adolescentes y jóvenes adultos atraviesan una etapa de desarrollo emocional y psicológico en la que el consumo de sustancias puede tener un impacto significativo en su bienestar general y en su rendimiento académico.

El consumo de tabaco en estudiantes, particularmente en aquellos que desarrollan una dependencia a esta sustancia, puede generar un círculo vicioso, en el que los efectos negativos sobre la salud mental, como la ansiedad y la depresión, agravan las dificultades personales, sociales y académicas. La ansiedad se manifiesta en los estudiantes como una respuesta a situaciones estresantes o como un estado constante de preocupación, mientras que la depresión puede resultar de una combinación de factores, incluyendo la presión social y el malestar físico generado por la adicción al tabaco. A su vez, el consumo regular de tabaco podría estar asociado a una disminución de la autoestima, dado que los estudiantes pueden percibirse a sí mismos como incapaces de controlar sus impulsos, lo que puede generar sentimientos de vergüenza y frustración (Hernández y González, 2023).

La relación entre los niveles de ansiedad, autoestima y depresión en estudiantes que tienen dependencia al tabaco es un tema poco explorado en la literatura, lo que plantea la necesidad de investigar cómo estos factores interactúan y se retroalimentan. La dependencia al tabaco, al ser un fenómeno complejo, puede tener consecuencias a largo plazo en la vida emocional y académica de los estudiantes, afectando su capacidad para manejar el estrés, sus relaciones interpersonales y su rendimiento académico. Es crucial que las instituciones educativas y de salud pública comprendan la magnitud de este problema para poder implementar programas de prevención y apoyo que no solo aborden el consumo de tabaco, sino también las condiciones emocionales que lo acompañan (Rodríguez y García, 2022).

La dependencia al tabaco constituye uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial, afectando tanto a fumadores como a las comunidades en general. A pesar de los esfuerzos preventivos y las campañas de concientización, millones de personas continúan consumiendo tabaco, lo que genera consecuencias devastadoras en la salud física y psicológica. En muchos casos, las personas que intentan dejar de fumar experimentan síntomas de abstinencia como ansiedad, irritabilidad y dificultad para concentrarse, lo que dificulta el abandono del hábito. Esta problemática se agrava por factores sociales y psicológicos, como el estrés, la presión social y la falta de apoyo para el tratamiento.

Este estudio busca proporcionar una comprensión más profunda de cómo la dependencia al tabaco incide sobre la salud mental de los estudiantes, específicamente en relación con la ansiedad, la depresión y la autoestima. La identificación de estos factores no solo contribuirá a una mejor intervención en el ámbito educativo y psicológico, sino que también permitirá generar estrategias de prevención más efectivas, ayudando a los jóvenes a afrontar la presión social y emocional sin recurrir al consumo de sustancias.

Esta investigación indagará los niveles de ansiedad, autoestima y depresión, que presentan los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho de la ciudad de Tarija.

El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso central. Uno de sus componentes, la nicotina, posee una enorme capacidad adictiva, y es la causa por la que su consumo produce dependencia. Hay que empezar refiriendo que *“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. Dicha adicción produce enfermedades nocivas para la salud del consumidor”* (Fagerström, 2012).

Respecto a la **ansiedad**, es definida como *“una vivencia de temor ante algo difuso, inconcreto, indefinido, que se produce por nada y se difumina, por lo tanto, es un temor impreciso carente de objeto exterior, la ansiedad se experimenta como la anticipación de lo peor y está determinada por la perplejidad”*. (Rojas, 2014, p.12).

La **autoestima**, la misma que es definida como *“la apreciación que mantiene la persona en referencia a sí mismo, expresando una postura de aprobación o desaprobación, indicando qué tanto el individuo se siente capaz, significativo, con éxito, y merecedor en todos los*

*aspectos de su vida, es un juicio de la persona sobre el merecimiento que se expresa en su actitud, y que mantiene hacia sí mismo” (Coopersmith, 1967, p.5).*

Por último, también se planteó describir el nivel de **depresión** que presentan los estudiantes, depresión definida como *“un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas” (Beck, 1983, p.78).*

A continuación, se describen investigaciones realizadas sobre la temática, a nivel internacional, nacional y regional.

A nivel **internacional**, se recabaron las siguientes investigaciones:

García Morales, en una investigación realizada en Ambato-Ecuador en el año 2014, denominado: “La ansiedad y su incidencia en el consumo de tabaco en los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica, de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, en el período marzo - agosto 2013” que tuvo como objetivo determinar la incidencia de la ansiedad en el consumo de tabaco en los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica, de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

Los resultados de la investigación fueron que existe cierta incidencia, que no resulta muy significativa como fue planteada en la hipótesis y se vio que las mujeres son las más afectadas en este caso.

Armendáriz García; Rodríguez Aguilar; Guzmán Facundo realizaron un estudio en el año 2008, denominado: Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. Los resultados de esta investigación fueron que los efectos que producía el tabaco y el alcohol en la autoestima de los adolescentes eran considerables, ya que se tenía niveles de autoestima bajos.

Moreno Coutiño, Medina–Mora Icaza, realizaron un estudio en el año 2008, denominado: Tabaquismo y depresión.

Este estudio fue elaborado para ver la incidencia que tiene el tabaco en la depresión y a sí mismo en paciente psiquiátricos, que son propensos a consumir el tabaco. La psicopatología emocional, incluyendo los trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad, presenta una elevada prevalencia en la población general y frecuentemente coocurre con el consumo de

tabaco (Talati, 2013). Jamal, Van der Does, Cuijpers y Pennix (2012), en una muestra de 1.725 personas con diagnóstico de trastorno depresivo o de ansiedad, encontraron que los síntomas depresivos y los de ansiedad presentaban una mayor gravedad en los fumadores dependientes de la nicotina en comparación con los fumadores no dependientes, los exfumadores y los que nunca habían fumado. Se ha señalado que las personas con trastornos de ansiedad presentan una mayor prevalencia de consumo de tabaco, especialmente en el caso del trastorno de pánico con agorafobia y del trastorno por estrés postraumático (Piper, Cook, Schlam, Jorenby y Baker, 2011), aunque existen estudios que no han encontrado una relación tan clara entre los trastornos de ansiedad y la dependencia de la nicotina (Chou, Mackenzie, Liang y Sareen, 2011; Moylan, Jacka, Pasco y Berk, 2012). Por tanto, parece evidente la existencia de la relación entre fumar y la psicopatología emocional, aunque todavía no se conocen en profundidad los mecanismos y procesos que subyacen a dicha relación.

**En el ámbito nacional,** se recabaron las siguientes investigaciones:

La Universidad Mayor de San Andrés realizó una investigación denominada: La ansiedad como factor de riesgo de tabaquismo en estudiantes de medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, su prevalencia, incidencia y las alteraciones espirométricas secundarias a grandes alturas (3.600 M.S.N.M.). Se determinó una prevalencia de tabaquismo del 30,02% y una incidencia de 10%. Se demostró la relación causa efecto entre ansiedad y tabaquismo (RR 1,14 ; IC 0,33 - 3,9 al 95%) . El 75% de los fumadores incidentes eran poco adictos a la nicotina y el 89% presentó obstrucción bronquial en la espirometría. La prevalencia e incidencia de tabaquismo en médicos internos de la UMSA es alta comparada con la prevalencia global de Bolivia y de la ciudad de La Paz incluso más elevada que los datos referidos en poblaciones similares de otras universidades Latinoamericanas y de Europa. Las alteraciones en la espirometría demuestran efectos inmediatos de la nicotina en la función pulmonar, los que son más nocivos en un ambiente de gran altura.

Según Patricia Sosa, directora para América Latina y el Caribe de la Campaña para Niños Libres de Tabaco, Bolivia es uno de los países que importa casi la totalidad del tabaco que parte de su población consume, un producto mortal que está siendo mercadeado por grandes corporaciones multinacionales como Philip Morris Internacional. “Sabemos que la mayoría

de estos productos son importados a Bolivia y que, aunque existe cultivo de tabaco en el país, este es muy pequeño y representa un porcentaje ínfimo de los cigarrillos que son consumidos en el país”, aseguró Sosa. Un estudio realizado por la Universidad Católica Boliviana (UCB) en el periodo 2008 y 2013 –citado por el viceministro de Defensa Social, Felipe Cáceres, en mayo de este año–, desveló que el consumo de tabaco se había reducido del 32.4% al 25.%, al igual que el consumo de otras drogas. “En la gestión 2013, se reportó que 25 de cada 100 bolivianos comprendidos entre 12 y 65 años de edad, consumieron tabaco durante el último año y 45 de cada 100 bolivianos probaron alguna vez en su vida tabaco, constituyéndose esa droga, en el verdadero flagelo para los bolivianos”, remarcó entonces la autoridad antidroga. El tabaquismo es una adicción a la nicotina del tabaco. En la mayoría de los casos, se produce a través del consumo de cigarrillos y con menor frecuencia a través del consumo de habanos, cigarros, tabaco en pipas y cachimbas. Se considera fumador a quien ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida y que actualmente fuma todos o algunos días. La mayoría de las personas que comienzan a fumar lo hacen en la adolescencia, en parte para identificarse con los adultos. El tabaquismo es una de las adicciones físicas más intensas y resulta muy accesible, tanto por la multiplicidad de lugares de venta, como por el precio, y hasta hace algunos años promocionado con masivas campañas de publicidad que identificaban supuestos valores especialmente atractivos para las y los jóvenes.

El Ministerio de Salud trabaja en la prevención de hábitos disfuncionales adictivos con la capacitación de 3.000 maestros y médicos Mi Salud, para evitar patologías relacionadas con el tabaquismo.

“El consumo del tabaco no sólo afecta al corazón, también lo hace el humo que se genera en áreas públicas. Sólo al Estado le cuesta 1.700 millones de bolivianos anuales el tratamiento de las patologías dentro de los hospitales”, informó este martes el director general de Promoción del Ministerio de Salud, Yecid Humacayo, en conferencia de prensa en la ciudad de La Paz.

El segundo estudio del Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID) indica que 25 de cada 100 personas, entre los 12 a 65 años, consumieron tabaco durante el último año.

“Cada día, en Bolivia 12 personas fallecen a causa del humo del tabaco, sin contar que este hábito causa una enfermedad crónica; lo que significa, un gasto económico fuerte para toda familia”, dijo.

En ese marco, el Ministerio de Salud conmemora el 31 de mayo como el Día Mundial Sin Tabaco, bajo el lema “Tabaco y cardiopatías”, así se trata de reducir los riesgos para la salud.

De acuerdo a un estudio realizado en 2015 por el Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Economía de la Salud del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) con sede en Argentina, en Bolivia el tabaquismo ocasiona una importante cantidad de muertes, enfermedades y costos sanitarios. Según la investigación, en Bolivia cada año 10.349 personas contraen enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, otras 9.849 padecen de neumonías. Al margen de ello, 3.728 pacientes sufren de un accidente cerebro vascular, a otras 2.818 les da infarto y se internan por patologías cardíacas, sin dejar de lado los 1.316 individuos que son diagnosticados de un cáncer, todos por motivos atribuibles al tabaquismo. Además, el impacto del tabaquismo en la mortalidad y en la calidad de vida es responsable en forma directa de la pérdida de 113.736 años de vida cada año y explica el 8,1% de todas las muertes que se producen en el país en mayores de 35 años. Ese porcentaje representa 4.474 muertes por año que podrían ser evitadas, representan el 25% del total de muertes por patologías asociadas al tabaquismo en un año en Bolivia.

El tabaquismo es una adicción a la nicotina del tabaco. En la mayoría de los casos, se produce a través del consumo de cigarrillos y con menor frecuencia a través del consumo de habanos, cigarros, tabaco en pipas y cachimbas. Se considera fumador a quien ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida y que actualmente fuma todos o algunos días.

La mayoría de las personas que comienzan a fumar lo hacen en la adolescencia, en parte para identificarse con los adultos.

**En el ámbito regional,** no se encontraron investigaciones realizadas acerca de la problemática a ser abordada en esta investigación, pero sí se pudo recabar información acerca del consumo de tabaco y la adicción que produce.

De acuerdo a la observación del consumo de tabaco asociado a las patologías que atiende el Instituto de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación e Investigación de Drogodependencias

y Salud Mental (INTRAID) se estima que más del 42% de la población tarijeña fuma, sobre todo la gente joven, así lo refirió la psicóloga Fabiola Chamas.

En abril del 2017, en el marco de la campaña “Cero Humo”, la psicóloga del Departamento de Prevención de INTRAID, Fabiola Chamas, adelantó que ese era el porcentaje de la población, según prevalencia de vida, que ha consumido tabaco. (Roberto Patiño/Diario El País)

Más que al tabaco, la adicción es a la nicotina puntualizó la directora de la entidad, Raquel Caero a tiempo de señalar que al momento la tendencia va en aumento, aunque no quiso manejar un número (Roberto Patiño/Diario El País)

Recordó que en Tarija la primera experiencia con el tabaco la tienen los menores entre 12 y 13 años y los que más fuman son los adultos jóvenes de 20 a 30 años, pero este rango puede ir incrementándose (Roberto Patiño/Diario El País).

La representante del Colegio de Psicólogos de Tarija, Catalina Arroyo, ha manifestado que el tabaco está generando un daño a la salud de la persona y el mismo medio ambiente, por lo que recomienda reducir su consumo y evitar caer en la adicción (Héctor Iván Fita/La Voz de Tarija)

*“El tabaco sí genera una adicción es dañino, incluso para los que no fuman, pero también se daña el medio ambiente a través del dióxido de carbono”.*

En este marco, ha recordado que uno de los males que puede generar su consumo es el cáncer con el daño a los pulmones, y otros problemas de tipo respiratorio.

*“El tabaco produce dependencia física que puede erradicarse en corto tiempo, pero la dependencia psicológica es más difícil de curar por terapias y medicación”.*

El consumo de tabaco es frecuente en estos días sobre todo en jóvenes de la ciudad de Tarija, puesto que es visto de manera normal en reuniones sociales como fiestas; además, también se cree que una de las maneras de contrarrestar los efectos de la ansiedad está en consumir el tabaco y que el estatus de la persona consumidora puede ser visto como alguien popular y que ayuda con elevar el autoestima, esto, puede ser una solución sino más bien una dificultad que provoca estados de depresión en la persona consumidora de tabaco. Ante esta situación se planteó la siguiente interrogante:

*¿Cuáles son los niveles de ansiedad, autoestima y depresión, que presentan los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco de la UAJMS de la ciudad de Tarija?*

## **1.2. Justificación**

Con el presente trabajo de investigación se pretende abordar un tema que involucra tanto la salud física como también la salud mental, debido a que el consumo de tabaco es frecuente, sobre todo en adolescentes. A su vez, una de las problemáticas principales acerca de la salud mental es: ansiedad, autoestima y depresión; debido a esto es que se decidió realizar una investigación para determinar la relación que existe entre el consumo de tabaco y los niveles de ansiedad, autoestima y depresión.

Al ser un tema que no tiene investigaciones en el ámbito regional, se considera que es importante investigar estas variables, ya que se cree que el consumo de tabaco es una manera de contrarrestar la ansiedad. Puede ser que esto no sea de esta manera, sin embargo, puede ser un agravante para la problemática en sí que ya representa el consumo de tabaco.

