



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Trabajo de grado previo a la obtención del Título de Psicólogo  
Clínico**

**TRABAJO DE  
GRADUACIÓN**

**TÍTULO:**

**“ANSIEDAD Y CONSUMO DE TABACO EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA  
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO,  
PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2016”.**

**AUTORES:**

Paulo César Damián Carrión.

Lilia Silvana Salazar  
Calle.

**TUTOR:**

Ps. Cl. Juan Pablo Mazón Naranjo., Mgs.

**RIOBAMBA- ECUADOR**

**2016**

## AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL.

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación de título: “ANSIEDAD Y CONSUMO DE TABACO EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO; PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE DEL 2016”

Presentado por: Damián Carrión Paulo Cesar y Salazar Calle Lilia Silvana y dirigido por el: Mg. Juan Pablo Mazón, certifican que luego de ser revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, en el cual se han constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, la presente investigación se encuentra apta para la defensa pública.

Para la constancia de lo expuesto firman:



**Ps. Cl. Soledad Fierro.**

Presidente del tribunal



**Mgs. Juan Pablo Mazón**

Miembro del Tribunal



**Mgs. Lilian Granizo**

Miembro del Tribunal

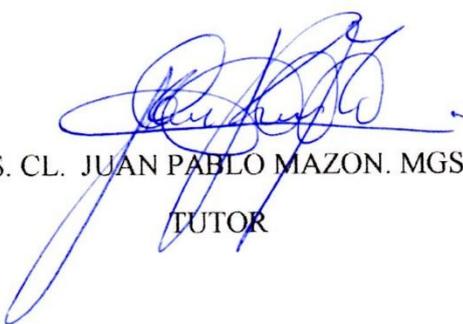


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICADO

Certifica que los señores Damián Carrión Paulo Cesar con C.I. 0604195388 y Salazar Calle Lilia Silvana con C.I. 0604367243, egresados de la Carrera de Psicología Clínica, revisado el informe final del proyecto de investigación escrito, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, se encuentran aptos para presentarse a la defensa pública de su tema de tesis: “ANSIEDAD Y CONSUMO DE TABACO EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO, PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE DEL 2016”

Riobamba 12 Diciembre de 2016



PS. CL. JUAN PABLO MAZON. MGS

TUTOR

## DERECHO DE AUTORÍA

“La responsabilidad del contenido de este Proyecto de Graduación, nos corresponde exclusivamente a: Paulo César Damián Carrión, Lilia Silvana Salazar Calle, y del director del proyecto: Ps Cl. Juan Pablo Mazón Naranjo Msg.; y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional del Chimborazo”



Paulo César Damián Carrión

**CI: 060419538-8**



Lilia Silvana Salazar Calle

**CI: 060436724-3**

## AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios que me ha dado vida, salud y sobre todo la sabiduría para alcanzar esta meta que algún día me la trace. De igual manera quiero agradecer a mi familia en especial a mi padre Ángel Damián y mi hermano Diego Damián que siempre a pesar de todo confiaron en mí. A la Universidad Nacional de Chimborazo, especialmente a los docentes de la carrera de Psicología Clínica en especial a nuestro Tutor Juan Pablo Mazón, quien creyó en esta investigación.

Paulo César Damián Carrión

Agradezco a Dios por brindarme las debidas bendiciones para poder culminar una de mis etapas importantes, profundamente extendiendo mi agradecimiento a mi familia, quienes son el pilar fundamental de mi vida y que a lo largo de este camino han velado por mi bienestar y educación, sin ellos, no hubiese podido lograr lo que hasta ahora. A la Universidad Nacional de Chimborazo por la gran oportunidad de formarme como profesional, y un sincero reconocimiento al Ps. Cl. Juan Pablo Mazón Naranjo Mgs., por habernos guiado y transmitido su dedicación en nuestra investigación.

Lilia Silvana Salazar Calle

## **DEDICATORIA**

Este trabajo va dedicado padre Ángel Damián y mi hermano Diego Damián que han sido los pilares fundamentales en mi vida, han creído en mí a pesar de todos mis errores y siempre me han apoyado, a mi abuelita Sofía Paguay que se convirtió en mi madre, cuidándome desde pequeño y siempre acompañándome ahí, en los momentos de alegría y tristeza a mis tíos y a todos los que estuvieron pendiente de mí desde siempre.

Paulo César Damián Carrión

Este trabajo de Investigación está dedicado en especial y con todo mi amor a las mujeres de mi vida; mi madre Mirtha, mi hermana Leticia y sobrinita Cielito, que han sido incondicionales en todo momento, quienes me inspiran y me dan la fortaleza para ser mejor cada día y no decaer ante las adversidades. A mi padre quien me ha infundado con su ejemplo, valores y disciplina a lo largo de mi vida, a todos quienes creyeron en mí y supieron apoyarme de alguna u otra manera y finalmente quiero dedicarme a mí, ya que este reto es el resultado de un gran esfuerzo.

Lilia Silvana Salazar Calle

## ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL .....	ii
CERTIFICADO DEL TUTOR .....	iii
DERECHO DE AUTORÍA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
DEDICATORIA .....	vi
ÍNDICE GENERAL .....	vii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xi
TABLA DE GRÁFICOS .....	xii
RESUMEN .....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I	
MARCO REFERENCIAL.....	4
1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	5
1.2. PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA .....	5
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.4. PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS. ....	9
1.5. OBJETIVOS. ....	9
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	9
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
1.6. JUSTIFICACIÓN. ....	11

## CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	14
2.2.1. ANSIEDAD. ....	14
2.2.2. CONSUMO DE TABACO.....	26
2.3. PLANIFICACIÓN DE TALLERES PSICOEDUCATIVOS PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y PREVENIR EL CONSUMO DE TABACO EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.....	34
2.4. HIPÓTESIS.....	38
2.5. VARIABLES .....	38
2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE .....	38
2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE .....	38
2.6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	38

## CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO.....	40
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	41
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	41
3.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
3.4.1. POBLACIÓN.....	41
3.4.2. MUESTRA.....	42

3.5.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS .....	42
3.5.1.	TÉCNICA .....	42
3.5.2.	INSTRUMENTOS .....	43
3.6.	TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	45

#### CAPÍTULO IV

	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE .....	48
	RESULTADOS.....	48
4.1.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD EN LA POBLACIÓN TOTAL DE ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.....	49
4.2.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR LA ESCALA DE HAMILTON PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE ANSIEDAD EN LA POBLACIÓN TOTAL DE ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO. ....	52
4.3.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR EL TEST DE FAGESTROM DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN LA POBLACIÓN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.....	54

4.4.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE NICOTINA EN LA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO. ....	56
4.5.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE ANSIEDAD EN LA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO. ....	58
4.6.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA RELACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR EL TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON Y EL TEST DE FAGESTROM A LA MUESTRA DE LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO PERÍODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2016.....	60

## CAPÍTULO V

	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	64
5.1.	CONCLUSIONES .....	65
5.2.	RECOMENDACIONES .....	67
	BIBLIOGRAFÍA .....	68
	ANEXOS .....	75
	ANEXO # 1.....	76
	ANEXO # 2.....	78

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. SÍNTOMAS DE ANSIEDAD: FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS .....	25
TABLA 2. TALLERES PSICOEDUCATIVOS. ....	35
TABLA 3. ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (HARS) .....	49
TABLA 4. ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (HARS) .....	52
TABLA 5. TEST DE FAGESTROM DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA (FTND).....	54
TABLA 6. TEST DE FAGESTROM DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA (FTND).....	56
TABLA 7. ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (HARS) .....	58
TABLA 8. NIVELES DE ANSIEDAD Y NIVELES DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA .....	60

## TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 .....	49
Gráfico 2 .....	52
Gráfico 3 .....	54
Gráfico 4 .....	56
Gráfico 5 .....	58
Gráfico 6 .....	61

## RESUMEN

La presente investigación titulada: “Ansiedad y consumo de tabaco en los estudiantes de la carrera de psicología clínica, de la Universidad Nacional de Chimborazo, periodo Abril – Septiembre 2016”, tiene por objetivo: Determinar la influencia de la ansiedad en el consumo de tabaco en los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica. La población investigada son 277 estudiantes y la muestra se seleccionó bajo los criterios de inclusión y exclusión, que constituyen 65 estudiantes quienes cumplen con las escalas de Ansiedad de Hamilton y Test de Fagestrom. El diseño de la investigación utilizado fue cuantitativo y no experimental, el tipo de investigación es de campo y transversal y el nivel de la investigación es descriptiva. Las técnicas e instrumentos de recolección de datos son: Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS) y el Test de Fagestrom de Dependencia a la Nicotina (FTND). Las técnicas para el análisis de los resultados son procesadas mediante la estadística básica en el programa Excel y los resultados están representados a través de cuadros y gráficos para posteriormente plantear conclusiones y recomendaciones. Al finalizar los resultados de la investigación muestran que los estudiantes que tienen Ansiedad y consumo de tabaco son 65 que representa el 23% lo que nos quiere decir que no existe una relación significativa. Para lo cual, se propuso talleres psicoeducativos para reducir la ansiedad y prevenir la dependencia al tabaco, dirigida a los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo.

## ABSTRACT

The present research entitled "Anxiety and tobacco consumption in students of the Clinical Psychology Major of the National University of Chimborazo, from April to September 2016", aims to: determine the influence of anxiety on tobacco consumption in the students of the Clinical Psychology Major. The studied population was 277 students and the sample was selected under inclusion and exclusion criteria, which constitute 65 students who meet the Hamilton Anxiety Scale and Fagestrom Test. The research design used was quantitative and not experimental, the type of research is field and cross-sectional and the level of research is descriptive. Data collection techniques and instruments are: Hamilton's Anxiety Scale (HARS) and the Nicotine Dependence Fagestrom Test (FTND). The techniques for the analysis of the results are processed using the basic statistics in Excel program and the results are represented through tables and graphs for later conclusions and recommendations. At the end of the research, the results show that students with Anxiety and Tobacco consumption are 65 which represents 23% which means that there is no significant relationship between anxiety and Tobacco consumption. For that, psychoeducational workshops to reduce anxiety and prevent dependence on tobacco, aimed at students of the Clinical Psychology Major of the National University of Chimborazo, were proposed.