Se decidió realizar esta investigación en estudiantes de la UAJMS, debido a que se tiene información del INTRAID que el inicio del consumo en la ciudad de Tarija se da a los 17 años; así mismo, en el ámbito educativo como en la formación profesional, resulta una actividad que causa ansiedad, donde al relacionarse con otros pares puede verse afectada la autoestima de ciertos estudiantes y esto llevar a la depresión.

También se considera que el consumo de tabaco representa una especie de estatus social, debido a que los grupos que los consumen suelen creer que estos son bien vistos debido a que es una droga legalmente y socialmente aceptada.

Debido a que aporta datos nuevos sobre el tema en nuestro medio, esta investigación representa un **aporte teórico**; con la aplicación de una batería de test psicológicos, se determinaron cuáles son los niveles de ansiedad, autoestima y depresión, que presentan los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco de la UAJMS de la ciudad de Tarija. Los datos recolectados pueden servir para la realización de futuras investigaciones.

De igual manera, este trabajo tiene un importante **aporte práctico**, ya que los datos e información presentada pueden servir como punto de partida para la realización de futuras intervenciones prácticas o para ejecutar nuevos planes con el fin de reducir el impacto del

problema de la dependencia al consumo de tabaco en los jóvenes de la ciudad. Estos datos pueden servir a instituciones como el INTRAID, el gobierno municipal y sus diferentes direcciones o secretarías, autoridades de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, los propios estudiantes y la sociedad en general.

**CAPÍTULO II**  
**DISEÑO TEÓRICO**

## **DISEÑO TEÓRICO**

### **2.1. Pregunta Problema**

¿Cuáles son los niveles de ansiedad, autoestima y depresión, que presentan los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco de la UAJMS de la ciudad de Tarija??

### **2.2. Objetivos**

#### **2.2.1. Objetivo General**

Determinar los niveles de ansiedad, autoestima y depresión, que presentan los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco de la UAJMS de la ciudad de Tarija.

#### **2.2.2. Objetivos Específicos**

1. Describir el grado de dependencia al consumo de tabaco en los estudiantes de la UAJMS de la ciudad de Tarija.
2. Identificar el nivel de ansiedad que presentan los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco.
3. Establecer el nivel de autoestima que presentan los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco.
4. Identificar el nivel de depresión que presentan los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco.

### **2.3. Hipótesis**

1. Los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco de la UAJMS, presentan, una dependencia media al consumo de tabaco.
2. Los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco de la UAJMS, presentan un nivel de ansiedad moderada.
3. Los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco de la UAJMS, presentan un nivel de autoestima medio bajo.
4. Los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco de la UAJMS, presentan un nivel de depresión grave.

## 2.4. Operacionalización de Variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala
<p><b>Consumo de tabaco:</b> <i>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. Dicha adicción produce enfermedades nocivas para la salud del consumidor (Fagerström, 2012).</i></p>	Abuso	Daños en la salud física y mental.  Incremento del consumo	<p><b>Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina.</b></p> <p>Menor a 4 Dependencia Baja.</p> <p>Entre 4 y 6 Dependencia Media.</p> <p>Igual o mayor a 7 Dependencia Alta</p>
	Conducta	Horas de consumo  Frecuencia del consumo	
	Cantidad de cigarrillos y Nicotina	Bajo  Medio  Alto	
<p><b>Ansiedad:</b> <i>“Es una vivencia de temor ante algo difuso, inconcreto, indefinido, que se produce por nada y se difumina, por lo tanto, es un temor impreciso carente de objeto exterior, la ansiedad se experimenta como la anticipación de lo peor y está determinada por la perplejidad”.</i> (Rojas, 2014, p.12).</p>	Síntomas Físicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taquicardia.</li> <li>- Aumento de la presión arterial.</li> <li>- Ligeras molestias estomacales.</li> <li>- Tensión muscular.</li> <li>- Dolores de cabeza.</li> </ul>	<p><b>Cuestionario de Rojas para valorar la Ansiedad.</b></p> <p>De: 0-20 Ansiedad Normal</p> <p>21-30 Ansiedad Ligera</p> <p>31-40</p>
	Síntomas Psíquicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inseguridad.</li> <li>- Temor a agredir.</li> <li>- Aflicción.</li> <li>- Temor a morir.</li> </ul>	

		- Temor a volverse loco.	Ansiedad Moderada
	Síntomas de Conducta	- Irritabilidad. - Morder las uñas. - Inquietud motora. - Trastorno de lenguaje no verbal.	40-50 Ansiedad Grave
	Síntomas Intelectuales	- Pensamientos preocupantes y negativos. - Pensamientos ilógicos. - Dificultad para concentrarse. - Trastornos de la memoria	+ 50 Ansiedad muy Grave
	Síntomas Asertivos	- Bloqueo en la relación humana. - No saber que decir ante ciertas personas. - No saber decir que no. - No saber terminar una conversación difícil.	

<p><b>Autoestima:</b> <i>“Es la apreciación que mantiene la persona en referencia a sí mismo, expresando una postura de aprobación o desaprobación, indicando qué tanto el individuo se siente capaz, significativo, con éxito, y merecedor en todos los aspectos de su vida, es un juicio de la persona sobre el merecimiento que se expresa en su actitud, y que mantiene hacia sí mismo”</i> (Coopersmith, 1967, p.5).</p>	Si mismo general	El cual refiere a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.	<p><b>Escala de autoestima de Coopersmith</b></p> <p>0-24 Nivel de autoestima bajo</p> <p>25-49 Nivel de autoestima medio bajo</p>
	Social	Refiere a las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus amigos o compañeros. Así como sus referentes a las vivencias en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación a la satisfacción de su rendimiento académico o profesional.	<p>50-74 Nivel de autoestima medio alto</p> <p>75-100 Nivel de autoestima alto</p>
	Familiar	Hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.	

<p><b>Depresión:</b> “Es un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas” (Beck, 1983, p.78).</p>	<p>Componente: Cognitivo-Afectivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tristeza.</li> <li>- Pesimismo.</li> <li>- Fracaso.</li> <li>- Pérdida de placer.</li> <li>- Sentimientos de culpa.</li> <li>- Autocrítica.</li> <li>- Pensamientos o deseos suicidas.</li> <li>- Llanto.</li> <li>- Sentimientos de castigo.</li> </ul>	<p><b>Inventario de depresión de Beck (BDI-II)</b></p> <p><b>Intervalos:</b></p> <p>0-13 No depresión</p> <p>14-19 Depresión leve</p> <p>20-28 Depresión moderada</p>
	<p>Componente: Somático-Motivacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agitación.</li> <li>- Pérdida de interés.</li> <li>- Indecisión.</li> <li>- Pérdida de energía.</li> <li>- Cambios en los hábitos de sueño.</li> <li>- Irritabilidad</li> <li>- Cambios de apetito.</li> <li>- Dificultad de concentración.</li> <li>- Fatiga.</li> </ul>	<p>+ 29 Depresión grave</p>

**CAPÍTULO III**  
**MARCO TEÓRICO**

### **III.MARCO TEORICO**

Este capítulo está compuesto por el sustento teórico de la investigación. Al inicio del mismo se hace una aproximación general del tema de estudio, para posteriormente, ir desarrollando cada una de las variables que son objeto de estudio, siguiendo el orden de los objetivos específicos considerados en la investigación. De esta manera, se aborda el tema de consumo de tabaco, ansiedad, autoestima y depresión.

**3.1. Consumo de tabaco.** – El concepto de consumo de tabaco ha evolucionado mucho en las últimas décadas, de hábito en los años 60, el consumo pasó a ser considerado como dependencia en los 70, a mediados de los 80 el tabaquismo fue enunciado como una adicción y durante los años 90 se instauró la clínica del fumador (González JQ.,1998)

En el ámbito sanitario, drogadicción es un término técnico muy utilizado para definir las situaciones relacionadas con el consumo de sustancias que provoquen conductas relacionadas con la dependencia. Las drogas, en general, siempre han estado presentes en la mayoría de las civilizaciones como un factor integrante de los valores y del comportamiento humano. En los últimos años las evidencias sobre la dependencia a la nicotina han sido siempre resaltadas, especialmente por instituciones de gran prestigio mundial (Gold MS, 1995)

Para esta investigación se tomará en cuenta el término tabaquismo, debido a que es el término más utilizado, incluso por la OMS (Organización Mundial de la Salud).

#### **3.1.1. Definición de tabaquismo**

La Organización Mundial de la Salud define al tabaquismo como una epidemia. Según datos de la OMS, el tabaco es la primera causa de invalidez y muerte prematura, y la primera causa de muerte evitable a nivel mundial. Más de 8 millones de personas fallecen cada año como consecuencia del tabaco, de las cuales 1,2 millones fallecen como resultado de la exposición al humo de segunda mano (fumadores pasivos).

Existen estudios que revelan que son pocas las personas que comprenden los riesgos específicos para la salud que implica el consumo de tabaco. Aquellos fumadores que entienden los riesgos del tabaco para la salud tienen más probabilidades de intentar dejar de

consumir el tabaco. El conocimiento y la información sobre los hábitos de fumar disminuye las probabilidades de que las personas inicien en el hábito de fumar.

El tabaco es una sustancia adictiva, debido principalmente a su componente activo, la nicotina, que actúa sobre el sistema nervioso central. El fumador sufre una dependencia física y psicológica que genera un síndrome de abstinencia cuando el fumador no consume la sustancia. Esta enfermedad es lo que se denomina tabaquismo (NIDA, 2014)

El tabaco es una de las drogas adictivas legales que más fácilmente se obtiene y, consecuentemente, su consumo se ha convertido en algo cotidiano o habitual en nuestra sociedad. Pocos relacionan su adicción con la ansiedad, y mucho menos con la aparición y mantenimiento de ciertos trastornos de la ansiedad como el trastorno por estrés traumático y el trastorno de pánico con o sin agorafobia. Según información de la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen casi 1.100 millones de fumadores en el mundo. El 30% de ellos son adultos, de los cuales fallecen 4 millones al año, lo cual equivale a 11.000 personas diarias (Cuevas y Hernández-Pozo, 2008). La nicotina, como otras drogas psicoestimulantes, incrementa la liberación de dopamina, lo que potencia las propiedades reforzadoras de la droga. Junto a estas propiedades reforzadoras primarias, la acción de la nicotina ejerce un mayor efecto en situaciones estresantes, lo que explicaría su mayor potencial adictivo en personas que se encuentran sometidas a altos niveles de estrés, o que se sienten ansiosas y/o deprimidas (Cuevas y Hernández-Pozo, 2008).

### **3.1.2. Efectos del tabaco sobre la salud**

El tabaco puede provocar enfermedades del aparato respiratorio. Las patologías más frecuentes asociadas al tabaquismo son la bronquitis y el enfisema. Se trata de dos fenómenos esencialmente de tipo inflamatorio y destructivo, pero que pueden complicarse con lesiones obstructivas, de fibrosis alveolar e incluso de neumotórax. La nicotina tiene también un efecto directo sobre el sistema vascular, pudiendo producir gangrena como complicación de la enfermedad de Buerger.

Por otra parte, se considera que el hábito del tabaquismo puede influir negativamente en la potencia sexual e infertilidad masculina. (Bundhun, Pravesh Kumar; Janoo, Girish; Bhurtu,

Akash; Teeluck, Abhishek Rishikesh; Soogund, Mohammad Zafooruddin Sani; Pursun, Manish; Huang, Feng, 2019).

Generalmente el consumo de tabaco va de la mano con el uso simultáneo del alcohol, lo que aumenta la carcinogenicidad del tabaco respecto al cáncer de cabeza y cuello. El tabaco es el responsable del diagnóstico de casi la totalidad de casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), de enfisema y de cáncer de pulmón.

No existe ningún nivel seguro de consumo de tabaco. Incluso el tabaco consumido en cigarrillos de liar o en cigarrillos electrónicos causan daño irremediable (Berdiel, Laura Calpe, 2020).

La única opción que minimiza el riesgo de padecer enfermedades asociadas al tabaquismo es simplemente no fumar.

Por lo cual podemos llegar a la conclusión de que los problemas que ocasiona el consumo de tabaco en nuestra salud son considerables y traen consecuencias que en cierto punto llegan a ser irreversibles.

### **3.1.3. Iniciación de las personas en el tabaquismo**

La mayoría de los fumadores comienzan a fumar durante la adolescencia o los primeros años de la edad adulta. Algunos estudios muestran que el hábito de fumar también puede estar relacionado con diversas complicaciones de salud mental (Patton G. C.; Hibbert M.; Rosier M. J.; Carlin J. B.; Caust J.; Bowes G.,1996)

El consumo de tabaco tiene asociados elementos de riesgo y de rebeldía, que a menudo atraen a los jóvenes. La presencia de compañeros que fuman y los medios de comunicación con modelos de alto estatus asociados al tabaco también pueden alentar a fumar. Debido a que los adolescentes están más influidos por sus compañeros que por los adultos, los intentos de los padres, las escuelas y los profesionales de la salud para evitar que las personas prueben cigarrillos a menudo no tienen éxito.

La investigación conductual generalmente indica que los adolescentes comienzan sus hábitos de fumar debido a la presión de grupo y a la influencia cultural ejercida por los amigos. Sin

embargo, también se encontró que la presión directa para fumar cigarrillos jugó un papel menos significativo en el tabaquismo entre los adolescentes, con los propios adolescentes percibiendo niveles bajos tanto de presión directa como de prohibición, para fumar o no cigarrillos. (Urberg, K.; Shyu, S. J.; Liang, J.,1990)

La simple exposición a vendedores u otros consumidores puede motivar el comportamiento de fumar en adultos, esto debido a la imitación que puede reflejarse en circunstancias como un antojo de lo que hace la tercera persona, dejando influenciarse por lo que le rodea.

Un estudio similar sugirió que las relaciones personales pueden desempeñar un papel más activo para comenzar a fumar de lo que se pensaba anteriormente, y que también deben tenerse en cuenta procesos sociales distintos a los de la presión de grupo. (Michell L, West P, 1996)

Los resultados de otro estudio indicaron que la presión de los semejantes se asoció significativamente con el comportamiento de fumar en todos los grupos de edad y género, pero que los factores intrapersonales fueron significativamente más importantes para el comportamiento de fumar en las niñas de 12 a 13 años que en los niños de la misma edad. Dentro del grupo de edad de 14 a 15 años, la variable de la presión de grupo surgió como un predictor significativamente más importante del tabaquismo en las niñas que en los niños. (Barber, J.; Bolitho, F.; Bertrand, L.,1999).

Aun se debate si la presión de grupo o la libre elección es la causa mayor de tabaquismo en los adolescentes, aunque este debate no es de gran relevancia ya que se evidencio que existen situaciones en los cuales la presión del grupo influye al consumo de tabaco y otras situaciones donde se ve la libre elección a fumar, por lo cual no podemos decir cuál sea el motivo principal para empezar en el consumo de tabaco.

## **3.2. Factores de riesgo**

### **3.2.1. Consumo de tabaco en pacientes psiquiátricos**

A pesar de la progresiva disminución de la prevalencia de fumadores en la población general, estudios clínicos han mostrado un aumento de la prevalencia de fumadores entre

los pacientes psiquiátricos, existiendo una relación entre la intensidad del cuadro clínico y la gravedad de la dependencia al tabaco. (Becoña, Elisardo, 2004)

En MEDLINE se registran 356 artículos científicos publicados entre 2001 y 2011 centrados en la relación entre el tabaquismo y la esquizofrenia. La Sociedad Psiquiátrica Europea emitió una declaración en 2009 reconociendo que ciertos trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión son factores de riesgo para padecer tabaquismo, entre otras patologías.

Otro estudio realizado en 1986 en Estados Unidos obtuvo los siguientes resultados relativos a la extensión del tabaquismo en pacientes psiquiátricos: esquizofrenia, 88%; manía, 70%; depresión mayor, 49 %; trastornos de ansiedad, 47 %; trastorno de personalidad, 46% y trastornos adaptativos, 45 %. Se han propuesto tres posibles causas básicas para esta relación: la hipótesis de la automedicación, según la cual la enfermedad surge en primer lugar y luego la persona se vuelve fumadora por los efectos beneficiosos de la nicotina en el tratamiento del cuadro principal; la hipótesis neuroquímica, según la cual el consumo crónico de productos que contienen nicotina altera la química del cerebro predisponiendo a padecer cuadros depresivos o maníacos y la hipótesis de la vulnerabilidad común, según la cual ninguna de las patologías predispone a la otra sino que existe un tercer factor, ya sea social o genético, que las predispone a ambas. (Gurrea, Alfredo; Pinet, María Cristina, 2004)

### **3.2.2. Consumo de tabaco en relación con el alcoholismo**

Muchos fumadores empedernidos fuman mientras consumen bebidas alcohólicas debido a que el alcohol potencia los receptores nicotínicos de acetilcolina, que conducen a la resensibilización y, por tanto, generan adicción. (Rose, J.; Brauer, L.; Behm, F.; Cramblett, M., 2004)

Se ha estudiado hasta qué punto la dependencia a la nicotina es la causa de este hábito. No parece que la cantidad de nicotina en sangre es un factor significativo ya que el volumen de la calada se correlaciona pobremente con la frecuencia del consumo de cigarrillos.

**3.2.3. El concepto de ansiedad.** – Rojas (2014) definió la ansiedad como una emoción negativa que se vive como amenaza, como anticipación cargada de malos presagios, de tonos

difusos, desdibujados, poco claros. En la ansiedad los temores vienen de todas partes y de ninguna.

Esta definición realizada por Enrique Rojas será la que se tomará en cuenta en la presente investigación, aunque también plantearemos definiciones de ansiedad según otros autores.

La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Comparte con el anterior la impresión interior de temor, de indefensión, de zozobra. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la angustia (o ansiedad) se produce por nada, se difuminan las referencias. De ahí que podamos decir, simplificando en exceso los conceptos, que el miedo es un temor con objeto, mientras que la ansiedad es un temor impreciso carente de objeto exterior.

Lang (2002): es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros.

Kiriacou y Sutcliffe (1987): una respuesta con efectos negativos (tales como cólera, ansiedad, depresión) acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de la tasa cardiaca, etc.).

Lazarus (1976): La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Además, tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

Entonces podemos definir la ansiedad como una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta de activación generalizada.

Lo primero que destaca es la característica de ser una señal de peligro difusa, que el individuo percibe como una amenaza, para su integridad. El aumento o la disminución de la ansiedad tiene mucho que ver con la elaboración individual de la información que a ese sujeto le llega.

Spielberg (2000) estableció a la ansiedad estado, como la situacional, ya que sólo se produce en momentos determinados. Por lo tanto y al no existir ningún participante de la muestra con

un trastorno de ansiedad identificado claramente, podemos establecer que el tipo de ansiedad que prima es la de estado. Según Corneau (2001), el consumo de tabaco en personas con ansiedad rango, es decir, como un síntoma constante, se produce por las características ansiolíticas de la nicotina, lo que nos lleva a deducir, según los resultados, que los participantes no necesariamente utilizarían el tabaco como método de enfrentamiento constante contra la ansiedad.

Respecto a la relación que existe entre los trastornos de ansiedad y a la dependencia de la nicotina, Johnson (2000) plantea que en sus estudios encontró que existe relación entre las personas que fuman 20 o más cigarrillos al día durante la adolescencia y padecer luego distintos trastornos de ansiedad, concluyendo que ser un fumador duro durante la juventud, está asociado con el incremento de las posibilidades de tener alguna patología de ansiedad en la adultez. Por lo tanto, recomienda que las personas no comiencen a fumar en la adolescencia, para evitar este tipo de trastornos en la vida adulta.

Más aún, Comi, Díaz y Calvo (2009) hablan y a la vez relacionan la asociación entre el estrés, la ansiedad y la depresión con el consumo de tabaco. Su estudio fue realizado en una muestra de 246 personas, en donde el 55,2 % eran mujeres y el resto hombres, de una edad media de 32 años de edad.

Estudios demuestran que el 70% de los fumadores quiere dejar de fumar, pero menos del 10 % alcanza la abstinencia al cabo de un año, ya que el porcentaje de recaídas es muy elevado. Estas recaídas están vinculadas a momentos de ansiedad, depresión, irritabilidad y estrés.

Mykletun (2008), en un estudio sobre la relación entre ansiedad, depresión y tabaquismo, revelan que la asociación con el consumo de tabaco es mayor en las situaciones de ansiedad-depresión.

### **Activación máxima y mínima**

Hay un mínimo y máximo de activación, ahí entra de lleno la teoría experimental de Eysenck (1982) que postula la existencia de dos activaciones, una general y otra particular. La activación general pretende afrontar la situación mediante un estado de alerta, ensayando algunos tipos de rendimientos muy globales. La activación particular es más específica y que

produce un estado de tensión selectiva, pudiéndose incrementar mediante acciones cognitivas.

Gray (1986) ha estudiado las diferencias de activación que existen entre los sujetos extrovertidos e introvertidos. Estas se sitúan de forma contrapuesta. Los introvertidos tienen un mejor rendimiento después de una situación de reposo, mientras que los extrovertidos realizan mejor sus tareas, tras una marcada actividad.

No hay que olvidar que cuando la ansiedad es muy intensa y dura mucho tiempo, se producen manifestaciones físicas funcionales importantes, que, a la larga, constituyen el entramado de la patología psicósomática.

Dentro de las características de quienes padecen trastornos de la ansiedad, está la predisposición a ser fumadores en algún momento de su vida. Fumar también produce aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo (Evatt y Kassel, 2009), lo que estaría asociado con enfermedades físicas y mentales (incluso desde edades tempranas), trastornos de ansiedad (Zvolensky, Schmidt y Stewart, 2003) y una menor expectativa de vida, que puede disminuir en 10 años si se abandona su consumo a una edad tardía frente a una edad temprana.

### **La complejidad de la Ansiedad**

En 1987, acaba de salir la denominada ICD-9-R en la que también se sistematizan los principales cuadros clínicos en que aparecen la ansiedad: Neurosis de ansiedad, reacción de ansiedad, crisis y estado de ansiedad, reacción de ansiedad, hasta llegar a la depresión neurótica, a las reacciones de adaptación y a los trastornos afectivos de la personalidad.

En 1987 ha salido el DSM-III-R con la denominación de ataque de pánico, que sustituye a la tradicional de crisis de ansiedad. Los criterios para establecer este diagnóstico son los siguientes:

### **Ataques de pánico**

- a) Al menos tres ataques por un periodo de tres semanas, sin que haya existido un ejercicio físico intenso, una situación amenazante para la vida o estímulos fóbicos circunscritos.
- b) Los ataques van espaciados por periodos de aprensión o de miedo, cuando aparecen tienen por lo menos 4 de los siguientes síntomas.

Dificultad respiratoria

Palpitaciones

Dolor o malestar precordial

Parada respiratoria o sensación de ahogo

Mareo, vértigo o sensación de inestabilidad

Sentimientos de irrealidad

Hormigueo en las manos y pies

Oleadas de calor y frío

Sudoración

Debilidad

Temblor o estremecimiento

Temor a morir, a perder el control o a volverse loco

- c) Todo ello no se debe a trastornos físicos ni a otros trastornos mentales, como depresión mayor, trastornos por somatización, etc.
- d) El trastorno no está asociado con la agorafobia.

### **Ansiedad generalizada**

- a) Síntomas de al menos tres de estas cuatro clases.

Tensión muscular

Hiperactividad vegetativa

Expectación aprensiva

Estado de vigilancia y exploración

- b) Estado de ansiedad continua
- c) Esta vivencia no es debida a ningún otro trastorno
- d) Edad mínima de 18 años

La ansiedad es aquella experiencia inferior en la que todo es inquietud, desasosiego, estar en guardia y como al acecho esperando lo peor.

### **Causas y motivos que producen la ansiedad**

- La ansiedad exógena es aquel estado de amenaza inquietante producido por estímulos externos de muy variada condición.
- La ansiedad endógena es la propiamente dicha, es de alguna manera el patrimonio físico heredado. Aquí la base es biofuncional, es la situación por dentro.

Esferas dentro del perímetro de los factores psicológicos.

- 1) Traumas biográficos
- 2) Factores predisponentes
- 3) Factores desencadenantes

### **Ansiedad y depresión**

#### **Semejanzas y diferencias**

- 1) Estado subjetivo, significa que la experiencia básica esta dentro del sujeto, esa zona es un pasadizo obligatorio por el que desfilan vivencias.
- 2) Difuso quiere decir que la impresión que se recibe no es clara, sino que tiene unos cortones vagos.
- 3) La tonalidad es siempre negativa o positiva, no hay sentimientos neutros.

### **Sintomatología**

## **Clasificación de los síntomas de la ansiedad**

- **Síntomas físicos.** – Producidos por una serie de estructuras cerebrales intermedias donde residen o se asientan las bases neurofisiológicas de las emociones. La ansiedad produce o está condicionada por descargar de adrenalina. Los síntomas que aparecen más a menudo son: palpitaciones, sudores muy profusos, sequedad de la boca, sensación de falta de aire, pellizco gástrico, etc.
- **Síntomas de conducta.** – Hipervigilancia, estado de atención expectante, inadecuación estímulo-respuesta, bloqueo afectivo, inquietud motora, etc.
- **Síntomas intelectuales.** – Errores en el proceso de la información, expectativas generales negativas, falsas interpretaciones de la realidad personal, pensamientos preocupantes, pensamientos absolutistas, etc.
- **Síntomas asertivos.** – No saber que decir antes ciertas personas, no saber iniciar una conversación, bloqueo al hacer preguntas o al tener que responder, etc.
- **Síntomas psicológicos.** – Inquietud, desasosiego, vivencias de amenaza.

**3.2.4. Autoestima.** - Coopersmith (1978) definió autoestima como la evaluación que un individuo realiza respecto de sí mismo. Lo cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación, e indica el grado en el que el individuo se siente capaz, significativo, exitoso y digno. Las investigaciones precedentes han dejado muchas incógnitas planteadas y los datos recogidos aun no son suficientes para saber con exactitud la influencia que tiene la autoestima dentro del desarrollo personal.

En cuanto a Coopersmith (1990) explica que la definición autoestima vienen a ser las evaluaciones que un sujeto realiza y usualmente conserva sobre sí mismo; esto quiere decir que la autoestima de manera general, es un sentir de aprobación o desaprobación que muestra la amplificación en la que el sujeto cree ser competitivo, significativo y digno.

La autoestima, un concepto usado con mucha frecuencia en el habla cotidiana, hace referencia al valor que cada persona se adjudica a sí misma, es decir, a la valoración que hace de sí misma en referencia a las demás: valgo menos, igual o más que tal o cual individuo. En

cualquiera de sus dos extremos, sobra decirlo, es peligrosa, ya que contribuye con una distorsión de la propia imagen y esto afecta las relaciones.

La autoestima es un factor importante a considerar en la vida de las personas en general y en particular, en el tema del desempeño y de las actitudes hacia las actividades académicas de los estudiantes y las estudiantes. De acuerdo con Rice (2000), la autoestima de una persona es la consideración que tiene hacia sí misma. Señala este autor que ha sido denominada como el vestigio del alma y que es el ingrediente que proporciona dignidad a la existencia humana.

La autoestima se desarrolla a partir de la interacción humana, mediante la cual las personas se consideran importantes una para las otras. El yo evoluciona por medio de pequeños logros, los reconocimientos y el éxito. En opinión de Maslow, citado por Santrock (2002), la mayoría de las personas que no han desarrollado un alto nivel de estima, nunca llegan a autorrealizarse. De Mezerville (2004), menciona que Abraham Maslow ha sido uno de los representantes de la psicología humanista quien más ha difundido el papel que la autoestima desempeña en la vida de la persona, al incluirla dentro de su conocida jerarquía de necesidades. Para Maslow existen dos tipos de necesidades de estima, la propia y aquella que proviene de las otras personas. Ambas necesidades las ubica jerárquicamente por encima de las necesidades fisiológicas, las de seguridad personal y las de amor y pertenencia.

Branden, en de Mézerville (2004, p. 25) manifiesta que: La autoestima está configurada por factores tanto internos como externos. Entiendo por factores internos, los factores que radican o son creados por el individuo-ideas, creencias, prácticas o conductas. Entiendo por factores externos los factores del entorno: los mensajes transmitidos verbal o no verbalmente, o las experiencias suscitadas por los padres, los educadores, las personas significativas para nosotros, las organizaciones y la cultura.

Según Güell y Muñoz (2000, p. 118), la persona tiene la capacidad de establecer su propia identidad y atribuirse un valor y, a esa valoración se le llama autoestima. Señala que *“Si conseguimos mantener un buen nivel de autoestima resistiremos las críticas, nos abriremos mejor a los demás, aprenderemos a pedir ayuda y, en general, nos resultará mucho más gratificante vivir, lo que contribuirá también a prevenir cualquier proceso depresivo”*. Refiriéndose a este tema de la autoestima, Santrock (2002, p. 114) expresa que ésta es: *“La*

*evaluación global de la dimensión de Yo o self. La autoestima también se refiere a la autovalía o a la autoimagen, y refleja la confianza global del individuo y la satisfacción de sí mismo”.*

Para White en Courrau (1998), la autoestima es el valor del yo, el valor de la persona ante los ojos de las otras. Esta autora la define como un proceso dinámico y multidimensional que se va construyendo a lo largo de la vida y en el cual se involucra el contexto social, físico, emocional y cognitivo de la persona. Al respecto también Molina en Olivares (1997, p. 20) considera que la autoestima tiene un significado complejo, y que precisa de cuatro componentes en su definición:

- Es una actitud, ya que contempla las formas habituales de pensar, actuar, amar y sentir de las personas para consigo mismas.
- Tiene un componente cognitivo, pues se refiere a las ideas, opiniones, creencias percepciones y procesamiento de la información que posee la persona respecto de sí misma.
- Tiene un componente afectivo, que incluye la valoración de los positivo y negativo, involucra sentimientos favorables y desfavorables, agradables o desagradables que las personas perciben de sí mismas.
- Tiene un componente conductual, porque implica la intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente. Por otra parte, Gastón de Mézerville (204, p. 61) menciona que *“La autoestima es la percepción valorativa y confiada de sí misma, que motiva a la persona a manejarse con propiedad, manifestarse con autonomía y proyectarse satisfactoriamente en la vida”.*

Alcántara en Molina, Baldares y Maya (1996, p. 24) expresa:

La autoestima es la meta más alta del proceso educativo y quicio y centro de nuestra forma de pensar, sentir y actuar, es el máximo resorte motivador y el oculto y verdadero rostro de cada hombre esculpido a lo largo del proceso vital.