Reviewed by: Solís, Lorena  
Language Center Teacher



## INTRODUCCIÓN

Todas las personas sentimos ansiedad en algún momento de nuestras vidas, y el sentir ansiedad es de cierta manera normal. Sin embargo al agudizarse su sintomatología tiende a afectar a la vida cotidiana, y es cuando ya no se la considera normal.

(Miguel-Tobal y Cano-Vindel, A., 1995), mencionan que la ansiedad es una emoción que nos pone en alerta, nos activa, a nivel cognitivo, nivel fisiológico y nivel conductual, ante la posibilidad de que en una determinada situación el individuo obtenga un resultado negativo o no deseado. La estimación cognitiva de dicha situación como una amenaza dispara una serie de adelantos personales, respuestas fisiológicas y conductuales que interactúan entre sí y llevan al individuo a un estado de intranquilidad, que no cesará mientras siga procesando la información amenazante. Este estado emocional de ansiedad se caracteriza generalmente por una experiencia subjetiva en la que la valencia (tono hedónico) es negativa o desagradable, la autopercepción de intensidad de la activación fisiológica es alta (los síntomas somáticos observados pueden dar al individuo una experiencia de alta excitación corporal) y la sensación de control tiende a estar amenazada.

Por otra parte (Becoña, 2006), hablan del Consumo de Tabaco, refiriéndose a éste como:

Fumar tabaco establece hoy en día la primera causa evitable de enfermedad e incluso muerte precoz de los países desarrollados. Pocas personas temen de la necesidad de tomar medidas para reducir su consumo e incrementar la concienciación de la sociedad sobre este problema.

La epidemia del tabaquismo se puede disminuir evitando que los adolescentes empiecen a fumar y consiguiendo que dejen de consumir quienes ya lo hacen. En la actualidad se dispone de los conocimientos suficientes para lograr este fin, y sólo falta que se implanten cada vez mejor dichos conocimientos y las acciones derivadas de ellos para conseguirlo.

En esta investigación se presenta la información necesaria para entender por qué las personas comienzan a fumar, qué les lleva a mantener el consumo y cómo pueden dejar de hacerlo, centrándose sobre todo en la prevención y el tratamiento del consumo de tabaco en los jóvenes.

Se eligió el presente tema de investigación ya que en la Universidad Nacional de Chimborazo se pudo observar que los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica tienden a consumir tabaco en los momentos de descanso que tienen para poder ingresar a otra hora de clases, además se basó en un artículo científico, donde no se evidenció la relación entre los niveles de ansiedad y el consumo de tabaco en los jóvenes universitarios.

El tema fue desarrollado por el interés de descubrir la interacción que existe entre Ansiedad y el Consumo de Tabaco en los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo por lo cual se investiga y estudia a profundidad algunos factores de estos problemas.

La presente investigación cumplió con el objetivo de: Determinar la influencia de la ansiedad en el consumo de tabaco en los estudiantes, es un gran aporte en la Psicología Clínica, tocando problemáticas comunes de la sociedad y sobre todo del ámbito académico, ofrece una solución factible y satisfactoria, conducida hacia la salud, pensada en el bienestar comunitario.

Está contenida en cinco capítulos, los mismos que se detallan a continuación:

**CAPÍTULO I:** Contiene el problema de investigación, problematización del problema, formulación del problema, los objetivos que se pretenden alcanzar al concluir esta investigación y la justificación.

**CAPÍTULO II:** En el que se detalla el marco teórico relacionado a las dos variables de la investigación, antecedentes de la investigación, fundamentación teórica, hipótesis, variables, definición de términos básicos.

**CAPÍTULO III:** Abarca el marco metodológico, diseño, tipo, nivel de la investigación, población, muestra escogida, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas para el análisis e interpretación de resultados.

**CAPÍTULO IV:** Comprende el análisis de interpretación de datos.

**CAPÍTULO V:** Se describen las conclusiones, recomendaciones, bibliografía utilizada y se adjunta los anexos que incluyen los instrumentos utilizados para la investigación además la guía psicológica de prevención.

# **CAPÍTULO I**

## **MARCO REFERENCIAL**

## **1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

Durante la vida estudiantil, en ocasiones se observó y presencio que nuestros compañeros de la carrera presentaban: preocupación, temor, inseguridad, dificultad para tomar decisiones, pensamientos negativos sobre uno mismo y sobre nuestras acciones con los demás, evitación de situaciones temidas, problema para concentrarse e incluso para estudiar, dolores de cabeza, intranquilidad motora, comer, beber, fumar, entre otras sintomatologías que son propias de “Ansiedad”, causando una problemática dentro de las horas de estudio. Por otro lado, (Sáez, 2013) en una institución universitaria de la Región de la Araucanía en Chile la incidencia de la ansiedad en la vida estudiantil es muy frecuente a diario, por las diferentes situaciones y responsabilidades que tiene los estudiantes de Psicología de la Universidad Mayor.

Se relaciona con los signos observados en los compañeros descritos por Sáez, por lo cual se investigó esta problemática; además se consideró al “consumo de tabaco”, ya que cierta creencia irracional de muchos estudiantes dicen que para combatir la ansiedad es necesario el consumo de tabaco.

Posteriormente se llevó a cabo la presente investigación en los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo, para realizar una relación entre ansiedad y consumo de tabaco.

## **1.2. PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA**

Según la Organización Mundial de la Salud (Salud O. M., 2004), cerca de 450 millones de personas en el mundo, padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico. La Tasa de Prevalencia de los diferentes Trastornos de Ansiedad alcanzan tasas alarmantes en sociedades del Primer Mundo.

Para la Organización Mundial de la Salud el tabaco mata a casi seis millones de personas cada año, de las cuales más de cinco millones son o han sido consumidores, y más de 600 000 no son fumadores, son quienes están expuestos a humo de tabaco ajeno. A menos que se tomen

medidas urgentes, la cifra anual de muertes podría aumentar a más de ocho millones en el año 2030.

Solo un 26% de los individuos con trastornos de ansiedad solicitan asesoramiento a un servicio de salud; de éstos, un 23% no recibieron ni tratamiento farmacológico ni tratamiento psicológico. Es dos veces más probable que las mujeres padezcan el desorden de ansiedad en comparación con los hombres y es aproximadamente tres veces más posible que sufran de agorafobia. En promedio, los síntomas comienzan aproximadamente a los 25 años, pero el desorden de ansiedad y los ataques de pánico pueden afectar a las personas de todas las edades.

La Organización Panamericana de la Salud (Salud O. P., 2007) , manifiesta que el tabaquismo es una enfermedad que afecta la población mundial, sin distinguir fronteras, género, edad, estrato social o religión. Es la principal causa de enfermedad y muerte prematura prevenible, que se manifiesta en la región de América Latina como un grave problema de salud pública, con una cifra estimada de 120 millones de fumadores. Las estadísticas señalan que el tabaco es responsable de más de 25 enfermedades mortales e incapacitantes; del 90% de los casos de cáncer de pulmón; 30% de los casos de cáncer; 85% de los casos de bronquitis crónica; 30% de las muertes por enfermedad cardiovascular y se estima que terminará con la vida de la mitad de sus consumidores crónicos.

Según El Comité Internacional de Lucha Antitabáquica (CILA, 2008- 2011) , el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Educación y Cultura (MEC) forman un frente institucional que promueve el descuido de este hábito y cesación del consumo de tabaco en los fumadores habituales. (p. 4)

Según datos del (MSP, 2013) (Cero publicidad, promoción y patrocinio del tabaco para reducir muertes – 2013), los fumadores se exponen a una compleja combinación de más de

4.000 productos químicos. Nombra elementos nocivos como el cianuro, dióxido de azufre, monóxido de carbono, entre otros.

En Ecuador se registran 521220 fumadores, dentro de ellos el 91,5% son hombres y el 8,5% mujeres. Estas cifras fueron anunciadas el 30 de mayo de 2013, por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos para conmemorar el Día Mundial Sin Tabaco.

Según (Jacome, 2013) en Ecuador, 4.000 personas mueren al año por efectos del consumo de tabaco. Esto quiere decir, que en el país mueren aproximadamente 11 personas diarias a causa de fumar cigarrillo. Así lo confirmó el responsable del programa del control del tabaco del Ministerio de Salud, Patricio Jácome. De acuerdo a esta cartera de Estado, la edad de inicio en el consumo del tabaco en Ecuador está alrededor de los 11 años.

El estudio evidencia que la prevalencia de consumo de tabacos, entre la edad de los 18 y 29 años, en el año de 2010, fue de 27,8%. (Comercio E. , 2011).

Justamente es el caso de los estudiantes de la Universidad Nacional de Chimborazo, quienes se encuentran en los parámetros de edad mencionados para el consumo de tabaco, sin dejar de lado la incidencia de ansiedad en diferentes grados, que en la época estudiantil pueden aumentar debido a las exigencias académicas como exámenes, exposiciones, tareas extenuantes, prácticas pre-profesionales, entre otras, además de las interacciones familiares y sociales que pueden incrementar o disminuir estos niveles de ansiedad. Mediante la observación es posible deducir que ante la ansiedad el estudiante busca alivio inmediato, muchas veces llegando al consumo de sustancias.

Los estudiantes son la población más vulnerable a este tipo de hábitos nocivos debido a que están sujetos a gran presión durante su vida estudiantil, donde el tiempo es bastante limitado para desarrollar mejores hábitos, y es así que en varias ocasiones estos factores nos conducen al fracaso académico, descenso en las calificaciones, deserción estudiantil, incorrecta orientación vocacional, dificultades en la comprensión de las asignaturas, entre otros, es así

que el individuo ya no solamente está viéndose afectado en aspectos fisiológicos sino también emocionales, las variaciones en el estado de ánimo son más notorias, ira, depresión, ansiedad, miedo, son las más comunes.