Este autor considera también que la autoestima no es innata, que se adquiere y se genera como resultado de la historia de cada persona. Este aprendizaje generalmente no es intencional, por cuanto se moldea a la persona desde diversos contextos informales

educativos. No obstante, a veces es el resultado de una acción intencional para lograr su consecución.

### **Componentes de la autoestima**

De acuerdo con Gastón de Mézerville (2004) existen una serie de aspectos interrelacionados que componen la autoestima. A partir de esta concepción, presenta un modelo propio al que ha denominado proceso de la autoestima. En este, se considera a la autoestima según dos dimensiones complementarias, una actitudinal inferida integrada por tres componentes: la autoimagen, la autovaloración y la autoconfianza; y una dimensión conductual observable conformada por otros tres componentes: el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización.

### **Depresión. -**

La depresión de acuerdo al autor del instrumento, se la puede definir como *“un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas”* (Beck, 1983, p.78).

La presente investigación tendrá como la base la definición de depresión según Aaron T. Beck y así mismo se utilizará el instrumento para medir la depresión de Beck.

Para (Mackinnon, Michels, 1971) la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. En la depresión, todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales, podrían verse afectadas.

Así, en la enfermedad se observan diferentes manifestaciones de acuerdo con las circunstancias y las características de cada persona. Por lo tanto, su significado puede variar según el uso que se le quiera dar. Así, comúnmente depresión se refiere a una sensación de malestar, con manifestaciones como tristeza y angustia, mal humor, frustración, etcétera, y todo esto es consecuencia de algo negativo que sucedió (Navarro, 1990).

Se dice que alguien está deprimido cuando se observa que hay en él una pérdida de interés por la vida. otra característica importante es que, aún cuando las circunstancias no sean tan desfavorables, su ánimo negativo y decaído es muy notable. pero esto es algo relativo, ya que no es fácil reconocer una línea clara que separe el desaliento y la tristeza (o un periodo de luto) que se consideran normales, de lo que se juzga como anormal y no tan sano.

Rojas (2006) dice que “las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada, a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y asertivo.”

Navarro (1990), señala que la depresión interfiere en gran medida con la creatividad y hace que disminuya el gusto por el trabajo, el estudio, las rutinas diarias y las actividades que antes disfrutaba. igualmente, la depresión, dificulta las relaciones con los demás. en las depresiones de cierta severidad algunas personas se aíslan, llegan a comportarse indiferentes por casi todo y los pensamientos de suicidio son muy comunes.

Según Katz, la depresión es un conjunto de manifestaciones clínicas que se utiliza para designar una serie de alteraciones cognoscitivo-conductuales (episódicas o periódicas, unipolares o bipolares, leves, moderadas o severas). Durante éstas, el individuo ya no tiene acceso a reforzamientos sociales o bien, éstos dejan de ser congruentes a sus respuestas o pierden su efectividad. Estas alteraciones van acompañadas por pensamientos automáticos depresivos, trastornos corporales y por la sensación de falta de energía y de pérdida de control sobre las situaciones. Además, como resultado final, se observa la disociación de las funciones cerebrales y la ausencia de comportamientos orientados al logro de objetivos (Navarro, 1990).

Un punto central de la depresión es la alteración desfavorable del clima emocional y la pobreza en el estado de alerta. También, son síntomas frecuentes la tensión, la ansiedad y los sentimientos de culpa. En general es un conjunto de sensaciones, vivencias y percepciones internas desagradables, dolorosas y paralizantes.

En la depresión existen manifestaciones o alteraciones (en la motivación, en la alimentación, el sueño, etcétera) con una intensidad y duración que provocan una segunda interferencia importante en la vida de las personas (Hernangómez, 2000). Cuando una persona es infeliz,

aún después de haber sufrido un golpe muy fuerte es capaz de buscar consuelo y de permitir que dicho consuelo llegue a él. Se puede ser amable y amoroso con los demás. Sin embargo, con una depresión no se cuenta ni con la simpatía ni con la preocupación de los demás y no porque ellos no estén ahí sino porque la persona no logra entender ni recibir lo que los demás le ofrecen. Además, la persona se castiga mediante palabras y hechos. De esta forma se dice que en la depresión “la misma persona es tanto el sufrido prisionero, como el cruel carcelero” (Rowe, 1998)

### **3.2.5. Historia de la depresión**

A pesar de que el uso del término moderno de depresión se remonta a un cuarto de siglo, el cuadro depresivo en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía. Desde el siglo IV antes de cristo, Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico, los problemas que hoy se llaman psiquiátricos se relacionaban con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales. Estos son: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. De tal forma, la melancolía era producida por un exceso de bilis negra o atrabilis (Calderón, 1999).

Así, en el siglo V antes de Cristo, Hipócrates define el término melancolía, y según él, consistiría en un exceso de bilis negra en la sangre que actuaría sobre el cuerpo y el alma del enfermo creando un estado caracterizado por la tristeza y el abatimiento. De este modo, quedaba identificado el trastorno depresivo o bien como lo diría Hipócrates “el humor negro” para definir la tristeza (Widlocher, 1986). Según Widlocher (1986), la explicación de la melancolía se inscribe en un sistema muy general que permite clasificar el conjunto de las enfermedades en función de las perturbaciones de los humores.

A Hipócrates se le pide que diagnostique a Demócrito. Según la información recopilada actualmente, Demócrito padeció primero una fase depresiva y después de la inactividad que acompaña a la depresión inicio una fase de hipertimia con actividad febril que a sus contemporáneos les pareció muy extraña, pero que más adelante lo ayudó a al conocimiento de la sintomatología de la depresión (Vallejo- Nágera, 2005).

Para Areteo de Capadocia, la melancolía es el comienzo de la manía y parte de ella (Calderón, 1999). Asimismo, él hace la primera descripción exacta del mal. “*Una afección sin fiebre en*

*la cual la mente triste queda siempre fija en la misma idea y se adhiere a ella testarudamente. En un inicio es una especie de semi-manía. La diferencia que hay entre una enfermedad y otra es que en la manía la mente se inclina ya a la tristeza, ya a la alegría, mientras que en la melancolía la mente permanece constantemente triste y abatida”* (Widlocher, 1986). Los griegos observaron también la evolución en ciclos y que, al finalizar las manifestaciones, a diferencia de otras formas de “locura” los melancólicos recuperaban por completo su personalidad normal (Calderón, 1999).

En otras culturas, también se ha descrito la depresión. Por ejemplo, en las sagradas escrituras hay varios relatos detallados de depresiones. Con las invasiones de los Bárbaros, desaparece la figura del sabio profano y es entonces cuando los eruditos y pensadores son casi todos religiosos. Como consecuencia de esto se da un nuevo enfoque, “espiritual” a la depresión.

Para la valoración espiritual de la tristeza, síntoma dominante en las depresiones, los pensadores cristianos retoman las ideas de San Pablo, quien hablaba de dos formas de tristeza “la tristeza según Dios”, que es en esencia el arrepentimiento por haberle fallado y “la tristeza según el mundo” que es la que produce la muerte. Después de esto, la depresión se interpretaba como pecado (Vallejo-Nágera, 2005).

Durante la edad media, filósofos destacados como Santo Tomas de Aquino, sostenían que la melancolía se producía por demonios e influencias astrales. Esta creencia se comenzó a abandonar en 1630, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado: “Anatomía de la melancolía”, obra que ayudó mucho a identificación de los estados depresivos (Calderón, 1999).

Para Galeno, ya en el siglo XVII, la melancolía es una enfermedad de la mente. Se da sin fiebre, con tristeza profunda y distanciamiento de las cosas más queridas. Es una aflicción sin medida. Él subraya que es la bilis negra la que obra sobre el cerebro. Como hecho anecdótico, se decía que habría alimentos previamente cargados de tristeza y de temor y sería necesario cuidar a los enfermos haciéndoles tomar alimentos alegres, claros, jóvenes y tiernos (Widlocher, 1986).

En 1809 Haslam, un boticario del hospital Behtlem en Londres escribió: *“los que se encuentran bajo la influencia de pasiones depresivas pueden tener diferente tipo de*

*manifestaciones: semblante ansioso y con apariencia triste, poco dispuestos a hablar, se aíslan recluyéndose en lugares oscuros o permanecen en calma la mayor parte del tiempo. Después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías, recuerdan sus actos inmorales o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido. Con frecuencia se desesperan y tratan de terminar con su existencia que les parece aflictiva y odiosa”*

**CAPÍTULO IV**  
**DISEÑO METODOLÓGICO**

## IV.DISEÑO METODOLÓGICO

### 4.1. Área a la cual pertenece la investigación

La presente investigación se enmarca dentro del área de la **Psicología clínica**, ya que aborda variables directamente vinculadas con la salud mental de las personas, tales como ansiedad, autoestima y depresión. Estos factores son fundamentales para el bienestar psicológico y emocional de los individuos, especialmente en contextos académicos y de transición, donde los jóvenes enfrentan múltiples desafíos que pueden afectar su desarrollo personal.

De acuerdo a Vallejo (2014) la psicología clínica *“es una disciplina orientada a la investigación, evaluación, diagnóstico, prevención y tratamiento de los problemas de salud mental. Esta área incluye tanto la intervención en patologías concretas como la promoción de la salud y el bienestar psicológico general, lo que permite un abordaje integral que considera aspectos cognitivos, emocionales y sociales del individuo”* (p.3).

### 4.2. Tipificación de la investigación

Esta investigación de acuerdo a sus características se tipifica de la siguiente manera:

Está enfocada en la dependencia al tabaco, la ansiedad, la autoestima y la depresión, tiene un propósito principalmente **teórico**. Su objetivo fue aportar información actualizada y detallada sobre estas variables. Burgos (2017) indica que este tipo de trabajos *“ayudan a obtener un mejor conocimiento de los fenómenos naturales, como así también el conocimiento obtenido de estos estudios expanden la base teórica de un tema en particular. Esta investigación involucra el proceso de recolectar y analizar información para desarrollar y mejorar la teoría”* (p.3).

En cuanto a su alcance, el estudio es de tipo **descriptivo**, ya que se centra en caracterizar las variables de interés a través de una descripción detallada de cada una, lo que facilita su comprensión y contextualización. Hernández, Fernández y Baptista (2014) indican que *“con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”* (p.92).

Respecto al enfoque metodológico, esta investigación se clasifica como **cuantitativa**, dado que los instrumentos utilizados fueron de naturaleza numérica y objetiva. Los resultados se presentan mediante cuadros y gráficos, en los que se indican frecuencias y porcentajes que facilitan la interpretación de los datos. Hernández, Fernández y Baptista (2014) refieren que en estos estudios se *“utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías”* (p.4)

Finalmente, en cuanto al diseño temporal, el estudio es de tipo **transversal**, ya que la recolección de datos se realizó de manera simultánea en un período breve, permitiendo un análisis puntual de las variables en un momento específico. Ibidem (2014) afirma que *“su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, es como tomar una fotografía de algo que sucede”* (p.154).

### **4.3. Población y muestra**

#### **4.3.1. Población:**

La población está constituida por todos los estudiantes universitarios de la UAJMS de la ciudad de Tarija, según datos brindados por la Ing. Raquel Jalil Angulo directora de la DTIC, en fecha 19 de septiembre del presente, en la UAJMS existen 18.085 estudiantes en la gestión 2022. Cabe mencionar que no se cuenta con datos específicos de los estudiantes universitarios que consumen tabaco, tampoco existe un censo sobre el particular, sin embargo, se tomará como parámetro aproximado y tener representatividad, la división del total de la población estudiantil.

Pero tomaremos como base la información que se tiene por parte de INTRAID, que de acuerdo a la observación del consumo de tabaco asociado a las patologías que atiende el Instituto de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación e Investigación de Drogodependencias y Salud Mental (INTRAID) se estima que más del 42 por ciento de la población tarijeña fuma, sobre todo la gente joven.

Las variables de inclusión que permitirán limitar la población con mayor precisión, serán las siguientes:

- Sexo: Hombres y Mujeres
- Edad: De 18 a 25 años
- Estudiantes de la UAJMS
- Estudiantes que consumen tabaco

Las variables de exclusión serán las siguientes:

- No ser estudiantes universitarios
- Estudiantes que no consumen tabaco

#### 4.3.2. Muestra

Para la presente investigación se determinó el tamaño de la muestra mediante la fórmula para poblaciones finitas, quedando una muestra de 112 estudiantes universitarios. La muestra se tipificó como probabilística, ya todos los estudiantes de la población tienen probabilidad de ser seleccionados. Esto significa que la selección de los participantes se hizo mediante métodos aleatorios, lo que permitió garantizar la representatividad de la muestra y la posibilidad de generalizar los resultados. La fórmula para calcular el tamaño de muestra es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{(N - 1)E^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 18.085}{(18.085 - 1) \times (0,050)^2 + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5} =$$

$$n = \frac{3,84 \times 0,5 \times 0,5 \times 18.085}{18.084 \times 0,0025 + 3,8416 \times 0,5 \times 0,5} = \frac{17.361,6}{46.1704} = 376.03$$

El resultado de la fórmula resulta un número elevado para realizar una investigación, por lo que a través de la regla de tres simple se tomó un 30% de la población, se estima que de ese

porcentaje podrían consumir tabaco. Al ser una cifra representativa, queda un total de 112 estudiantes para la muestra.

$$n=376,03 \times 30 / 100 = 112$$

Debido a que la muestra es de 112 sujetos, se elevó el número de personas a las que se aplicó el test de Fagerström a un total de 163 personas, una vez alcanzado el número para la muestra, se decidió suspender la aplicación del test mencionado.

### **Variables de selección**

- Estudiantes que consumen tabaco entre 1 año a más años.
- Estudiantes que presenten dependencia media y alta (Test de Fagerström)
- Estudiantes que desean participar en la investigación.

## **4.4. Métodos, técnicas e instrumentos**

Los métodos, técnicas e instrumentos son los procedimientos generales para diseñar el proyecto de investigación, procesar e interpretar los datos.

### **4.4.1. Métodos**

En este trabajo de investigación se tomaron en cuenta los siguientes métodos en sus diferentes etapas:

- **Método teórico:** los métodos teóricos se emplearon para construir el marco conceptual y fundamentar las hipótesis de estudio. Se analizaron teorías y estudios previos sobre cada variable, lo que permitió comprender las posibles relaciones entre la dependencia al tabaquismo, la ansiedad, la autoestima y la depresión.
- **Método empírico:** En la recolección de datos, se utilizaron métodos empíricos que incluyeron la aplicación de cuestionarios y pruebas estandarizadas para medir los niveles de dependencia al tabaquismo, ansiedad, autoestima y síntomas depresivos en los estudiantes. Estos instrumentos permitieron obtener datos específicos sobre cada variable.
- **Método estadístico:** los métodos estadísticos resultaron esenciales para el análisis y la presentación de los datos recolectados. Se realizaron análisis descriptivos, como el cálculo de frecuencias y porcentajes, para caracterizar las variables en la muestra. Es

importante mencionar que los resultados se organizaron en cuadros y gráficos, facilitando la interpretación visual de los datos y permitiendo identificar tendencias clave en la investigación.