Es fundamental establecer una relación entre las variables ansiedad y consumo de tabaco, las dos pueden llegar a interrelacionarse, incluso confundiendo sus causas y efectos, por eso la vital importancia de diferenciarlas y saber cómo influye una sobre otra, jerarquizando los factores para de esta manera establecer la manera más correcta de solucionar el problema.

La ansiedad cada día es más común, una mayor cantidad de individuos se ven afectados e identificados con los síntomas, es algo propio de este nuevo milenio donde las personas tienen la necesidad de buscar soluciones rápidas, el ritmo agitado de la vida cotidiana, la dificultad de adaptación; de igual manera el consumo de tabaco, que viene siendo un problema de salud pública desde hace ya mucho tiempo se adhiere a las dificultades contemporáneas, convirtiéndose en una bomba de tiempo.

Si este problema no se aborda a tiempo con la debida magnitud con la que se debe afrontar, llevará a serios inconvenientes en la salud mundial; enfermedades pulmonares, cardiacas que han sido comprobadas y tienen estrecha relación con el tabaquismo, a esto se le adiciona la ansiedad que tiende a incrementar sus niveles si no se trata, afectando al individuo clínicamente en sus esferas familiar, social, fisiológica, psicológica, paulatinamente el individuo puede “adaptarse” sin embargo su esperanza y calidad de vida se verán considerablemente reducidas.

### **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

¿Cómo influye la ansiedad en el consumo de tabaco en los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica, de la Universidad Nacional de Chimborazo, en el período Abril - Septiembre 2016?

#### **1.4. PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS.**

¿Existen niveles de ansiedad en los Estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo?

¿Existen niveles de dependencia de consumo de tabaco en los Estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo?

¿Qué relación existe entre la ansiedad y el consumo de tabaco en los Estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo?

¿Existen alternativas eficaces para reducir los niveles de ansiedad y prevenir la dependencia por consumo de tabaco?

#### **1.5. OBJETIVOS.**

##### **1.5.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la influencia de la ansiedad en el consumo de tabaco en los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica, de la Universidad Nacional de Chimborazo, período Abril- Septiembre 2016.

##### **1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Reconocer los niveles de Ansiedad en los Estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo.
- Identificar el nivel de dependencia de consumo de tabaco en los estudiantes.
- Establecer la relación que existe entre la Ansiedad y Consumo de Tabaco en los estudiantes.

- Planificar talleres Psicoeducativos para reducir los niveles de ansiedad y prevenir la dependencia por consumo de tabaco en los Estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica que presentan ansiedad y consumo de tabaco.

## **1.6. JUSTIFICACIÓN.**

La ansiedad y consumo de tabaco como tema de investigación resulta importante, ya que este se ha incrementado en los estudiantes de la carrera de psicología clínica, por lo que al encontrar la relación existente, se puede plantear talleres psico- educativos que facilite la resolución de esta problemática, que resulta perjudicial en la formación profesional de los estudiantes que a posterior laborarán con personas y le servirán a la sociedad. Al referirnos al grado de posibilidad se puede decir que nuestro tema de investigación cumple con los requisitos, tanto por la disponibilidad de la población como en la colaboración de la investigación. El tema es innovador debido a que dentro de la carrera no se ha realizado ningún tipo de estudio relacionado con el consumo de tabaco, sin descuidar el problema creciente de los índices de ansiedad en la población universitaria, por lo cual es necesario investigar a fondo estos temas. Al realizar esta investigación se pudo obtener como resultado que la ansiedad influye mínimamente en el consumo de tabaco en los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica. Se consideró que, al no realizarse esta investigación no existirían cifras exactas acerca de la ansiedad y su relación con el consumo de tabaco en los estudiantes. Lo que impediría planificar estrategias de prevención descritas en la guía de la presente investigación.

# **CAPÍTULO II**

## **MARCO TEÓRICO**

## 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Para analizar el contenido de la presente investigación, se realizó revisiones bibliográficas, donde se evidenció la existencia de estudios que investiguen las dos variables juntas.

(Sáez, 2013). En una institución universitaria de la Región de la Araucanía en Chile llevó a cabo una investigación sobre “Comparación de los Niveles de Ansiedad y Consumo de Tabaco en los jóvenes Universitarios”, donde se ejecutó la correlación con el Test de Fagerstrom, para la dependencia de nicotina y la Escala de Ansiedad de Hamilton en una muestra que fue extraída mediante un muestreo no probabilístico en un patrón por disposición, y fue compuesta por 40 estudiantes fumadores (hombres y mujeres), y se obtuvo como resultado que: la incidencia de la ansiedad en el consumo de tabaco en los estudiantes de Psicología de la Universidad Mayor es casi nula, sin mostrarse una correlación entre ambas variables. En cambio se dedujo que en las mujeres existe una mayor presencia de niveles de ansiedad generales en comparación con los hombres. (p. 8)

(Becoña & Míguez, Ansiedad y consumo de tabaco en niños y Adolescentes, 2004) Esta investigación se realizó en la Universidad de Santiago de Compostela sobre “Ansiedad y Consumo de Tabaco en niños y adolescentes”, donde se analiza en dos muestras representativas de estudiantes de enseñanza primaria (N = 1.447, 11-16 años) y secundaria (N = 2.790, 14-21 años) de Galicia la relación existente entre consumo de cigarrillos y ansiedad rasgo. Los resultados indican datos semejantes en ambas muestras de niños y adolescentes: los que nunca fumaron tienen una puntuación más baja en ansiedad que los que fuman. Por sexo, los hombres tienen una menor puntuación en ansiedad, rasgo que las mujeres en todas las comparaciones realizadas. Estos resultados indican la consistente relación que hay entre ansiedad y fumar desde edades tempranas hasta la adultez. (p.1, 3).

## **2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **2.2.1. ANSIEDAD.**

#### **➤ DEFINICIÓN**

Como hemos indicado anteriormente, la ansiedad es una de las emociones más universales que acompaña al hombre en el transcurso de su vida. (Miguel-Tobal J. J., 1990) La define como “una respuesta emocional paradigmática”. (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, A., 1995), se refieren a la ansiedad como una emoción que nos pone en alerta, nos activa, a nivel cognitivo, nivel fisiológico y nivel conductual, ante la posibilidad de que en una cierta situación obtengamos un resultado negativo o no deseado. La valoración cognitiva de dicha situación como una amenaza dispara una serie de anticipaciones subjetivas, respuestas fisiológicas y conductuales que interactúan entre sí y llevan al individuo a un estado de intranquilidad, que no cesa mientras siga procesando la información amenazante. Este estado emocional de ansiedad se caracteriza por una experiencia personal en la que la valencia (tono hedónico) es negativa o desagradable, la autoobservación de intensidad de la activación fisiológica es alta (los síntomas somáticos percibidos pueden dar al individuo una experiencia de alta excitación corporal) y la sensación de control tiende a estar amenazada.

Para (Fernández, Río, & Fernández, 2007) la ansiedad se define como un sentimiento subjetivo de aprensión o amenaza percibida, a veces acompañada por un incremento de la activación fisiológica, apareciendo ante las demandas objetivas del hábitat, tal como ocurre en una situación de supervivencia. La ansiedad tiene un componente de pensamiento (preocupación, inquietud, aprensión, entre otras) llamado ansiedad cognitiva, y un componente de ansiedad somática, que constituye el grado de activación física percibida (Arjona, 2006).

#### **➤ ETIOLOGÍA**

A continuación se detallan algunos factores involucrados en la ansiedad:

- Factores biológicos.

(French, 2013), explica que cada vez hay más evidencia de que heredamos una tendencia a estar tensos o ansiosos, según la autora no parece haber solamente un gen que origine la ansiedad, sino es un conjunto de pequeñas aportaciones de muchos genes de diversas áreas de los cromosomas que hacen vulnerable a cualquier sujeto a padecer de ansiedad. Además refiere que la ansiedad también se asocia con circuitos cerebrales como el sistema GABA, el de benzodiazepina y el factor liberador de la corticotropina que activa el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA). (LLanos, 2007, págs. 6,7), da a conocer que existe un incremento de glucocorticoides, en las funciones noradrenérgicas, dopaminérgicas y serotoninérgicas cerebrales, disfunción en la amígdala que provoca la eliminación de la posibilidad de expresar emoción y existe un daño en neuronas hipocampales.

- Factores ambientales.

(Caballo & Simón, 2002) Indica que destacan los acontecimientos vitales o situaciones traumáticas, los procesos de socialización de cada persona en los diferentes ámbitos de su vida: familiar, personal, laboral.

➤ **TIPOS DE ANSIEDAD.** (American psychological Association, 2010).

- Las personas con trastornos de ansiedad generalizados presentan trastornos de miedos o preocupaciones recurrentes como los: Trastorno de Rett, Asperger, Tourette, desintegrativo infantil y Autismo, por ejemplo, la salud o la situación económica, y con frecuencia tienen una sensación constante de que algo malo está por suceder. La causa de estos sentimientos de ansiedad puede ser difícil de reconocer. Sin embargo, los temores y preocupaciones son muy reales e impiden muchas veces que las personas se concentren en sus tareas a diario.
- Por otro lado el trastorno de pánico implica sentimientos inesperados, intensos y no incitados de terror y pavor, se caracteriza por episodios repentinos y repetidos de intenso

miedo acompañados por síntomas físicos que pueden incluir dolor en el pecho, palpitaciones aceleradas del corazón, falta de aire, mareos, angustia o molestia abdominal.

- Trastorno con fobias, o miedos intensos, respecto a determinados objetos o situaciones. Las fobias específicas pueden incluir situaciones como encontrarse con determinados animales o volar en avión, mientras que las fobias sociales incluyen miedo con relación a entornos sociales, por ejemplo, fobia a los insectos (entomofobia) o a lugares cerrados (claustrofobia).
- El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por sentimientos o pensamientos persistentes, incontrolables y no deseados (obsesiones) y rutinas o rituales que realizan para tratar de evitar o para liberarse de estos pensamientos (compulsiones). Ejemplo: incluyen lavarse las manos o limpiar la casa en exceso por temor a los gérmenes, o verificar algo varias veces para detectar errores.
- Ciertas personas que tienen graves traumas físicos o emocionales, como por ejemplo, los producidos por un desastre natural o un accidente pueden sentir un trastorno de estrés postraumático. Los pensamientos, sentimientos y patrones de conducta se ven seriamente afectados por recuerdos de estos sucesos, a veces durante meses o incluso años después de la experiencia traumática.
- La ansiedad está considerada como un factor permanente de la personalidad. Este es el grado de ansiedad que presenta por lo general una persona en la mayoría de situaciones.

Algunos autores afirman que la evolución ha favorecido los genes de la ansiedad, puesto que en una situación equivocada puede haber más probabilidades de sobrevivir si te asustas y te retiras sin motivo alguno, que si no te asustas ni retrocedes cuando sí tienes motivo. Si a esto le sumamos nuestro pensamiento y una tendencia a exagerar la importancia de ciertos acontecimientos.

Cuando una persona siente ansiedad, lo que más destaca de tal experiencia es la sensación de intenso malestar (miedo, terror, angustia) y los síntomas fisiológicos que está experimentando; por ejemplo sudoración, tensión muscular, palpitaciones, entre otra sintomatología propias de la ansiedad. Por este motivo, se le suele dar una mayor importancia a estos síntomas y no se tiene en cuenta el pensamiento. Sin embargo, el pensamiento juega un papel importante en la aparición de la ansiedad. Aunque la gente no suele tener muy en cuenta su pensamiento y en ciertos casos ni siquiera es consciente de lo que pasa por su mente, vemos que su cabeza está llena de imágenes y pensamientos amenazadores (Muñoz, Qué es la ansiedad y por qué se produce, 2012).

En los trastornos de ansiedad, la coacción percibida es de tipo irreal o considerado, pero suficiente como para hacer que el sistema se active como si tuviera que protegernos de una horrible amenaza. Así pues, aunque una persona puede desear hablar en público con fluidez, expresarse adecuadamente lo que desea decir y permanecer tranquila, sus sistemas no están obedeciendo a sus deseos, sino a la amenaza que percibe en la situación (la posibilidad de una evaluación negativa por parte de los demás). Cuanto menos efectiva y más incapaz se considere esta persona para afrontar la situación, mayor será la amenaza que percibe y mayor será la activación de este sistema autodefensor que se dispara a evitar la situación no deseada.

La activación del sistema de ansiedad ante la amenaza percibida genera una serie de sintomatología que le incapacita funcionar correctamente y eso, a su vez, aumenta la amenaza. Los síntomas de ansiedad pueden dividirse en cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos. Tomando en cuenta que al mismo tiempo, las reacciones pueden ser de tres tipos: movilización, inhibición y desmovilización (Muñoz, Los síntomas de ansiedad, 2013).

➤ **ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD.**

- Existen distintos cuadros clínicos en los que la ansiedad es el síntoma básico. Entre ellos están el trastorno por crisis de angustia, donde la ansiedad se presenta de forma

circunstancial como por ejemplo palpitaciones, sensación de ahogo, inestabilidad, temblores o miedo a morir; el trastorno de ansiedad generalizada, existiendo un estado permanente de angustia; el trastorno fóbico, con miedos específicos o inespecíficos; también está el trastorno obsesivo-compulsivo, con ideas "intrusivas" y molestosas que pueden estar acompañadas de actos rituales que disminuyen la angustia de la obsesión (lavarse muchas veces por miedo a contagiarse, comprobar que las puertas estén cerradas o los enchufes, dudas continuas que tiene la persona); las reacciones de estrés agudo o postraumático; y los trastornos de adaptación a situaciones vitales adversas. A continuación se mencionan algunos enfoques sobre la ansiedad (Virues, 2005):

- **Perspectiva Psicofisiológica:** La ansiedad es la activación del sistema nervioso (SN), consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se interpreta como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, una demasiada estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral se convertirá en síntomas psicológicos de ansiedad.
- **Teoría Psicodinámica.** El creador de esta teoría es Freud. Quien dijo que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual [libido] para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal de peligro en situaciones de amenaza. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre la intolerancia del súper yo y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inadmisibles para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.

- **Teorías Conductistas.** Se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse a posterior. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio ambiguo, con hechos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de tal manera que cada vez que se produce un contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje por observación de las personas que son significativas al entorno.
- **Teorías Cognoscitivistas.** Consideran la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la confronta con un estilo y conducta establecidos. Por ejemplo, cualquier persona puede tener una sensación física que le molesta en un momento determinado, si bien es cierto la mayoría de nosotros no asignamos ningún significado a esta experiencia. No obstante existen personas que si lo interpretan como una señal de alarma y una amenaza para su salud ya sea física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica, desencadenando así la ansiedad.

Desde otra perspectiva, se ha considerado la ansiedad patológica como rasgo y como estado a la vez (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002), interpretándose en el trastorno en sí mismo por la presencia de síntomas irracionales y perturbadores para el individuo. Por otra parte, diferencia la ansiedad exógena (conflictos externos, personales o psicosociales) de la endógena (autónoma e independiente de los estímulos ambientales o externos); la primera está asociada

a la ansiedad generalizada, mientras que la segunda es la responsable de los ataques de pánico y en su prolongación, de distintos cuadros fóbicos.

Por último, la ansiedad se puede dividir de igual manera en primaria, cuando no se aleja de otro trastorno psíquico u orgánico subyacente, o secundaria, cuando acompaña a la mayoría de las alteraciones primarias psiquiátricas. Así también, se destaca una ansiedad reactiva que es notable como las reacciones neuróticas de la angustia, o una ansiedad nuclear, donde destacan las crisis de angustia y la ansiedad generalizada.

Tras realizar una revisión de las diferentes orientaciones, (Tobal, Tratado de Psicología General. Motivación y Emoción , 1990) propone que “ La ansiedad es una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que abarca aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco precisos y escasamente adaptativos. Posteriormente, (Tobal, La Ansiedad. Guías prácticas. Psicología y bienestar. , 1996) Resume la definición antes mencionada en lo siguiente: la ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor, pudiendo actuar con cierta autonomía. Por otro lado, según la Asociación Americana de Psiquiatría (1994), la ansiedad fóbica se ha definido como una reacción excesiva o irracional a una situación en particular.

En definitiva, la ansiedad se ha visto como una reacción emocional, que consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación que se acompañan por la activación del sistema nervioso autónomo simpático; siendo ésta anticipatoria, teniendo un valor funcional y utilidad biológica (Sandín & Chorot, 1996).

## ➤ **EPIDEMIOLOGÍA**

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es el trastorno de ansiedad más visto por un médico general, siendo este más frecuente en mujeres y está relacionado con el estrés ambiental crónico, con un predominio entre la población general de alrededor del 3% y entre el 5-7% entre los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria. Además, es un padecimiento que presenta la más alta prevalencia en personas de entre 40-50 años y en menor grado en la población mayor de 60 años. Las mujeres son 2 veces más afectadas por este cuadro que los hombres y el TAG declina su incidencia conforme avanza la edad en hombres, pero se incrementa en las mujeres.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana IV (revisado) (DSM-IV-R) los síntomas deben estar presentes, aunque pueden variar, durante un periodo de 6 meses consistentes en un estado donde predomina la sintomatología y es constante acerca de su salud, familia, trabajo y situación económica (ANMM, 2013).

## ➤ **CAUSAS DE LA ANSIEDAD**

Factores implicados en el origen y mantenimiento de la ansiedad como trastorno.

En la aparición y mantenimiento de la ansiedad como trastorno influyen tres grandes grupos de factores los factores predisposiciones, los factores activadores, y los factores de mantenimiento.

## ➤ **FACTORES PREDISPOSICIONALES**

Con este término nos referimos a variables biológicas y constitucionales, hereditarias o no, que hacen más probable que un individuo desarrolle alteraciones de ansiedad si se ve expuesto a situaciones capaces de activarla. Dentro de este grupo de factores podríamos considerar también algunos referidos a la personalidad, dependiente de la historia del individuo, condicionada por la biología y el aprendizaje. Estos factores predisponentes, no tienen que ver con la ansiedad ni condenan a padecerla. Son factores de vulnerabilidad. Dicho en otras

palabras, hay personas que cuentan con un sistema de alerta más sensible, por un lado, y más complejo de desactivar una vez disparado. En cierto sentido, son personas que se encuentran regularmente en una especie de pre-alerta que condiciona su disposición hacia el medio - externo o interno-, la advertencia y el registro de determinados acontecimientos, y la prefiguración de un tipo de respuestas –defensivas- como más probables.

### ➤ **FACTORES ACTIVADORES**

Con esta expresión nos referimos a aquellos hechos, situaciones o circunstancias que son capaces de activar el sistema de alerta, la preparación para responder ante ellas y la respuesta propiamente dicha. Hemos señalado anteriormente que la ansiedad está fundamentalmente vinculada a la percepción de amenaza, por lo tanto, esencialmente, los factores activadores de la ansiedad son los que están relacionados con la amenaza y su naturaleza. Hemos indicado, también, que la percepción de riesgo, depende fundamentalmente de un proceso de evaluación, consciente o automático, determinado por la valoración de qué pasa y cómo nos afecta, por un lado; y qué podemos hacer frente a ello, por otro. Básicamente, en términos generales, la ansiedad procede de dos grandes tipos de problemas. En primer lugar, de la posible obstaculización o entorpecimiento de planes, deseos o necesidades, aún en desarrollo, cuya consecución es para nosotros importante o necesaria – por ejemplo, la superación de un examen para acceder a un puesto de trabajo- En segundo lugar, del posible deterioro o problematización de objetivos que ya hemos alcanzado, logros con los que ya contamos o forman parte de nuestro estatus. Así, percibiríamos como amenazante la pérdida de la salud o el trabajo.