#### 4.4.2. Técnicas

En esta investigación se usó principalmente la siguiente técnica:

- La técnica de los **test psicométricos** para medir de forma precisa y estandarizada las variables de dependencia al tabaco, ansiedad, autoestima y depresión. Hay que recordar que los tests psicométricos son herramientas estructuradas que permiten evaluar aspectos psicológicos y conductuales a través de cuestionarios diseñados y validados objetivamente. Al utilizar estos instrumentos, se obtuvo una evaluación cuantitativa de cada variable, lo que facilitó el análisis estadístico y permitió hacer comparaciones entre los datos obtenidos de la muestra.

#### 4.4.3. Instrumentos

A continuación, se explicarán las características y utilidad de cada instrumento que se utilizará en esta investigación:

<b>Variable</b>	<b>Instrumento</b>
Dependencia al consumo de Tabaco	Test de Fagerström
Ansiedad	Cuestionario de Ansiedad de Rojas
Autoestima	Inventario de Autoestima de Coopersmith
Depresión	Inventario de Depresión de Beck

### **TEST DE LA DEPENDENCIA DE FAGERSTRÖM**

**Nombre:** Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND)

**Autores:** Fagerstrom & Schneider

**Versiones:** La versión actualizada (1991), mejora las propiedades psicométricas de la original (1978) y reduce los ítems a 6.

**Tipo de instrumento:** Cuestionario.

**Objetivos:** Evalúa la dependencia fisiológica de nicotina.

**Descripción:** Se trata de un breve cuestionario que permite ver el nivel de dependencia. Resulta útil para determinar cuándo puede ser beneficioso el uso de parches o chicles de nicotina.

**Criterios de calidad:**

Fiabilidad: Consistencia interna: 0.56 - 0.64. Fiabilidad test-retest: 0.88.

Validez: Muestra relaciones con otras medidas bioquímicas de consumo (0.25 - 0.40) y con número de años como fumador (0.52). Se muestra útil para predecir la severidad del deseo, el grado de sintomatología y la cantidad de recaídas.

**Aplicación**

**Tiempo de administración:** 2 minutos

- **Normas de aplicación:** Para cada ítem, el sujeto tiene que marcar una alternativa, de las dos o cuatro que hay (según el ítem), que será la que mejor refleje su situación actual.
- **Corrección e interpretación:** El propio fumador puede corregir su prueba. Se suman las respuestas de los seis ítems. La puntuación oscila entre 0 y 10 (A mayor puntuación, mayor dependencia) Aunque no se dispone de puntos de corte, Becoña y Vázquez (1998) han utilizado en diversas investigaciones la puntuación de 6 o superior para indicar una dependencia alta.

**Escala:**

- Menor a 4
- Dependencia Baja. Entre 4 y 6
- Dependencia Media. Igual o mayor a 7
- Dependencia Alta

**CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE ROJAS**

**Autor:** Enrique Rojas

**Objetivo del test:** Medir el nivel de ansiedad general y por dimensiones. Este cuestionario puede ser aplicado a sujetos de 12 años en adelante.

**Tiempo de aplicación:** La duración de la aplicación es de 20 a 30 minutos aproximadamente.

**Procedimiento de aplicación y calificación:**

En el proceso de aplicación del instrumento, se instruye al sujeto para que elija entre las opciones “Sí” y “No” en respuesta a cada ítem presentado. Si el participante selecciona “Sí”, debe también indicar la intensidad del síntoma que experimenta, utilizando una escala que va del 1 al 4. En esta escala, un puntaje de 1 representa una intensidad ligera, 2 indica una intensidad media, 3 señala una intensidad intensa, y 4 se refiere a una intensidad muy intensa. Esta metodología no solo permite identificar la presencia del síntoma, sino que también ayuda a evaluar su severidad, lo cual es fundamental para un diagnóstico preciso. Si el sujeto responde “No”, simplemente se pasa al siguiente ítem sin necesidad de valorar intensidad.

Para la calificación del instrumento, se suman todos los ítems con numeración, y el puntaje total se ubica dentro de la escala general establecida para el test. Esto proporciona un puntaje general que permite determinar no solo el nivel de ansiedad general del sujeto, sino también el nivel específico asociado a cada síntoma, facilitando así una interpretación más detallada de los resultados.

**Descripción de los materiales:**

El instrumento utilizado en esta investigación consta de un total de 100 preguntas, las cuales se dividen en cinco áreas distintas que abarcan los diversos síntomas asociados con la ansiedad. Estas áreas incluyen síntomas físicos, psíquicos, intelectuales, conductuales y asertivos, permitiendo una evaluación integral de la experiencia del individuo.

Durante la aplicación, se entrega al sujeto un cuadernillo que contiene las preguntas correspondientes y una hoja de respuestas, diseñada para facilitar el proceso de autoevaluación. Esta estructura no solo organiza la información de manera clara, sino que también asegura que el sujeto pueda concentrarse en cada ítem de forma sistemática.

**Escala:**

Para la obtención del nivel de ansiedad se empleó la siguiente escala:

<b>Puntajes</b>	<b>Nivel de ansiedad</b>
0 a 20 puntos	Ansiedad normal
21 a 30 puntos	Ansiedad ligera
31 a 40 puntos	Ansiedad moderada
41 a 50 puntos	Ansiedad grave
51 puntos o más	Ansiedad muy grave

## **INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH VERSIÓN ADULTOS**

**Autor:** Coopersmith Stanley

**Objetivo del test:** medir el nivel de autoestima general en personas de 16 años en adelante

Técnica: Inventario

### **Confiabilidad y validez:**

En 1967 Coopersmith informa que la confiabilidad test- retest, en un grupo de estudiantes de quinto y sexto año fue de un 0.89. El inventario de Autoestima de Coopersmith (S.E.I) es citado con mayor frecuencia. El SEI ha sido utilizado y validado en un mayor número de investigaciones transculturales, demostrando siempre buenas propiedades psicométricas. Es importante mencionar que respecto a este instrumento se hizo una adaptación del instrumento para Chile que fue luego probada en una muestra de más de 1300 estudiantes de 1° y 2° año de Enseñanza Media, representativa para la comuna de Concepción. Sobre la base de los resultados obtenidos, se elaboraron luego normas de puntaje T, para cada una de las escalas del Inventario y se llevaron a cabo los estudios de confiabilidad y validez. En éstos se obtuvieron coeficientes con valores entre los 0.81 y 0.93 para las diferentes escalas.

### **Procedimiento de aplicación y calificación:**

El instrumento es un inventario de auto- reporte de 25 ítems, en el cual el sujeto lee una sentencia declarativa y luego decide si esa afirmación es “igual que yo” o “distinto a mí”. El inventario está referido a la percepción de la persona en tres áreas. Hay que referir que la prueba se encuentra diseñada para medir las actitudes valorativas de adolescentes y adultos a partir de los 16 años de edad en adelante. Los ítems se deben responder de acuerdo a si el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos de verdadero o falso.

El puntaje máximo es de 100 puntos. Cada respuesta vale un punto, así mismo un puntaje total de autoestima que resulta de la suma de los totales de las sub-escalas multiplicadas por 4 (cuatro)

La calificación es un procedimiento directo, el sujeto debe responder de acuerdo a la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de Verdadero (Tal como a mí) o Falso (No como a mí)

La calificación es un procedimiento directo. Los puntajes se obtienen haciendo uso de la clave de respuestas. Siendo al final el puntaje máximo 100.

- Ítems verdaderos: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19 y 20. (Valen un punto, si el sujeto los eligió como Verdaderos).
- Ítems falsos: 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25. (Valen un punto, si el sujeto los eligió como Falsos).

#### **Descripción de los materiales:**

Hay que indicar que el inventario consta de 25 ítems con respuestas de verdadero falso; además este instrumento necesita como materiales; una hoja de preguntas, una hoja de respuestas y un lápiz. Los ítems se encuentran distribuidos de la siguiente manera, de acuerdo a sus dimensiones:

- Sí mismo:(13 ítems) 1, 3, 4, 7,10, 12, 13, 15, 18, 19, 23, 24, 25.
- Familiar: (6 ítems) 6, 9, 11, 16, 20, 22
- Social: (6 ítems) 2, 5, 8,14, 17, 21.

#### **Escala:**

Para obtener el nivel general de autoestima, se procede a sumar todos estos ítems, multiplicar por 4 y ubicar ese puntaje bruto en la siguiente escala:

- Bajo de 0 a 24
- Medio bajo 25 a 49
- Medio alto 50 a 74
- Alto 75 a 100

## **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)**

**Autor (es):** Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J. Autor de la adaptación española (BDI-II); Jesús Sanz, Antonio Luis Perdigón y Carmelo Vázquez.

**Objetivo del test:** Evaluar la profundidad o intensidad de la depresión en personas mayores a 12 años de edad.

**Técnica:** Test psicométrico (Inventario).

### **Confiabilidad y validez:**

El instrumento obtuvo una correlación test-retest muy elevada de 0,93, lo que indica una alta estabilidad en las mediciones a lo largo del tiempo. Los coeficientes de confiabilidad obtenidos fueron superiores a 0,85, alineándose con los estándares aceptados en el ámbito psicológico y similares a los reportados en estudios internacionales que emplearon la versión original del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Este alto nivel de confiabilidad sugiere que el test produce resultados consistentes y repetibles. En cuanto a la validez, se observó una adecuada validez convergente, con puntuaciones que mostraron correlaciones superiores a 0,50, lo que implica que el test efectivamente mide lo que se propone y está relacionado con otras medidas de depresión, como lo han indicado otros autores en el campo (Sanz et al., 2003). Estos resultados son cruciales para garantizar que el test sea un instrumento válido y confiable para evaluar la depresión en la población estudiada.

### **Procedimiento de aplicación y calificación:**

La aplicación del test puede realizarse de dos maneras, lo que brinda flexibilidad en su implementación. La primera opción consiste en aplicar el test de manera directa, es decir, en una entrevista individual donde el evaluador guía al participante a través de los ítems. La segunda opción permite la aplicación colectiva, donde varios individuos pueden completar el test simultáneamente, lo que puede ser útil en entornos educativos o clínicos. El tiempo requerido para completar el test oscila entre 5 y 10 minutos, lo que lo convierte en una herramienta eficiente para la evaluación. Cada ítem del test se puntúa en una escala de 0 a 3 puntos, y la puntuación total se obtiene sumando los valores de los 21 ítems. Esta sumatoria se ubica en una escala general, lo que permite interpretar los resultados de manera clara y estructurada.

**Escala:**

Para encontrar el nivel general de depresión, se utilizó la siguiente escala:

Puntaje	Nivel de depresión
0 a 13 puntos	No depresión
De 14 a 19 puntos	Depresión leve
De 20 a 28 puntos	Depresión moderada
De 29 a 63 puntos	Depresión grave

**4.5. Procedimiento**

Las fases que atravesó la investigación fueron las siguientes:

**1.- Revisión bibliográfica y contacto con la Institución:**

En la fase inicial del estudio, se llevó a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica con el objetivo de recopilar información teórica que sustentara el marco conceptual de la investigación. Durante este proceso, se identificaron y analizaron trabajos previos que abordaban temáticas similares, lo que permitió establecer un contexto adecuado para la investigación. Además, se establecieron contactos con la institución y personas vinculadas al estudio, en este caso los estudiantes, lo que facilitó el acceso a recursos y datos relevantes para la investigación.

**2.- Selección de los Instrumentos:**

En esta etapa, se realizó una cuidadosa selección de los instrumentos de evaluación, considerando las variables específicas a medir. Se evaluaron criterios fundamentales como la validez y fiabilidad de cada uno de los instrumentos, asegurando que fueran adecuados para la población objetivo y que permitieran obtener datos precisos y significativos.

**3.- Prueba Piloto:**

En esta fase, se llevó a cabo una prueba piloto en la que se aplicaron los instrumentos seleccionados a un grupo reducido de estudiantes. El objetivo de esta aplicación inicial fue verificar que los instrumentos fueran apropiados para la población estudiada, además de

asegurarse de que efectivamente midieran las variables de interés y que los participantes comprendieran las preguntas planteadas. Los resultados de esta prueba piloto permitieron realizar ajustes necesarios antes de la aplicación definitiva.

#### **4.- Selección de la Muestra:**

Durante esta fase, se definió la cantidad de participantes que formarían parte de la investigación. Se utilizó un muestreo no probabilístico, lo que implicó que no todos los individuos de la población tuvieron la misma oportunidad de ser seleccionados. Esta metodología se eligió en función de las características específicas de la población objetivo, asegurando que la muestra fuera representativa de aquellos que cumplían con los criterios de inclusión, en este caso, estudiantes consumidores de tabaco.

#### **5.- Recojo de la Información:**

En esta fase del trabajo, se aplicaron los instrumentos a los estudiantes de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho (UAJMS) de la ciudad de Tarija, específicamente a aquellos que consumían tabaco desde hacía un año o más. La aplicación se realizó de manera sistemática, garantizando que cada participante tuviera la oportunidad de responder a los cuestionarios en un ambiente adecuado y cómodo, lo que favoreció la obtención de datos más precisos y confiables.

#### **6.- Procesamiento de la Información:**

Una vez completada la aplicación de la batería de instrumentos, se procedió al procesamiento de la información recolectada. Los datos obtenidos se presentaron en cuadros y gráficos que facilitaron la visualización de los resultados. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa estadístico SPSS, lo que permitió una descripción detallada de las variables y una organización clara de la información, siendo este un paso esencial para la interpretación de los resultados.

#### **7.- Redacción del Informe Final:**

En la etapa final de la investigación, después de finalizar el análisis de los resultados, se elaboró un informe que sintetizaba los hallazgos más relevantes. Este informe no solo presentó los resultados obtenidos, sino que también incluyó conclusiones basadas en los

datos analizados y recomendaciones prácticas para futuras investigaciones y acciones en el ámbito de la salud mental.

#### 4.6. Cronograma

La investigación atravesó por distintas fases, para ello se presenta el siguiente cronograma de actividades:

ACTIVIDAD	GESTIÓN 2023					GESTIÓN 2024								
	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
Revisión Bibliográfica	X	X												
Selección de los instrumentos		X	X	X	X									
Prueba Piloto						X								
Recojo de la información							X	X	X					
Procesamiento de la Información										X	X	X	X	
Redacción del informe final													X	X

**CAPÍTULO V**

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS**

**RESULTADOS**

## V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se muestran los principales resultados encontrados respecto a la ansiedad, autoestima y depresión que presentan los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco en la ciudad de Tarija. En la primera parte del capítulo se muestran los datos sociodemográficos como el sexo y la edad, para posteriormente presentar los resultados referidos a las variables centrales. A todo ello, hay que sumarle que también se muestran los respectivos análisis e interpretaciones.