### ➤ **FACTORES DE MANTENIMIENTO**

Este grupo de factores afectan fundamentalmente a aquellos casos en que los problemas originarios de ansiedad no se resuelven satisfactoriamente, o bien cuando la ansiedad alcanza límites de trastorno. Una vez que la ansiedad se manifiesta como problema tiene ciertas probabilidades de incrementarse. En el momento en que la ansiedad aparece, debido a los factores activadores, ayudados en más o en menos por los factores predisposicionales, si es excesiva y sostenida, propicia la aparición de problemas de salud. Estos problemas, que previamente no existían, son debidos a la ansiedad, pero, a su vez, la multiplican. La salud es un bien valorado en sí mismo. Si se problematiza, por cualquier motivo incluida la propia ansiedad, genera un incremento del estado de alerta e indefensión (Clinica de la ansiedad, 2016)

### ➤ **SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD**

La característica esencial de este trastorno es un sentimiento de desazón y desasosiego generalizados y persistentes, que no están referidos a ninguna circunstancia ambiental en particular. Lo más habitual es que el paciente se queje de estar permanentemente nervioso, así como de sentir temblores, tensión muscular, exceso de sudoración, mareos y vértigos, taquicardia, y molestias epigástricas

Con frecuencia manifiestan el temor a que ellos mismos, o sus seres queridos, puedan contraer una enfermedad o sufrir un accidente, entre diversas obsesiones y presentimientos de carácter negativo. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con el estrés ambiental de su vida cotidiana. Tiene un curso variable, dependiendo de las características de la persona afectada, pero tiende a ser fluctuante y crónico (Martín, 2009).

Para que el trastorno de ansiedad sea diagnosticado como tal, el paciente debe presentar síntomas de ansiedad casi todos los días durante varias semanas seguidas. Los signos de ansiedad más indicativos son:

- **Aprensión** (excesiva preocupación sobre posibles desgracias futuras, sentirse “al límite” de sus fuerzas, dificultad de concentración, etcétera).
- **Tensión muscular** (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- **Hiperactividad vegetativa** (mareos, sudoración, taquicardias o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca...).
- **Los niños** suelen manifestar una necesidad constante de seguridad y atención, y quejarse reiteradamente (Martín, 2009).

➤ **ASPECTOS FISIOLÓGICOS:**

Se caracterizan por un alto nivel del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. Esta respuesta puede ser, tanto por situaciones o estímulos externos, como por estímulos internos, tales como:

- **Cardiovascular:** presentan síntomas como: hipertensión, hipotensión, disminución o aumento de la frecuencia cardíaca, desmayo.
- **Respiratorio:** Existen síntomas como respiración agitada, respiración enlentecida, problemas para respirar, presión en el pecho, respiración superficial, sensación de nudo en la garganta, sensación de ahogo.
- **Neuromuscular:** Aquí se muestran como reflejos aumentados, sobresaltos, insomnio, espasmos, temblores, rigidez, debilidad general, inestabilidad, piernas tambaleantes.
- **Gastrointestinal:** Acompañado con dolor abdominal, pérdida de apetito, asco de la comida, náuseas, vómitos, reflujo gastroesofágico, malestar abdominal.
- **Aparato urinario:** Se presenta con un deseo excesivo y frecuente de orinar.
- **Piel:** Palidez, rubor facial, sudor localizado, por ejemplo, en las palmas, sofocos, picores (Contreras, y otros, 2005).

**Tabla 1. Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos**

<b>Síntomas físicos.</b>	<b>Síntomas psicológicos y continuos.</b>
Vegetación: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.	Sensación de agobio
Carviovasculares: palpitaciones, taquicardia, dolor precordial.	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
Respiratorios: disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones

**Elaborado por:** Paulo Damián y Lilia Salazar.

En 1959, Max R Hamilton desarrolló la primera versión de la Escala de Ansiedad de Hamilton. Se incluyó una distinción "entre la ansiedad como una reacción normal al peligro, la ansiedad como un estado patológico no relacionado con el estrés y la ansiedad como un síndrome estado o amplio que él denominó "neurosis de angustia ". Hamilton desarrolló la escala para ser usado con pacientes ya sabe que sufren de neurosis de angustia, no para ser utilizado como un medio de diagnóstico de la ansiedad en pacientes con otros trastornos. Aunque Hamilton desarrolló la escala como una puntuación de gravedad, utilizó su escala para diferenciar "la ansiedad como un estado de ánimo patológico" de un "estado (o la neurosis)." (Newell & McDowell, 2006)

Inicialmente se concibió para valoración de "neurosis de ansiedad", pero a lo largo del tiempo este concepto ha evolucionado, hablándose hoy en día de "desorden de pánico", "desorden fóbico" y "ansiedad generalizada", entre otros. En la práctica clínica muchas veces es difícil distinguir entre ansiedad y depresión, ya que algunos síntomas se superponen, por otra parte muchos estados depresivos cursan con ansiedad. (Gjerris A, 1983)

Según Hamilton en estos casos no debería utilizarse la escala, aunque algunos autores sugieren que la subescala de ansiedad somática puede utilizarse para valorar el grado de ansiedad en pacientes depresivos, así como la respuesta al tratamiento ansiolítico y antidepresivo. No obstante ha demostrado su validez interobservador en pacientes con depresión. (W1, Maier; R, Buller; M, Philipp; I., Heuser, 1988)

Utilizó métodos comunes para el diseño de la escala de calificación. Se recogió una variedad de síntomas relevantes y se divide en grupos. La escala se inició con doce grupos de síntomas, que llegaron a formar trece variables de escala. Todas las variables de trece fueron descritas por las declaraciones sucintas y se incluyen en una hoja que fue utilizado por un entrevistador para evaluar un paciente. La versión original utiliza una "escala de cinco puntos" para la calificación de los grupos de síntomas. La primera versión de la escala era sólo un comienzo, y como Hamilton declaró: "Algunas de las variables son, obviamente, un cajón de sastre de retazos y la necesidad de una mayor investigación." Se llevó a cabo pruebas en la escala original que inició mejora y, con el tiempo, evolucionado la estructura y la puntuación de la escala a su estado actual. (Med, 1959)

### **2.2.2. CONSUMO DE TABACO**

#### **➤ DEFINICIÓN**

Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, estos sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente muy adictivo.

El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para que se produzcan varias enfermedades crónicas, como el cáncer, enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo es elevado en todo el mundo. En varios países se han creado leyes que prohíben la publicidad del tabaco, lugares donde se puede fumar y quiénes puede comprar y consumir productos del tabaco. (Organización Mundial de la Salud, 2013).

## ➤ **EL TABAQUISMO**

### ➤ **DEFINICIÓN**

El concepto de tabaquismo ha ido evolucionado en las últimas décadas. De hábito en los años 60, el consumo pasó a llamarse dependencia en los 70, a mediados de los 80 el tabaquismo fue catalogado como una adicción y durante los años 90 se creó la clínica del fumador (Marín y González, 1998, p. 89-109).

En los últimos años las evidencias sobre la dependencia a la nicotina han sido siempre resaltadas, especialmente por instituciones de gran prestigio mundial (Gold, 1995).

### ➤ **FASE DEL TABAQUISMO**

#### - **ETAPA TEMPRANA**

En esta etapa, la química cerebral se ve alterada, esto se manifiesta con un consumo descontrolado del tabaco estos a su vez no son tan severos y frecuentes, pero son una clara evidencia del desorden bioquímico cerebral, aun así la relación que las personas han desarrollado por su uso, las motiva a continuar usando, debido al refuerzo psicológico que el consumo de la sustancia o la práctica de la conducta, tiene sobre su comportamiento. Ya se manifiesta el pensamiento adictivo el mismo que comienza con una preocupación con el uso. Puede haber deseos automáticos y la persona comienza a dar un tiempo no programado a actividades relacionadas con su uso.

#### - **ETAPA MEDIA**

La pérdida del control se evidencia en esta etapa y los episodios de consumo son más intensos y frecuentes, comienza con los problemas familiares debido al tiempo que la persona ocupa en actividades relacionadas con el consumo de tabaco. A su vez el pensamiento adictivo se hace más intenso debido a la necesidad aumentada de negar o racionalizar su conducta. Comienzan a presentarse problemas dentro del campo laboral, académico debido un errado funcionamiento psicosocial. Se observa un importante cambio de la química cerebral y la

personalidad del individuo que consume tabaco, se presenta mayor irritabilidad, ansiedad e intolerancia. El ego de la persona se ha hipertrofiado para poder mantener una imagen de "normalidad" que pueda disminuir la ansiedad tanto del adicto como de las personas que lo rodean.

#### - **ETAPA AGRAVADA**

La autoeficacia, que debe tener la persona sobre sí misma para resolver eficazmente la situación exitosamente para llevar una conducta saludable y detener el consumo en esta etapa del proceso adictivo. Se presentan problemas económicos graves que podrían aparecer y el aislamiento social se hace evidente. Problemas severos en las relaciones familiares que pueden llegar a la ruptura de una relación de pareja. Pérdidas de empleo y deterioro del funcionamiento laboral se hacen presentes de manera que el adicto no puede muchas veces, ni conseguir ni mantener un empleo. La depresión severa característica de esta etapa debido al desorden adictivo. De la misma manera se ve afectada la autoestima y puede aparecer psicosis tóxica, en las adicciones químicas, e ideación psicótica en las adicciones de conducta (Cortés M. S., 2005)

#### ➤ **CONSECUENCIAS DEL TABACO**

Las consecuencias que repercute sobre el organismo, son producidas por el consumo del tabaco o por sus derivados estos son importantes sobre muchos sistemas, órganos y tejidos produciendo importantes patologías las mismas que derivan en la pérdida de la salud. Se relaciona a los productos del tabaco como los principales responsables de centenares de miles de muertes y de enfermedad crónica en millones de personas cada año.