### 5.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla n°1

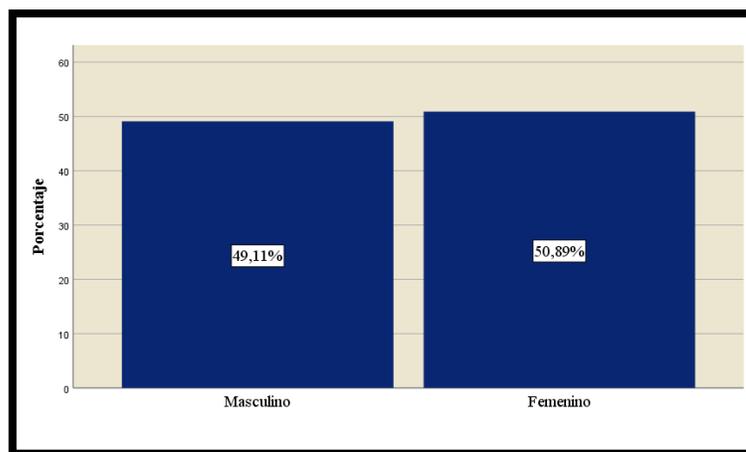
*Sexo de los estudiantes*

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	55	49,1
Femenino	57	50,9
Total	112	100,0

**Nota:** Elaboración propia.

Figura n°1

*Sexo de los estudiantes*



Según los datos obtenidos y reflejados en el cuadro presentado, se observa una distribución de género en la población estudiantil en la cual el 50,9% de los estudiantes corresponde al

sexo femenino, mientras que el 49,1% pertenece al sexo masculino. Este balance casi equitativo indica que no existen grandes diferencias de representación de género en la muestra estudiada, lo cual podría ser positivo para el análisis, ya que permite explorar la dinámica académica y social sin una marcada preponderancia de un género sobre el otro.

**Tabla n°2**

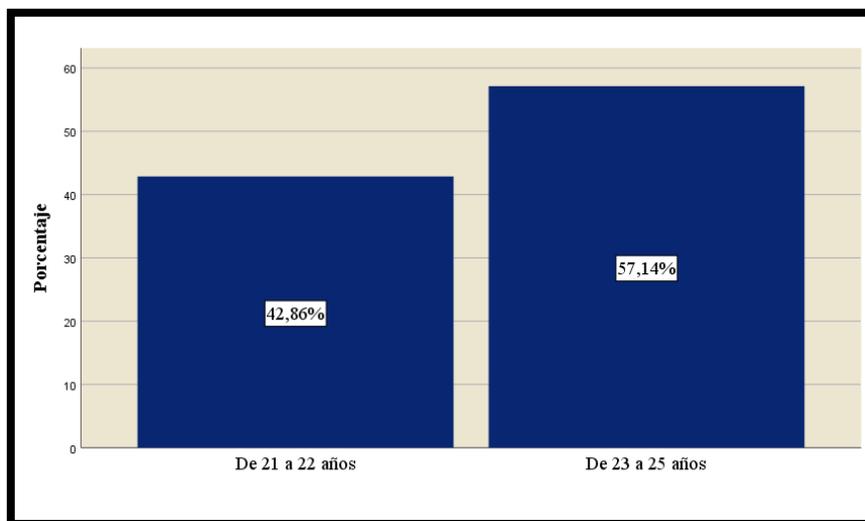
*Edad de los estudiantes*

	Frecuencia	Porcentaje
De 21 a 22 años	48	42,9
De 23 a 25 años	64	57,1
Total	112	100,0

**Nota:** Elaboración propia. Test de Fagerström

**Figura n°2**

*Edad de los estudiantes*



En cuanto a la distribución etaria, se observa que el 57,1% de los estudiantes se encuentra en el rango de edad de 23 a 25 años, mientras que el 42,9% restante tiene entre 21 y 22 años. La edad promedio y la concentración en estos rangos etarios pueden ser relevantes para analizar factores como la madurez, la experiencia previa y las metas académicas, además de aspectos

relacionados con el desarrollo de habilidades interpersonales y el establecimiento de metas a futuro.

## 5.2. PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

De acuerdo al primer objetivo; *“Describir el grado de dependencia al consumo de tabaco en los estudiantes de la UAJMS de la ciudad de Tarija”*, se presentan los siguientes resultados:

**Tabla n°3**

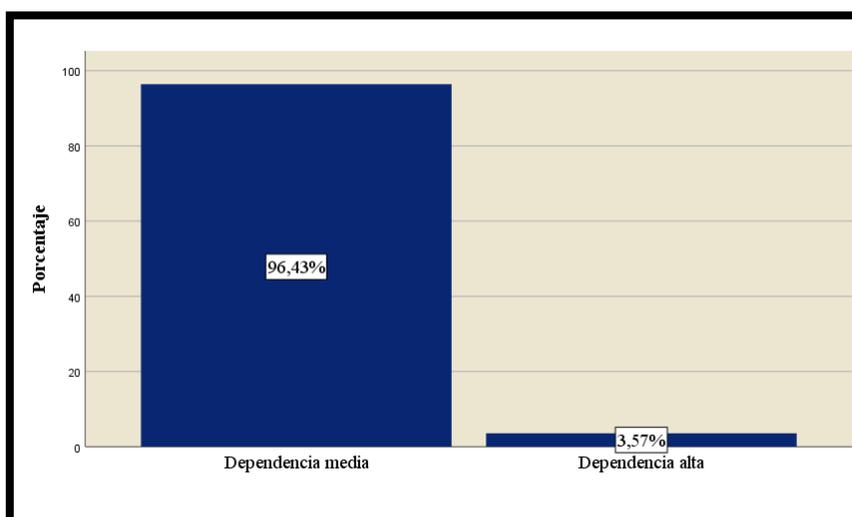
### *Dependencia al consumo de tabaco*

Dependencia	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia baja	0	0,0
Dependencia media	108	96,4
Dependencia alta	4	3,6
Total	112	100,0

**Nota:** Elaboración propia. Test de Fagerström

**Figura n°3**

### *Dependencia al consumo de tabaco*



**Nota:** Elaboración propia. Test de Fagerström

De acuerdo a los datos encontrados sobre la dependencia al consumo de tabaco se puede evidenciar que el 96,4% de los estudiantes tiene una dependencia media, esto significa que tienen un uso regular de cigarrillos, con una necesidad moderada de fumar en situaciones cotidianas y sociales. La persona puede experimentar síntomas de abstinencia como ansiedad e irritabilidad cuando no fuma, pero estos son manejables. Aunque puede haber intentado dejar de fumar antes, la dependencia persiste, haciendo difícil mantener la abstinencia sin apoyo.

También es importante referir al 3,6% de estudiantes que indica tener una dependencia alta al consumo de tabaco, en este nivel puede haber una necesidad constante y urgente de fumar, con un consumo elevado de cigarrillos a lo largo del día. La persona además puede experimentar problemas intensos síntomas de abstinencia, como ansiedad extrema e irritabilidad, pocas horas después de no fumar, lo que hace difícil mantenerse sin tabaco. Este nivel de adicción suele generar múltiples intentos fallidos de dejar de fumar y afecta significativamente la vida cotidiana, ya que fumar se convierte en una prioridad que domina otros aspectos de la vida.

Con los datos encontrados se observa que la mayoría de los estudiantes tiene una dependencia media, lo negativo radica en que, si esa dependencia no se trata, fácilmente puede pasar de media a alta. Es importante señalar que la dependencia al tabaco puede tener muchas consecuencias negativas. Fumar en exceso daña gravemente la salud, aumentando el riesgo de enfermedades como el cáncer. Además, tal como refiere Sánchez (2019) la necesidad constante de fumar puede causar ansiedad, estrés y afectar la calidad de vida. En lo social, puede crear conflictos o aislamiento, ya que la persona prioriza el fumar sobre otras actividades. También, el costo de mantener este hábito puede ser un gasto considerable.

De acuerdo a Reynales et al. (2023) la dependencia al consumo de tabaco es un problema de salud pública especialmente preocupante en los jóvenes, ya que afecta su desarrollo físico y emocional. En esta etapa, los adolescentes y jóvenes adultos son particularmente vulnerables a la adicción debido a factores como la presión social, la búsqueda de identidad y la toma de decisiones impulsivas. El consumo de tabaco en esta población no solo está vinculado a riesgos a corto plazo, como problemas respiratorios y una menor capacidad de concentración, sino que también influye negativamente en su bienestar psicológico. Los jóvenes fumadores

tienen mayores probabilidades de experimentar ansiedad, depresión y baja autoestima, lo que puede afectar su rendimiento académico y sus relaciones interpersonales. Además, el consumo precoz de tabaco aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia a largo plazo, lo que perpetúa el ciclo de la adicción durante la vida adulta.

Asimismo, lo sostiene Ramírez et.al., (2023) quienes refieren que, en el contexto académico, los estudiantes que padecen de dependencia al tabaco enfrentan obstáculos adicionales que dificultan su éxito en los estudios. El tabaquismo, al estar asociado con síntomas de ansiedad y depresión, puede llevar a una disminución en la motivación académica y en la capacidad de concentración. Los jóvenes fumadores también pueden experimentar una mayor tasa de ausentismo escolar debido a problemas de salud o a la dificultad para afrontar el estrés, lo que se traduce en un rendimiento académico más bajo.

En conclusión, el consumo de tabaco es un problema de salud pública que afecta de manera significativa a diversos grupos, en particular a los adolescentes y estudiantes universitarios. Este comportamiento no solo pone en riesgo la salud física y mental de quienes lo practican, sino que también impacta su desarrollo social y académico.

**Tabla n°4*****Dependencia al consumo de tabaco y sexo***

Dependencia al consumo de tabaco	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Dependencia baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dependencia media	51	92,7	57	100,0	108	96,4
Dependencia alta	4	7,3	0	0,0	4	3,6
Total	55	100,0	57	100,0	112	100,0

**Nota:** Elaboración propia. Test de Fagerström

De acuerdo a los datos sobre la dependencia al consumo de tabaco y el sexo de los estudiantes se observa que el 92,7% de los varones y el 100,0% de las mujeres a la vez presentan una dependencia media. Ahora bien, analizando el cuadro de manera general se puede ver una ligera diferencia, ya que el 7,3% de los varones es el que tiene una dependencia alta, siendo los únicos ya que no hay mujeres que registren dicho nivel.

Cabe destacar que los hombres tienden a desarrollar una mayor dependencia al tabaco que las mujeres debido a una mezcla de factores. Uno de ellos, psicológicamente hablando, los hombres a menudo utilizan el tabaco como una herramienta para manejar el estrés, la ansiedad, o como una forma de reafirmar su identidad en situaciones sociales. Esta relación emocional y psicológica con el tabaco puede profundizar la dependencia, ya que fumar se convierte en una respuesta automática a situaciones desafiantes o de presión.

Además, Gonzales (2017) sostiene que, desde una perspectiva social y cultural, en muchas sociedades, fumar ha sido históricamente más aceptado e incluso promovido entre los hombres. La publicidad dirigida a los hombres a menudo asocia el tabaco con ideas de masculinidad, independencia, y éxito. Además, en muchos entornos laborales y sociales, fumar sigue siendo una norma entre los hombres, lo que aumenta la exposición y normaliza el hábito desde una edad temprana.

Por último, los roles de género tradicionales también juegan un papel. A los hombres, en muchos casos, se le ha enseñado a no mostrar vulnerabilidad, lo que puede llevarlos a recurrir al tabaco en lugar de buscar apoyo emocional. Todo esto contribuye a que la dependencia al tabaco sea más pronunciada y difícil de superar en los varones.

**Tabla n°5**

*Dependencia al consumo de tabaco y edad*

Dependencia al consumo de tabaco	Edad				Total	
	De 21 a 22 años		De 23 a 25 años			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Dependencia baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dependencia media	48	100,0	60	93,8	108	96,4
Dependencia alta	0	0,0	4	6,3	4	3,6
Total	48	100,0	64	100,0	112	100,0

**Nota:** Elaboración propia. Test de Fagerström

De acuerdo a la relación que existe con la edad, se puede encontrar que el 100,0% de los que tienen de 21 a 22 años y el 93,8% de los que tienen de 23 a 25 años a la vez presentan un nivel de dependencia media al tabaco. Al igual que el anterior cuadro se puede ver que en el nivel de dependencia alta, solo son los estudiantes de 23 a 25 años los que tienen en un 6,3% dicho nivel, denotando una mayor dependencia que sus compañeros más jóvenes.

Las personas de 23 a 25 años por lo general suelen fumar más que las de 21 a 22 años debido a varios factores interrelacionados. Para esta edad, el hábito de fumar a menudo puede estar más establecido, ya que han tenido más tiempo para consolidar el comportamiento, especialmente si comenzaron a fumar durante la adolescencia. Además, a los 23-25 años, muchos jóvenes están inmersos en entornos sociales y laborales donde fumar puede ser más prevalente, como en la universidad, en ambientes de trabajo o en círculos sociales donde fumar es una norma aceptada. La independencia económica también juega un papel importante; a esta edad, muchos jóvenes tienen mayor poder adquisitivo y pueden permitirse

gastar más en tabaco. Finalmente, la transición hacia la vida adulta puede conllevar estrés y presiones adicionales, lo que lleva a algunos a utilizar el tabaco como una forma de manejo del estrés. Estos factores combinados contribuyen a un mayor consumo de tabaco en el grupo de 23 a 25 años en comparación con el grupo de 21 a 22 años.

### 5.3. SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

Considerando al segundo objetivo específico; *“Identificar el nivel de ansiedad que presentan los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco”*, se presentan los siguientes resultados:

**Tabla n°6**

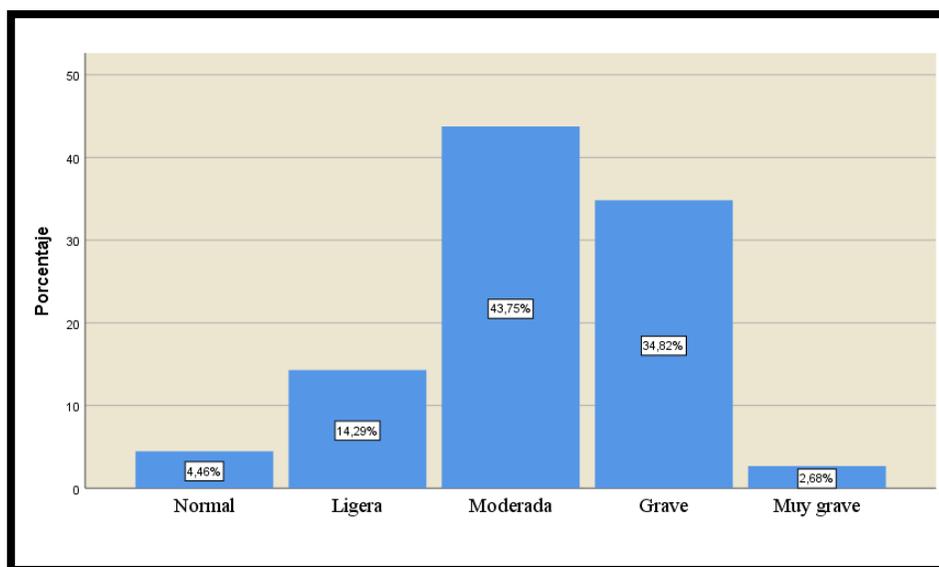
#### *Ansiedad*

Nivel de ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad normal	5	4,5
Ansiedad ligera	16	14,3
Ansiedad moderada	49	43,8
Ansiedad grave	39	34,8
Ansiedad muy grave	3	2,7
Total	112	100,0

**Nota:** Elaboración propia. Cuestionario de Ansiedad de Rojas

**Figura n°4**

#### *Ansiedad*



**Nota:** Elaboración propia. Cuestionario de Ansiedad de Rojas

De acuerdo a los datos sobre el nivel de ansiedad que presentan los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco se puede ver que el 43,8% tiene un nivel de ansiedad moderada, un nivel que se puede caracterizar por preocupaciones persistentes y nerviosismo que pueden afectar la concentración y el bienestar general, acompañados de síntomas físicos como tensión muscular y palpitaciones cardíacas que, aunque incómodos, no son completamente debilitantes.