Se hace una comparación de las muertes por enfermedades como el SIDA, la tuberculosis, o cualquier otro tipo de droga, accidentes de tránsito asesinatos y suicidios y las muertes a causa del consumo de tabaco son muy superiores a las mencionadas. (Herrero, 2012)

## ➤ **CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE TABACO A NIVEL FÍSICO**

Estas son las siguientes :

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: las manifestaciones más importantes, son las enfermedades pulmonares, la bronquitis crónica que son de aparición casi constante en las personas que consumen tabaco
- Enfermedades cardiovasculares: infarto de miocardio que produce obstrucción de las arterias , enfermedad arterial periférica o accidentes vasculo-cerebrales son mucho más frecuentes en pacientes fumadores.
- Cáncer pulmonar y otros cánceres producidos o influidos por el hábito de fumar, como: cáncer de labio, cáncer a la lengua, la faringe, laringe, esófago, páncreas, cuello uterino, riñón y vejiga.
- En mujeres que fuman durante el embarazo, en ellas se manifiesta por que presentan mayor incidencia prematuridad, un bajo peso del bebe al nacer, muerte al nacer, muerte súbita del lactante e incluso infertilidad en la edad adulta.
- En mujeres postmenopáusicas, la osteoporosis es la principal causa en aquellas que fuman, manifestándose como un aumento del riesgo de fractura de fémur.

(Herrero, 2012)

## ➤ **CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE TABACO A NIVEL PSICOLÓGICO**

### - **HÁBITO**

El consumo de tabaco es un hábito muy difícil de dejar, esto se debe a que el tabaco contiene nicotina que es altamente adictiva. Al igual a otras sustancias adictivas la mente y el organismo se acostumbran a estos componentes y la necesidad de consumir se vuelve cada vez más persistente.

Existen algunas razones para que las personas empiecen a fumar. Algunos fumadores se dejan llevar por tendencias sociales o por tener un rango social alto, porque sus familiares o amigos fuman. Las personas dicen que es mucho más fácil evitar el contacto con tabaco que dejarlo, muchas personas que empezaron el consumo de tabaco en su adolescencia, jamás se imaginaron que en ellos se va a crear un hábito, este a su vez causa muchos problemas en la salud y estos pueden ocasionar daños irreversibles provocando diferentes enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco.

#### - **CONDUCTA**

La conducta de fumar es un factor crítico que va en aumento tanto que ya no es proporcional al esfuerzo que hagan los fumadores para dejar de hacerlo. Esto se da debido a los factores de mantenimiento de esta conducta adictiva, fumar está determinado por una multiplicidad de causas farmacológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales (Becoña, 1994, p. 403).

Los efectos psicofarmacológicos de la nicotina que contienen un potente reforzador que actúa de manera positiva al evitar los efectos negativos de la abstinencia. Dicha sustancia tiene un poderoso efecto psicofarmacológico sobre el sistema nervioso central y este llega en solo siete segundos al cerebro.

La nicotina produce tolerancia, dependencia y síntomas de abstinencia física y psicológica al dejar de fumar, debido a que la nicotina puede servir tanto para reducir el estrés, producir euforia, mejorar la vigilia, regular el peso, modular el humor, se convierte en un modo útil de regular la relación del individuo fumador con el ambiente. Este efecto de la nicotina junto con los factores de aprendizaje hace que se convierta en una conducta pronto bien consolidada.

El reforzamiento positivo sobre el consumo de tabaco se asocia a cuestiones fisiológicas como a conductas o situaciones específicas agradables, haciendo que luego el consumo sea automático, constante y mantenido en las mismas situaciones.

El fumador en las primeras fases no reconoce ciertos datos sobre su salud, lo que hace es negar, minimizar o asumir que dichas consecuencias negativas no van con él, esto se da más en la adolescencia cuando el individuo está en desarrollo y su cuerpo aun no sufre ningún tipo de consecuencia grave.

El uso del tabaco es una herramienta psicológica que también influye en el mantenimiento de la conducta fumar. El fumador aprecia que fumar le tiene ventajas concretas, como reducir el estrés, dado el papel modulador que tiene la nicotina y por tanto, que es una estrategia de afrontamiento ante distintas situaciones.

#### - **COMPORTAMIENTO**

A pesar de las medidas implementadas por las diversas organizaciones en el mundo aún son deficientes las medidas de lucha antitabáquica vigentes. Los jóvenes y adolescentes adoptan patrones conductuales parecidos de país a país, y de esto se aprovechan las compañías tabacaleras.

La solución para contrarrestar el efecto de estas compañías, existe la necesidad urgente de proporcionar información sobre las diversas causas y consecuencias que produce el consumo de tabaco. Esto permitirá el logro del objetivo de diseñar estrategias dirigidas a la "juventud global" mientras se toman en cuenta peculiaridades locales.

Diversos estudios a nivel mundial demuestran la asociación del consumo de tabaco en los jóvenes con una gran variedad de factores como son los sociales, económicos, ambientales, biológicos y personales.

#### **CREENCIAS AL CONSUMIR TABACO**

La principal fuente de donde provienen estas creencias es el ambiente donde se desarrollan las personas desde su nacimiento.

Dentro del factor de predisposición se incluyen factores de comportamiento que pueden incorporar al adolescente a contextos sociales en los que aumente o disminuya su exposición y

el riesgo del consumo de tabaco, como los ambientes escolares, así como factores psicológicos que acompañan al consumo del tabaco en los adolescentes, como la baja autoestima, la curiosidad por probar el tabaco. Los factores sociales y culturales del modelo incluyen las características culturales de la familia y la comunidad (Lotrean et al., 2005).

### ➤ **MEDIDAS DE PREVENCIÓN**

Se toma en cuenta la experiencia de países que están en la lucha constante por reducir el consumo de tabaco esta es muy limitada y tiene escaso impacto, pero dentro de las medidas que se tratan de desarrollar estas están orientadas hacia;

- La prohibición, pues el principal problema es la producción desmedida de productos derivados del tabaco.
- Restricción del acceso de los jóvenes al tabaco. Esto se da debido a que el tabaco es una droga legal y no existe el más mínimo control sobre su venta.
- Incremento de aranceles e impuestos en los países que presentan mayor consumo y en los que aún no se ve de una manera excesiva su uso.

La Organización Mundial de la Salud, al identificar los diversos factores propone estrategias para contrarrestar esta epidemia a nivel mundial entre sus medidas está: el aumentar el precio de los cigarrillos, regular o prohibir la publicidad, crear espacios libres de humo de tabaco, prohibir el patrocinio de las empresas tabacaleras en eventos, proporcionar información sobre el daño que produce el consumo de tabaco, entre otros. (Ponce, 2002)

### ➤ **FUMAR Y ANSIEDAD**

(Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JIE, Dahlgren LA, 1986), Estos autores fueron de los primeros en encontrar relación entre ansiedad y fumar. En un estudio realizado con pacientes psiquiátricos, se encontró que en la mayoría de los trastornos las personas que los padecían fumaban significativamente más que en la población general. Así, el porcentaje de fumadores por trastornos era: esquizofrenia 88%; manía 70%; depresión mayor 49%; trastorno de

ansiedad 47%; trastorno de personalidad 46%; y, trastornos de ajuste 45%. Esto implica para muchos trastornos que la prevalencia de fumadores en ellos es el doble o el triple que en la población general. (p. 27)

Posteriormente (Breslau N, Kilbery MM, Andreski P, 1993) confirmaron, a través de una muestra representativa de la población general, la evidente relación entre trastornos de ansiedad y severidad de la dependencia de la nicotina. A partir de aquí, distintos estudios siguen encontrando esta relación. (p. 31)

Así, (Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen, S, Brook JS, 2000) evaluaron en una muestra representativa de jóvenes del estado de Nueva York (N=688) la prevalencia de consumo de tabaco y de distintos trastornos mentales, a los 16 años y, posteriormente, a los 22. En su análisis diferenciaron dos grupos de los que fumaban: los que fumaban de 1 a 19 cigarrillos y los que fumaban 20 o más. No encontraron que los trastornos de ansiedad durante la adolescencia estuvieran asociados con fumar cigarrillos en la adultez. Sí encontraron relación entre fumar 20 o más cigarrillos al día durante la adolescencia y padecer distintos trastornos de ansiedad en la adultez temprana. Así, analizado en odds ratio, encuentran que fumar menos de un paquete, o un paquete o más, en la adolescencia, se relaciona con los siguientes trastornos de ansiedad en la adultez: agorafobia (odds ratio: 6,79; esto es, si hay una persona con agorafobia que fuma de 1 a 19 cigarrillos/ día hay 6,79 personas que fuman 20 o más cigarrillos/ día); trastorno de ansiedad generalizada (odds ratio: 5,53), trastorno de pánico (odds ratio: 15,58), no hallando relación para el trastorno de ansiedad social (odds ratio: 0,44). Todo esto les lleva a concluir que ser un fumador duro durante la adolescencia está asociado con el incremento en el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad en la vida adulta. Por el contrario, el estudio sugiere que los adolescentes con trastornos de ansiedad no tienen un riesgo elevado de convertirse en fumadores crónicos durante su adultez joven. (p. 284).

### **2.3. PLANIFICACIÓN DE TALLERES PSICOEDUCATIVOS PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y PREVENIR EL CONSUMO DE TABACO EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.**

A continuación se detalla el plan de talleres diseñado para reducir los niveles de ansiedad que presentan los estudiantes de la Carrera de Psicología clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo con el objetivo de prevenir el consumo de tabaco.

Los talleres están destinados a la psicoeducación de la población de estudiantes que a través de la investigación realizada los resultados obtenidos indicaron la presencia de ansiedad y un porcentaje mínimo de consumo de tabaco, con fines de reducir la ansiedad y prevenir la dependencia al tabaco.