También se observa que el 34,8% de los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco tienen una ansiedad grave, nivel que ya refiere un malestar mayor y de alta frecuencia como así también de intensidad.

La ansiedad puede tener varias consecuencias negativas para la persona en general, afectando tanto el bienestar físico como el emocional. Emocionalmente, puede llevar a sentimientos persistentes de inquietud, irritabilidad, y dificultad para concentrarse, lo que puede afectar la capacidad para realizar tareas diarias y mantener relaciones saludables. A largo plazo, estos efectos pueden impactar negativamente en la calidad de vida, la productividad, y la felicidad general.

Ahora haciendo énfasis a la relación con la dependencia al consumo de tabaco, muchas personas comienzan a fumar como una manera de manejar la ansiedad, ya que la nicotina puede proporcionar un alivio temporal al inducir una sensación de relajación y bienestar. Sin embargo, esta sensación es pasajera y puede llevar a un uso más frecuente del tabaco para mantener el alivio, creando una dependencia.

De acuerdo a Rodríguez (2021) a medida que la dependencia se desarrolla, el cuerpo se acostumbra a la nicotina, y su ausencia puede provocar síntomas de abstinencia que incluyen irritabilidad, ansiedad y dificultad para concentrarse. Estos síntomas pueden aumentar la ansiedad, lo que puede llevar a la persona a fumar más para mitigar el malestar. Este ciclo perpetúa el hábito, ya que la necesidad de fumar para reducir la ansiedad refuerza el uso continuo del tabaco.

En conclusión, la ansiedad y el consumo de tabaco están estrechamente relacionados, ya que las personas que pueden experimentar altos niveles de ansiedad a menudo recurren al tabaco como una forma de autorregulación emocional. El tabaco, debido a su efecto de alivio temporal del estrés, puede convertirse en un mecanismo de afrontamiento negativo. Sin

embargo, el consumo continuo de tabaco no solo puede perpetuar la ansiedad a largo plazo, sino que también puede incrementar el riesgo de desarrollar otros problemas de salud.

**Tabla n°7**

*Ansiedad y sexo*

Nivel de ansiedad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
Ansiedad normal	3	5,5	2	3,5	5	4,5
Ansiedad ligera	12	21,8	4	7,0	16	14,3
Ansiedad moderada	28	50,9	21	36,8	49	43,8
Ansiedad grave	12	21,8	27	47,4	39	34,8
Ansiedad muy grave	0	0,0	3	5,3	3	2,7
Total	55	100,0	57	100,0	112	100,0

**Nota:** Elaboración propia. Cuestionario de Ansiedad de Rojas.

De acuerdo a los datos presentados sobre el nivel de ansiedad en relación al sexo que tienen los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco se puede observar que el 50,9% de los estudiantes que pertenecen al sexo masculino presentan un nivel de ansiedad moderada. Por su parte también se puede ver que el 47,4% de las estudiantes a la vez presentan una ansiedad de nivel grave. De esta manera se puede observar en el cuadro se las mujeres tienen un nivel ansiedad por encima del que presentan los varones.

Las mujeres tienden a experimentar más ansiedad que los hombres por una variedad de razones. Una de ellas puede ser las fluctuaciones hormonales que pueden afectar su estado emocional, haciendo que se sientan más ansiosas. Además, las mujeres a menudo son más propensas a expresar y reflexionar sobre sus emociones, lo que puede intensificar la ansiedad. Las presiones sociales y las expectativas sobre cómo equilibrar el trabajo, el hogar y el cuidado de la familia también pueden aumentar la ansiedad. También hay que recordar que las mujeres pueden enfrentar desafíos adicionales, como la discriminación o situaciones de violencia, que pueden contribuir a niveles más altos de ansiedad. Todos estos factores se

pueden combinar para hacer que las mujeres sean más propensas a experimentar y reportar ansiedad en comparación con los hombres.

**Tabla n°8**

*Ansiedad y edad*

Nivel de ansiedad	Edad				Total	
	De 21 a 22 años		De 23 a 25 años		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
Ansiedad normal	2	4,2	3	4,7	5	4,5
Ansiedad ligera	6	12,5	10	15,6	16	14,3
Ansiedad moderada	12	25,0	37	57,8	49	43,8
Ansiedad grave	28	58,3	11	17,2	39	34,8
Ansiedad muy grave	0	0,0	3	4,7	3	2,7
Total	48	100,0	64	100,0	112	100,0

**Nota:** Elaboración propia. Cuestionario de Ansiedad de Rojas

De acuerdo a los resultados sobre el nivel de ansiedad en relación a la edad que tienen los estudiantes se puede ver que el 58,3% de los que tienen de 21 a 22 años tienden a presentar un nivel de ansiedad grave a diferencia del 57,8% de los que tienen de 23 a 25 quienes presentan una ansiedad moderada. De esta forma se evidencia que los jóvenes con menos edad, tienen niveles más elevados de ansiedad que los jóvenes con más edad.

Estas diferencias pueden entenderse debido a las distintas etapas de desarrollo y transición en sus vidas. A los 21-22 años, muchos están en un punto crucial de cambio, como graduarse de la universidad y entrar en el mundo laboral. Esta transición puede generar incertidumbre y estrés sobre el futuro profesional, la estabilidad financiera y la toma de decisiones importantes relacionadas con la carrera y la vida personal. La presión para encontrar empleo, comenzar una carrera y establecerse puede ser abrumadora, contribuyendo a niveles más altos de ansiedad.

Por otro lado, los jóvenes de 23 a 25 años, muchos con el tiempo, adquieren experiencia en la gestión de expectativas y en la resolución de problemas, lo que puede llevar a una reducción en los niveles de ansiedad en comparación con los que están apenas comenzando

a enfrentar estos desafíos. Además, a medida que avanzan en la vida, pueden tener un mayor sentido de control y confianza en sus habilidades para manejar las dificultades, lo que contribuye a una menor ansiedad.

#### 5.4. TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO

De acuerdo al tercer objetivo específico: *“Establecer el nivel de autoestima que presentan los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco”*, se muestran los siguientes datos:

**Tabla n°9**

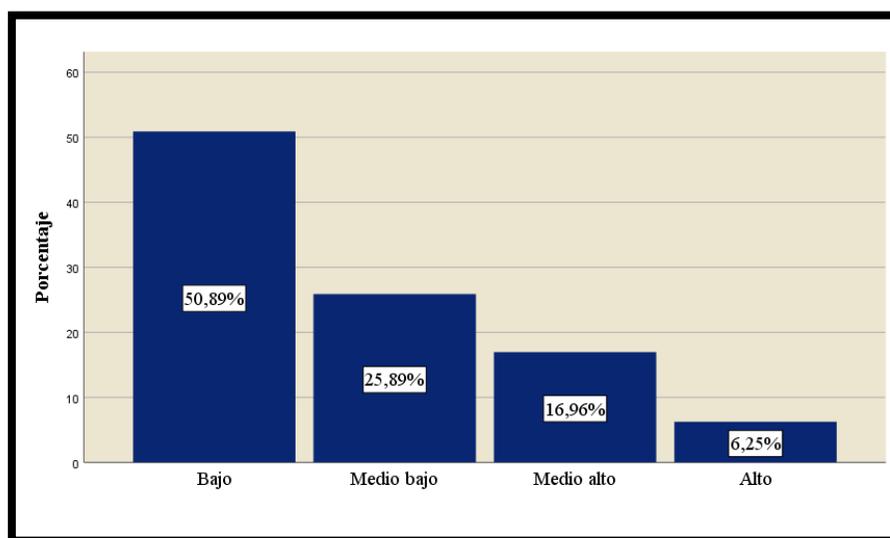
#### *Autoestima*

Nivel de autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	57	50,9
Medio bajo	29	25,9
Medio alto	19	17,0
Alto	7	6,3
Total	112	100,0

**Nota:** Elaboración propia. Inventario de Autoestima de Coopersmith

**Figura n°5**

#### *Autoestima*



**Nota:** Elaboración propia. Inventario de Autoestima de Coopersmith

En función a los resultados de la autoestima que tienen los estudiantes con dependencia al consumo al tabaco, se observa que el 50,9% tiene una autoestima baja, esto quiere decir que tienen una percepción negativa de sí mismos y una falta de confianza en las propias habilidades y valor. Las personas con baja autoestima suelen experimentar sentimientos de inseguridad, autocrítica excesiva y una sensación persistente de no ser lo suficientemente buenas o capaces. Esta percepción negativa puede llevar a la evitación de desafíos o nuevas oportunidades por miedo al fracaso y a la aceptación de críticas como reflejo de su valor personal. En general, la baja autoestima puede afectar significativamente el bienestar emocional y la capacidad para disfrutar de la vida y alcanzar metas.

También se pudo encontrar que el 25,9% tiene una autoestima en un nivel medio bajo, un nivel que tampoco es muy favorable y también indica que la autovaloración que se hacen los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco no es la mejor.

La dependencia al consumo de tabaco y la autoestima están interrelacionadas de manera compleja. Las personas con baja autoestima a menudo recurren al tabaco como una forma de manejar sus sentimientos de inseguridad y ansiedad. Fumar puede proporcionar un alivio temporal y una sensación de control o alivio del estrés, aunque lamentablemente esto solo refuerza la dependencia. Por otro lado, la dependencia al tabaco puede agravar la baja autoestima. El consumo de tabaco puede llevar a problemas de salud y una percepción negativa de uno mismo, lo que puede aumentar los sentimientos de culpa, vergüenza y auto desaprobarción. Las dificultades para dejar de fumar, a pesar de conocer sus efectos negativos, pueden hacer que las personas se sientan incapaces o inadecuadas, reforzando aún más su baja autoestima.

En conjunto, la dependencia al tabaco y la baja autoestima pueden crear un ciclo negativo: la baja autoestima contribuye al consumo de tabaco, y el consumo de tabaco a su vez perpetúa la baja autoestima, haciendo cada vez más difícil romper el ciclo. De acuerdo a Etienne, (2022) el consumo de tabaco y la autoestima están interrelacionados de manera compleja. Para algunas personas, fumar puede ser una forma de manejar emociones negativas o baja autoestima, ya que el acto de fumar puede brindarles una sensación temporal de control o alivio. Sin embargo, este alivio es efímero y a largo plazo, el tabaco puede agravar los problemas de autoestima al afectar la salud física, lo que a su vez puede generar una imagen

negativa de uno mismo. Además, las personas que fuman pueden sentir vergüenza o estigmatización social debido a los efectos visibles del tabaquismo, como el mal aliento, el envejecimiento prematuro de la piel o la tos crónica, lo que refuerza aún más los sentimientos de inseguridad y baja autoestima.

Por otro lado, dejar de fumar puede tener un impacto positivo en la autoestima. Así lo sostienen Blanco y Reyna, (2022) al tomar la decisión de abandonar este hábito, las personas no solo están mejorando su salud física, sino también demostrando su capacidad para superar desafíos y tomar decisiones que benefician su bienestar. Esto puede generar un sentido de logro y fortalecimiento personal, lo que mejora la percepción que tienen de sí mismos. En este sentido, el proceso de dejar el tabaco puede convertirse en una herramienta poderosa para reconstruir una autoestima saludable, contribuyendo a una visión más positiva y empoderada de la propia identidad.

**Tabla n°10**

***Autoestima y sexo***

Nivel de autoestima	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Bajo	30	54,5	27	47,4	57	50,9
Medio bajo	19	34,5	10	17,5	29	25,9
Medio alto	5	9,1	14	24,6	19	17,0
Alto	1	1,8	6	10,5	7	6,3
Total	55	100,0	57	100,0	112	100,0

**Nota:** Elaboración propia. Inventario de Autoestima de Coopersmith

De acuerdo a los datos presentados se evidencia que el 54,5% de los varones a la vez presentan un nivel bajo de autoestima, el mismo nivel presentan el 47,4% de las mujeres. Se puede ver que ambos sexos tienen una negativa autovaloración de sí mismos y en el cuadro no se pueden notar otras diferencias significativas.

La baja autoestima puede afectar a cualquier persona, sin importar su género, debido a una variedad de factores interrelacionados. Las presiones sociales y culturales, como las expectativas sobre cómo deben comportarse o lucir los hombres y las mujeres, pueden

generar comparaciones negativas y autocríticas. Además, las experiencias personales, fracasos, críticas, o traumas, también pueden influir en cómo una persona percibe su propio valor. También es importante tomar en cuenta que, en la era digital, las comparaciones constantes con otros a través de las redes sociales, donde a menudo se presentan imágenes idealizadas, pueden exacerbar estos sentimientos de insuficiencia.

**Tabla n°11**

*Autoestima y edad*

Nivel de autoestima	Edad				Total	
	De 21 a 22 años		De 23 a 25 años		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
Bajo	20	41,7	37	57,8	57	50,9
Medio bajo	12	25,0	17	26,6	29	25,9
Medio alto	13	27,1	6	9,4	19	17,0
Alto	3	6,3	4	6,3	7	6,3
Total	48	100,0	64	100,0	112	100,0

**Nota:** Elaboración propia. Inventario de Autoestima de Coopersmith

Considerando los datos sobre la edad y el nivel de autoestima que tienen los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco, se observa que el 41,7% de los que tienen de 21 a 22 años y el 57,8% de los que tienen 23 a 25 años de edad ambos tienen un nivel de autoestima bajo. En el cuadro de forma general, también se evidencia que no hay diferencias marcadas entre ambas edades.

Los jóvenes de 21 a 25 años pueden enfrentar baja autoestima por diversas razones que son comunes en esta etapa de la vida. A los 21-22 años, pueden estar lidiando con el estrés de la transición a la vida adulta, como terminar estudios, encontrar empleo y establecer su independencia, lo que puede generar inseguridades y dudas sobre su futuro. A medida que pasan a los 23-25 años, las presiones pueden cambiar hacia la consolidación de una carrera, establecer relaciones estables y cumplir con expectativas sociales o familiares, lo que puede intensificar sentimientos de insuficiencia si sienten que no están alcanzando sus metas. Por otro lado, no hay que obviar las comparaciones con sus pares, las expectativas sociales y la presión para cumplir con ciertos estándares que pueden afectar negativamente la autoestima

en ambos grupos de edad. La búsqueda de identidad y la adaptación a cambios significativos en esta etapa de la vida también pueden contribuir a la baja autoestima.