Para los talleres de intervención se toma de apoyo la Terapia Cognitiva Conductual y las técnicas para reducir la ansiedad de la Psicóloga clínica Elia Roca la misma que trabaja en el Hospital Clínico Universitario Valencia (España), profesora asociada asistencial. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia con la cual plantea las siguientes intervenciones para reducir los niveles de ansiedad dentro de su libro “Como superar el Pánico”: a) Distracción b) Relajación c) auto instrucciones. (Roca, 2002)

De esta misma forma trabajaremos con Elisardo Becoña Iglesias catedrático de Psicología Clínica en la Universidad de Santiago de Compostela. Tiene una amplia experiencia en el campo de la prevención y tratamiento de las conductas adictivas, especialmente en el tabaquismo, autor del programa para dejar de fumar que hace ya 28 años puso en marcha en la USC además en su libro “Manual de adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en formación”, menciona técnicas para prevenir el consumo de tabaco como: a) Estrategias de consejo práctico basado en el entrenamiento en habilidades de solución de problemas. b) Identificar y practicar habilidades de afrontamiento o de solución de problemas,

estas técnicas están basadas desde el enfoque Cognitivo Conductual. (Becoña E. , Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología en formación., 2010)

Los talleres se llevarán a cabo en el lapso de dos meses y quince días, cada taller tendrá una duración de 45 minutos, se realizarán de manera grupal y una vez por semana, los temas de los talleres a tratar se detallan a continuación:

**Tabla 2. Talleres Psicoeducativos.**

TEMA	OBJETIVO	DESARROLLO
<p>1) TALLER DE ANSIEDAD Nro. 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que es la ansiedad</li> <li>- Causa de la ansiedad</li> <li>- Sintomatología de la ansiedad</li> </ul>	<p>Psicoeducar a los estudiantes para que comprendan lo referente a la ansiedad.</p>	<p>El conocimiento básico sobre la ansiedad permitirá entender y trabajar de una mejor manera con los estudiantes ya que entenderán de qué se trata lo que presentan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dinámica de inicio.</li> <li>2. Desarrollo de los temas del taller.</li> <li>3. Ejercicio de cierre (Conclusiones generales).</li> </ol>
<p>2) TALLER DE ANSIEDAD Nro. 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consecuencias de la ansiedad a nivel físico</li> <li>- Consecuencias de la ansiedad a nivel psicológico</li> </ul>	<p>Psicoeducar a los estudiantes para que comprendan lo referente a la ansiedad.</p>	<p>El conocimiento básico sobre la ansiedad permitirá entender y trabajar de una mejor manera con los estudiantes ya que entenderán de qué se trata lo que presentan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dinámica de inicio.</li> <li>2. Desarrollo de los temas del taller.</li> <li>3. Ejercicio de cierre (Conclusiones generales).</li> </ol>
<p>3) TALLER DE ANSIEDAD Nro. 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica de control de ansiedad: Distracción</li> </ul>	<p>Proporcionar estrategias adecuadas para reducir la ansiedad.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dinámica de inicio.</li> <li>2. Desarrollo de la técnica.</li> <li>3. Ejercicio práctico de la técnica.</li> </ol>

<p>4) TALLER DE ANSIEDAD Nro. 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica de control de ansiedad: Relajación</li> </ul>	<p>Proporcionar estrategias adecuadas para reducir la ansiedad.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dinámica de inicio.</li> <li>2. Desarrollo de la técnica.</li> <li>3. Ejercicio práctico de la técnica.</li> </ol>
<p>5) TALLER DE ANSIEDAD Nro. 5:</p> <p>6)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica de control de ansiedad: Autoinstrucciones.</li> </ul>	<p>Proporcionar estrategias adecuadas para reducir la ansiedad.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dinámica de inicio.</li> <li>2. Desarrollo de la técnica.</li> <li>3. Ejercicio práctico de la técnica.</li> </ol>
<p>7) RECAPITULACIÓN DE LOS TEMAS TRATADOS SOBRE LA ANSIEDAD</p>	<p>Reafirmación de los conocimientos adquiridos en los talleres.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dinámica de inicio.</li> <li>2. Reforzamiento de lo aprendido.</li> <li>3. Conclusiones de lo aprendido.</li> </ol>
<p>8) TALLER DE CONSUMO DE TABACO Nro. 1:</p> <p>Que es el consumo de tabaco.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores predisponentes para el consumo de tabaco.</li> </ul>	<p>Psicoeducar a los estudiantes para que comprendan lo referente al consumo de tabaco.</p>	<p>El conocimiento básico sobre el consumo de tabaco permitirá entender y trabajar de una mejor manera con los estudiantes ya que entenderán de qué se trata lo que presentan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dinámica de inicio.</li> <li>2. Desarrollo de los temas del taller.</li> <li>3. Ejercicio de cierre (Conclusiones generales).</li> </ol>
<p>9) TALLER DE CONSUMO DE TABACO Nro. 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consecuencias en la salud por el consumo de tabaco</li> <li>- Consecuencias a nivel psicológico del consumo de tabaco</li> </ul>	<p>Psicoeducar a los estudiantes para que comprendan lo referente al consumo de tabaco.</p>	<p>El conocimiento básico sobre el consumo de tabaco permitirá entender y trabajar de una mejor manera con los estudiantes ya que entenderán de qué se trata lo que presentan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dinámica de inicio.</li> <li>2. Desarrollo de los temas del taller.</li> </ol>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas de prevención para el consumo de tabaco.</li> </ul>		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Ejercicio de cierre (Conclusiones generales).</li> </ol>
<p style="text-align: center;">10) TALLER DE CONSUMO DE TABACO Nro. 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrategias de consejo práctico basado en el Entrenamiento en habilidades de solución de problemas.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Proporcionar estrategias adecuadas para prevenir el consumo de tabaco.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dinámica de inicio</li> <li>2. Reconocer situaciones de peligro: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica eventos, estados internos o actividades que incrementan el riesgo de fumar o recaer.</li> </ul> </li> </ol>
<p style="text-align: center;">11) TALLER DE CONSUMO DE TABACO Nro. 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrategias de consejo práctico basado en el Entrenamiento en habilidades de solución de problemas.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Proporcionar estrategias adecuadas para prevenir el consumo de tabaco.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dinámica de inicio.</li> <li>2. Desarrollar habilidades de afrontamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar y practicar habilidades de afrontamiento o de solución de problemas.</li> <li>- Típicamente, estas habilidades se proponen para afrontar situaciones de peligro.</li> </ul> </li> </ol>
<p style="text-align: center;">12) RECAPITULACIÓN DE LOS TEMAS TRATADOS SOBRE EL CONSUMO DE TABACO</p>	<p style="text-align: center;">Reafirmación de los conocimientos adquiridos en los talleres.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dinámica de inicio.</li> <li>2. Reforzamiento de lo aprendido.</li> <li>3. Conclusiones de todo lo aprendido a lo largo de los talleres.</li> </ol>

**Elaborado por:** Paulo Damián y Lilia Salazar.

## 2.4. HIPÓTESIS

La Ansiedad influye en el consumo de tabaco en un nivel leve en los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo, periodo Abril - Septiembre 2016.

## 2.5. VARIABLES

### 2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Ansiedad

### 2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Consumo de Tabaco

## 2.6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

El siguiente glosario de términos fue basado en el “Diccionario de Psicología” (Consuegra, 2010, págs. 22-268)

- **Cognición.** Valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. / Pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no.
- **Consumo.** Es un fenómeno social ya que puede transformarse en un estilo de vida y cambiar significativamente el modo en que los individuos desarrollan su día a día. El consumo también tiene que ver con el gasto, así como sucede con la energía, con un alimento, con un servicio.
- **Control.** Habilidad para hacer que algo se comporte exactamente como se quiere.  
/Control de contingencias: habilidad para manipular los antecedentes y consecuencias ambientales de una conducta dada a fin de lograr un objetivo conductual específico.  
/Control de estímulos: se dice que hay control de estímulo cuando el estímulo antecedente afecta sistemáticamente a la probabilidad de presentación de la respuesta. Estos estímulos controlantes se conocen como estímulos discriminativos.

- **Consciente.** (Psicoan.) Es uno de los tres estratos del aparato psíquico, desde el punto de vista topográfico. Es lo que conocemos espontáneamente en vigilia; lo captado por nuestra percepción, conciencia, que nos proporciona una vivencia inmediata del yo y del mundo.
- **Cultura.** Formas de vida de cualquier sociedad. La cultura real está formada por la suma total de las formas de conducta que comparten y que han tenido que aprender los miembros de una sociedad.
- **Inconsciente.** (Psicoan.) Corresponde al estrato virtual más profundo del aparato anímico. Sus contenidos no llegan directamente a la conciencia. Se sabe de su existencia por inferencia, es decir, a través de sus manifestaciones. Las manifestaciones básicas de los derivados de lo inconsciente son los lapsus, los actos fallidos (parapraxias), los chistes, los sueños, la creación artística, los mitos, los cuentos infantiles y en su forma.
- **Nicotina:** La nicotina es un compuesto orgánico, del tipo alcaloide, que se puede hallar en las plantas de tabaco con una importante concentración en sus hojas.
- **Tabaco.** Es un producto vegetal que se obtiene de la planta conocida como Nicotina (con numerosas diferentes especies) siendo además el elemento principal y central de los cigarrillos de tabaco, los más populares y consumidos.
- **Test:** Técnica de investigación, análisis y estudio que permite apreciar una característica psicológica o el conjunto de la personalidad de un individuo.

**CAPÍTULO III**

**MARCO**

**METODOLÓGICO**

### 3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

**Cuantitativo:** Para la investigación se realizó un estudio estadístico de la variable independiente Ansiedad y la variable dependiente Consumo de Tabaco, a través de la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS) y el Test de Fagestrom de Dependencia a la Nicotina (FTND); ya que mediante el diseño de investigación cuantitativo se realiza un análisis objetivo, buscando medidas precisas de cada una de las variables.

**No experimental:** Se utilizó este diseño de investigación para identificar el problema de la Ansiedad y el Consumo de Tabaco en su contexto natural, para ser analizada con posterioridad, a su vez no se manipulo deliberadamente las variables.

### 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

**De campo:** La investigación se realizó en la Universidad Nacional de Chimborazo, esta investigación se centrará en hacer el estudio donde el fenómeno se da de manera natural, de este modo se buscará conseguir de la forma más real posible el manifiesto de dicho fenómeno.

**Transversal:** La investigación mide la Ansiedad y Consumo de Tabaco en los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo, en un momento temporal, con un periodo de seis meses, de Abril - Septiembre 2016.

### 3.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

**Descriptiva:** Se utilizó mencionado nivel de investigación debido a que, en la presente investigación se describió cada una de las variables que conformaron el fenómeno de estudio.