### 5.5. CUARTO OBJETIVO ESPECÍFICO

En relación al cuarto objetivo específico; *“Identificar el nivel de depresión que presentan los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco”*, se presentan los siguientes resultados:

**Tabla n°12**

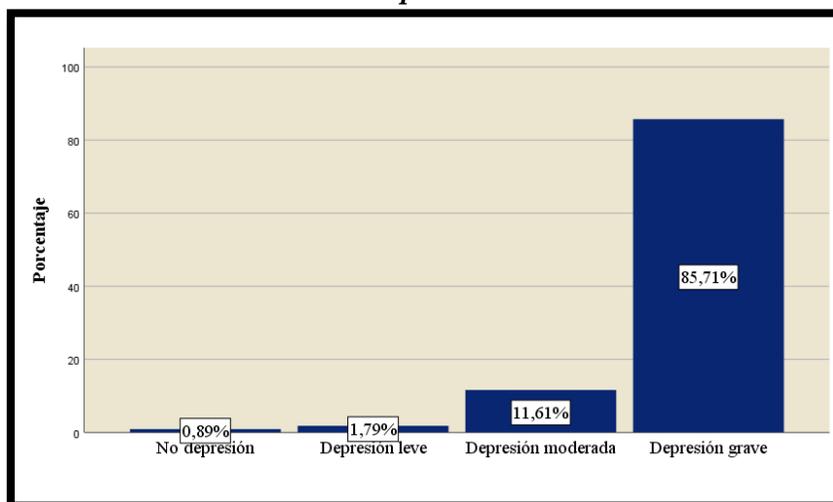
*Depresión*

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
No depresión	1	0,9
Depresión leve	2	1,8
Depresión moderada	13	11,6
Depresión grave	96	85,7
Total	112	100,0

**Nota:** Elaboración propia. Inventario de Depresión de Beck

**Figura n°6**

*Depresión*



**Nota:** Elaboración propia. Inventario de Depresión de Beck

De acuerdo a los datos sobre el nivel de depresión que tienen los estudiantes que presentan dependencia al consumo de tabaco, se observa que el 85,7% de los mismos presentan una depresión grave, este es un nivel en el que la persona se siente constantemente triste, vacía o desesperanzada, y pierde el interés en cosas que antes disfrutaba. Puede causar cambios notables en el apetito y el peso, problemas para dormir, una fatiga abrumadora, y sentimientos de inutilidad o culpa. Además, puede afectar la capacidad de concentrarse y puede llevar a pensamientos negativos sobre la vida. Estos síntomas pueden hacer que las actividades diarias se vuelvan muy difíciles de manejar.

De manera general se puede ver que en el cuadro predominan los niveles elevados de depresión, algo que resulta negativo para la vida y para el funcionamiento de las personas, en este caso los estudiantes.

Es importante hacer mención que la depresión puede afectar profundamente la vida diaria de las personas, haciendo que pierdan interés en actividades que solían disfrutar y que puedan tener problemas para cumplir con sus responsabilidades en el trabajo o en el hogar. Además, puede provocar dificultades en las relaciones personales debido a la falta de energía y el estado de ánimo bajo. Asimismo, puede causar problemas de salud como cambios en el apetito y el sueño, y llevar a sentimientos de aislamiento y desesperanza, haciendo que sea difícil ver una salida a sus problemas.

Para terminar, la depresión y la dependencia al consumo de tabaco a menudo están interrelacionadas, ya que las personas con depresión pueden recurrir al tabaco como una forma de lidiar con sus emociones o para buscar alivio temporal. Pérez (2020) refiere que el consumo de tabaco puede, a su vez, empeorar los síntomas de la depresión debido a los efectos negativos en la salud física y mental, como la alteración del sueño, el aumento de la ansiedad y la reducción de la energía. La nicotina en el tabaco puede afectar al cerebro de manera que exacerba los sentimientos de tristeza y desesperanza. Es así que romper el ciclo de dependencia al tabaco puede ser un paso importante para mejorar la salud mental y el bienestar general de una persona con depresión.

**Tabla n°13*****Depresión y sexo***

Nivel de depresión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
No depresión	0	0,0	1	1,8	1	0,9
Depresión leve	1	1,8	1	1,8	2	1,8
Depresión moderada	6	10,9	7	12,3	13	11,6
Depresión grave	48	87,3	48	84,2	96	85,7
Total	55	100,0	57	100,0	112	100,0

**Nota:** Elaboración propia. Inventario de Depresión de Beck

De acuerdo a los resultados obtenidos sobre el sexo y el nivel de depresión se evidencia que tanto el 87,3% de los hombres que tienen un nivel de depresión grave, como el 84,2% de las estudiantes mujeres presentan el mismo nivel. En todo el cuadro no se observan diferencias notorias sobre la relación entre el sexo y la depresión, tanto hombres como mujeres presentan niveles graves.

Tanto hombres como mujeres pueden experimentar niveles graves de depresión debido a una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. El estrés y las experiencias adversas, como traumas y problemas en las relaciones, pueden desencadenar episodios graves de depresión. Así también, las expectativas sociales y culturales pueden jugar un papel importante: los hombres pueden enfrentar presiones para cumplir con normas de fortaleza emocional, mientras que las mujeres pueden experimentar presiones relacionadas con el rol familiar y profesional. Ambos géneros pueden enfrentar desafíos similares que afectan a su salud mental, contribuyendo a la aparición de depresión grave.

De acuerdo a Salín, Gómez y García, (2019) tanto los hombres como las mujeres con depresión grave tienen una mayor tendencia a desarrollar adicción al tabaco, aunque las motivaciones para fumar pueden variar entre géneros. En general, las mujeres pueden sentir una mayor presión social, lo que las lleva a utilizar el tabaco para lidiar con la ansiedad y la baja autoestima asociada a la depresión, mientras que los hombres podrían experimentar un mayor aislamiento social que refuerza su dependencia del tabaco como una forma de

autoconfort. El uso de tabaco en este contexto no solo perpetúa los síntomas depresivos, sino que también interfiere con los tratamientos y estrategias de intervención para la depresión. Por lo tanto, es crucial que los enfoques de salud pública y los tratamientos para la depresión integren estrategias que aborden tanto la salud mental como el consumo de tabaco, proporcionando apoyo adecuado para la cesación del tabaco y el tratamiento de la depresión.

**Tabla n°14**

***Depresión y edad***

Nivel de depresión	Edad				Total	
	De 21 a 22 años		De 23 a 25 años		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
No depresión	1	2,1	0	0,0	1	0,9
Depresión leve	0	0,0	2	3,1	2	1,8
Depresión moderada	5	10,4	8	12,5	13	11,6
Depresión grave	42	87,5	54	84,4	96	85,7
Total	48	100,0	64	100,0	112	100,0

**Nota:** Elaboración propia. Inventario de Depresión de Beck

Tomando en consideración la edad que tienen los estudiantes y el nivel de depresión se puede ver que el 87,5% de los que tienen 21 a 22 años y el 84,4% de los que tienen 23 a 25 años de edad a la vez tienden a presentar una depresión grave.

Ambos grupos pueden enfrentar niveles similares de depresión grave debido a que ambos están en una etapa crucial de transición hacia la vida adulta. En estos años, por lo general muchos enfrentan la presión de tomar decisiones importantes sobre sus carreras, relaciones y objetivos de vida, lo que puede ser abrumador. La incertidumbre sobre el futuro, el miedo al fracaso y las expectativas sociales pueden generar mayor incertidumbre y contribuir a la depresión.

Además, tanto los desafíos en la vida personal como profesional, junto con el ajuste a nuevas responsabilidades y roles, pueden tener un impacto significativo en su salud mental.

## 5.6. ANÁLISIS DE HIPÓTESIS

A continuación, se presenta el siguiente análisis de hipótesis considerando los resultados encontrados:

**HIPÓTESIS 1:** *Los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco de la UAJMS, presentan, una dependencia media al consumo de tabaco*

- De acuerdo a los resultados mostrados en la tabla nº3, el 96,4% de los estudiantes presenta una dependencia media respecto al consumo de tabaco, de esta manera la hipótesis se CONFIRMA.

**HIPÓTESIS 2:** *Los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco de la UAJMS, presentan un nivel de ansiedad moderada.*

- Considerando los resultados de la tabla nº6, el 43,8% de los estudiantes tiene un nivel de ansiedad moderada, de esta forma la hipótesis se CONFIRMA.

**HIPÓTESIS 3:** *Los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco de la UAJMS, presentan un nivel de autoestima medio bajo.*

- De acuerdo a la tabla nº9, los estudiantes tienen un nivel bajo de autoestima, esto hace que la hipótesis planteada en una etapa previa se RECHACE.

**HIPÓTESIS 4:** *Los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco de la UAJMS, presentan un nivel de depresión grave.*

- Según lo que se observa en la tabla nº12, los estudiantes que fueron parte de la investigación tienen en un 85,7% un nivel de depresión grave, de esta manera la hipótesis se CONFIRMA.

**CAPÍTULO VI**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1. Conclusiones

Tomando en cuenta los objetivos y variables que fueron evaluadas, se presentan las siguientes conclusiones:

**Primer objetivo:** *Describir el grado de dependencia al consumo de tabaco en los estudiantes de la UAJMS de la ciudad de Tarija.*

- De acuerdo a los datos encontrados sobre la dependencia al consumo de tabaco se puede evidenciar que los estudiantes tienen una dependencia media, denotando que tienen un uso regular de cigarrillos, con una necesidad moderada de fumar en situaciones cotidianas y sociales, en este nivel la persona puede experimentar síntomas de abstinencia como ansiedad e irritabilidad cuando no fuma, pero estos son manejables.
- De acuerdo a los datos sobre la dependencia al consumo de tabaco y el sexo de los estudiantes se observa los varones y las mujeres a la vez presentan una dependencia media, aunque con una ligera diferencia, en los varones que tienen una dependencia alta, siendo los únicos ya que no hay mujeres que registren dicho nivel. Respecto a la edad, aunque todos los grupos presentan un nivel de dependencia media al tabaco, solo son los estudiantes de 23 a 25 años quienes tienen una mayor dependencia que sus compañeros más jóvenes.

**Segundo objetivo:** *Identificar el nivel de ansiedad que presentan los estudiantes con dependencia al consumo tabaco.*

- De acuerdo a los datos sobre el nivel de ansiedad que presentan los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco se puede ver que los estudiantes tienen un nivel de ansiedad moderada, un nivel que se puede caracterizar por preocupaciones persistentes y nerviosismo que pueden afectar la concentración y el bienestar general, acompañados de síntomas físicos como tensión muscular y palpitaciones cardíacas que, aunque incómodos, no son completamente debilitantes.
- Respecto al sexo, las mujeres tienen un nivel ansiedad por encima del que presentan los varones y sobre la edad, los que tienen de 21 a 22 años tienden a presentar un nivel de ansiedad grave a diferencia de los que tienen de 23 a 25 quienes presentan una ansiedad

moderada. De esta forma se evidencia que los jóvenes con menos edad, tienen niveles más elevados de ansiedad que los jóvenes con más edad.

**Tercer objetivo:** *Establecer el nivel de autoestima que presentan los estudiantes con dependencia al consumo tabaco.*

- En función a los resultados de la autoestima que tienen los estudiantes con dependencia al consumo al tabaco, se observa que tienen una autoestima baja, esto quiere decir que tienen una percepción negativa de sí mismos y una falta de confianza en las propias habilidades y valor, todo esto puede afectar significativamente el bienestar emocional y la capacidad para disfrutar de la vida y alcanzar metas que tienen los estudiantes.
- Respecto al sexo, los varones presentan un nivel bajo de autoestima, siendo el mismo nivel el que presentan las mujeres. Considerando los datos sobre la edad y el nivel de autoestima que tienen los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco, también se evidencia que no hay diferencias marcadas entre ambas edades.

**Cuarto objetivo:** *Identificar el nivel de depresión que presentan los estudiantes con dependencia al consumo tabaco.*

- Según la depresión que tienen los estudiantes que presentan dependencia al consumo de tabaco, se observa que los mismos presentan una depresión grave, este es un nivel en el que la persona se siente constantemente triste, vacía o desesperanzada, y pierde el interés en cosas que antes disfrutaba, en el cuadro predominan los niveles elevados de depresión, algo que resulta negativo para la vida y para el funcionamiento de las personas. De esta manera, la hipótesis formulada; ***Los estudiantes con dependencia al consumo de tabaco de la UAJMS, presentan un nivel de depresión grave***, se CONFIRMA.
- En relación al sexo y el nivel de depresión, tanto hombres como mujeres presentan niveles graves. Tomando en consideración la edad que tienen los estudiantes y el nivel de depresión, ambos grupos de edad pueden enfrentar niveles similares de depresión grave debido a que ambos están en una etapa crucial de transición hacia la vida adulta.

## **6.2. Recomendaciones**

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron y pensando en la reducción del problema se formulan las siguientes recomendaciones:

### **A las autoridades gubernamentales:**

- Se les recomienda implementar programas de prevención y educación, crear campañas educativas en las instituciones educativas de la ciudad que informen a los estudiantes sobre los riesgos del consumo de tabaco, enfocándose en cómo el tabaquismo afecta la salud mental, generando ansiedad y depresión, y reduciendo la autoestima.
- Fortalecer el acceso a servicios de salud mental, ampliar la red de apoyo psicológico y psiquiátrico en escuelas y universidades, ofreciendo atención gratuita y confidencial a los estudiantes con problemas de salud mental y dependencia al tabaco.
- Políticas de control y restricción del tabaco, endurecer las regulaciones sobre la venta y distribución de tabaco a menores de edad y reforzar las leyes que limitan su consumo en entornos educativos. Además, implementar programas de apoyo para la cesación del tabaquismo en jóvenes, con terapias y tratamientos accesibles, que incluyan enfoques centrados en la salud mental.

### **A las autoridades universitarias**

- Se recomienda establecer programas integrales de apoyo psicológico y prevención, que ofrezcan servicios de consejería psicológica gratuita y confidencial, centrados en el tratamiento de la dependencia al tabaco y sus efectos en la salud mental. Estos programas pueden incluir talleres de manejo del estrés, autoestima, y reducción de la ansiedad y la depresión.
- Promover campañas de sensibilización sobre salud mental y tabaquismo, lanzar campañas informativas que destaquen el impacto negativo del consumo de tabaco en la salud mental de los estudiantes, incluyendo su relación con la ansiedad, la autoestima y la depresión. Estas campañas deben ser visibles y constantes, utilizando medios digitales y presenciales.

### **A los estudiantes en general**

- Participar en programas o grupos de apoyo para dejar el tabaco, unirse a grupos de apoyo o programas de cesación de tabaco puede ayudar a conectar con otros estudiantes que estén atravesando situaciones similares. Además de recibir apoyo en su proceso de dejar el tabaco, estas redes fomentan el intercambio de estrategias para mejorar la salud mental.
- Promover hábitos saludables y de autocuidado, cultiva hábitos que fortalezcan tu bienestar emocional y físico, como el ejercicio regular, técnicas de relajación, una alimentación balanceada y mantener relaciones sociales positivas.

### **A futuros investigadores:**

- Se recomienda explorar enfoques multidisciplinarios, pues es crucial abordar el tema desde diversas perspectivas, como la psicología, la salud pública y la sociología. Examinar las interacciones entre la salud mental, el consumo de tabaco y factores socioeconómicos o culturales puede proporcionar una comprensión más profunda del problema y de posibles intervenciones.
- Es necesario desarrollar estudios longitudinales, para comprender mejor la relación entre el consumo de tabaco y la salud mental en estudiantes, los investigadores deben considerar estudios a largo plazo que examinen cómo evolucionan la ansiedad, la autoestima y la depresión en relación con el tabaquismo durante los años universitarios.
- Se recomienda diseñar estudios que incluyan la participación activa de los estudiantes mediante encuestas, entrevistas o grupos focales puede generar resultados más profundos.