### 3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.4.1. POBLACIÓN

Esta investigación se efectuará en estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo, con una población de 277 estudiantes, que accedieron a la aplicación de los reactivos psicológicos utilizados para la presente investigación.

### **3.4.2. MUESTRA**

La muestra es de tipo no probabilística, ya que no existió la aplicación de una fórmula estadística. Se consideró como muestra 65 estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo, los que presentan test válidos de la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS) y el Test de Fagestrom de Dependencia a la Nicotina (FTND).

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

##### **Criterios de Inclusión:**

- Se incluyó a los estudiantes de primero a octavo semestre de la Carrera.
- Se incluyó a los estudiantes que cumplen con las escalas de validez de la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS) y el Test de Fagestrom de Dependencia a la Nicotina (FTND).

##### **Criterios de Exclusión:**

- Estudiantes de noveno y décimo semestre de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo, debido a que se encuentran cursando por las prácticas pre profesionales.
- Se excluyó a los estudiantes que no cumplen con las escalas de Hamilton para la Ansiedad y el Test de Fagestrom de Dependencia a la Nicotina.

### **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se recopiló los datos para la investigación primero con el apoyo de la Universidad Nacional de Chimborazo y posteriormente con la aplicación de los reactivos psicológicos en el lapso de 3 meses, de Mayo a Julio; aplicados a los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo.

#### **3.5.1. TÉCNICA**

**Reactivo psicológico:** Es un instrumento experimental que tiene por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales. En nuestra investigación

aplicaremos instrumentos como la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS) con la finalidad de conocer los Niveles de Ansiedad y el Test de Fagestrom de Dependencia a la Nicotina (FTND) con la finalidad de conocer los niveles de dependencia a la Nicotina.

### **3.5.2. INSTRUMENTOS**

#### **a) Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS) (Anexo 1)**

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1.959. Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítems una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a **ansiedad psíquica** (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a **ansiedad somática** (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) (8).

Como los efectos de la medicación pueden tener diferente intensidad sobre los síntomas psíquicos y somáticos, es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma, resultando útil la puntuación de las subescalas.

Fiabilidad: Muestra una buena consistencia interna (7) (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ( $r = 0,74 - 0,96$ ). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ( $r = 0,96$ ) y aceptable estabilidad después de un año ( $r = 0,64$ ).

Validez: La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi18, 19 ( $r = 0,63 - 0,75$ ) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 ( $r = 0,56$ ).

Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton21, 22 ( $r = 0,62 - 0,73$ ).

Es sensible al cambio tras el tratamiento (7).

#### **b) Test de Fagerstrom de Dependencia a la Nicotina (FTND) (Anexo 2)**

El Test de Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) fue elaborada por Fagerstrom & Schneider. La versión actualizada (1991), mejora las propiedades psicométricas de la original (1978) y reduce los ítems a 6. Adaptación española: Becoña, E., Gómez-Durán, B., Álvarez-Soto, E. y García, M. (1992). Evalúa la dependencia fisiológica de nicotina. Apto para jóvenes y adultos.

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.

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.

Momento de aplicación: evaluación pre-tratamiento.

### **3.6. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

La información obtenida a través de la aplicación Escala de Hamilton para la Ansiedad, que tiene como objetivo identificar grados de ansiedad y el Test de Fagestrom de Dependencia a la Nicotina, para identificar niveles de dependencia al Consumo de Tabaco en los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo, se realizó por medio de la estadística básica por medio del programa Microsoft Excel. Los resultados obtenidos se representaron mediante cuadros y gráficos estadísticos para poder emitir las respectivas conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación

**CAPÍTULO IV**

**ANÁLISIS E**

**INTERPRETACIÓN DE**

**RESULTADOS**

**4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD EN LA POBLACIÓN TOTAL DE ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.**

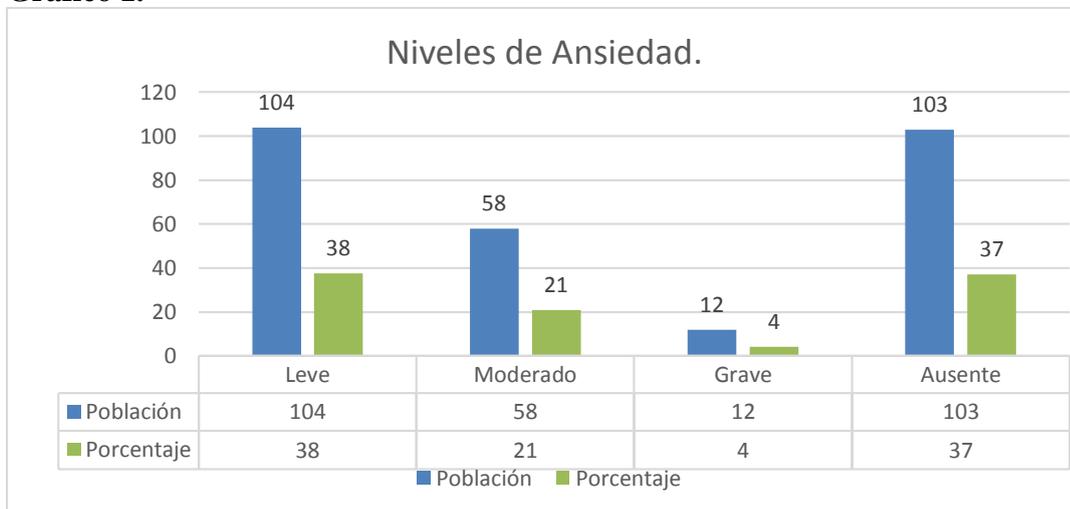
**Tabla 1. ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (HARS)**

Niveles de ansiedad	Población	Porcentaje
Leve	104	38%
Moderado	58	21%
Grave	12	4%
Ausente	103	37%
<b>Total</b>	<b>277</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escala de Hamilton para la Ansiedad aplicado a los estudiantes de primero a octavo, de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo.

**Elaborado por:** Paulo Damián y Lilia Salazar.

**Gráfico 1.**



**Fuente:** Escala de Hamilton para la Ansiedad aplicado a los estudiantes de primero a octavo, de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo.

**Elaborado por:** Paulo Damián y Lilia Salazar.

## **ANÁLISIS.**

Posterior a la aplicación de la Escala de Hamilton para la Ansiedad a la población seleccionada de 277 estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo (representando el 100%), se obtuvieron los siguientes resultados:

104 estudiantes (representando el 38%) que se encuentran en un nivel leve de ansiedad.

58 estudiantes (representando el 21%) de la población se ubican en el rango del nivel Moderado de Ansiedad.

12 Estudiantes (representando el 4%) de la población se ubica en el rango del nivel Grave de Ansiedad.

Mientras que 103 estudiantes (representando el 37%) de la población, no presenta ningún Nivel de Ansiedad siendo la población de estudio 174 estudiantes que se ubican en el nivel Leve, Moderado y Grave de la Escala de Hamilton de la Ansiedad, convirtiéndose estos en el 100% de la población que presenta ansiedad.

Mientras que 103 estudiantes (representando el 37%) de la población, no presenta ningún Nivel de Ansiedad.

## **INTERPRETACIÓN.**

En los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica se encontró fue que existe ansiedad la misma que, (Tobal, Tratado de Psicología General. Motivación y Emoción , 1990) propone que “la ansiedad es una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos

Dentro de los estudiantes se pudo diferenciar diferentes niveles de ansiedad por lo que Hamilton desarrolló la escala para ser usado con pacientes ya sabe que sufren de neurosis de angustia, no para ser utilizado como un medio de diagnóstico de la ansiedad en pacientes con

otros trastornos. Aunque Hamilton desarrolló la escala como una puntuación de gravedad, utilizó su escala para diferenciar "la ansiedad como un estado de ánimo patológico" de un "estado (o la neurosis)." (Newell & McDowell, 2006)

**4.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR LA ESCALA DE HAMILTON PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE ANSIEDAD EN LA POBLACIÓN TOTAL DE ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.**

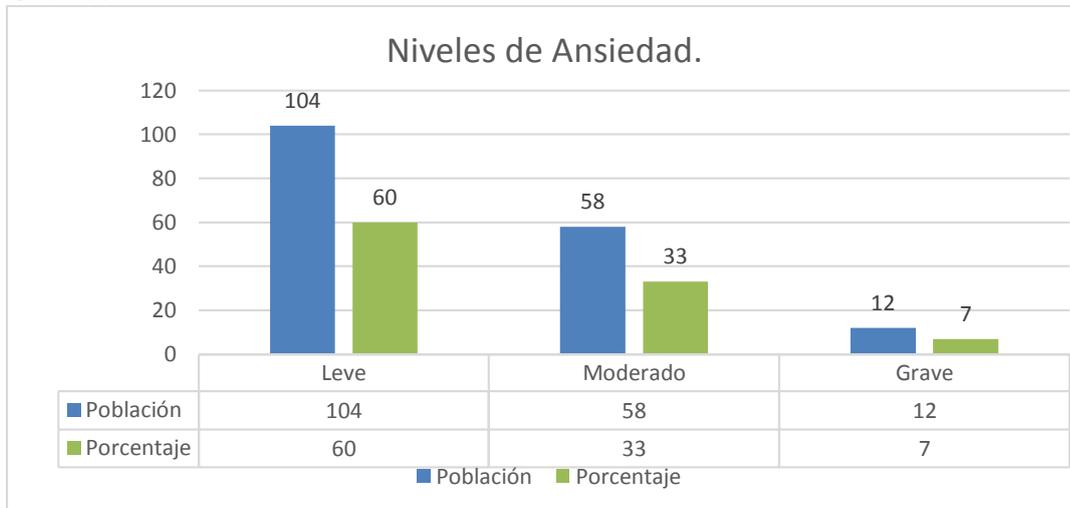
**Tabla 3. ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (HARS)**

Niveles de ansiedad	Población	Porcentaje
Leve	104	60%
Moderado	58	33%
Grave	12	7%
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escala de Hamilton para la Ansiedad aplicado a los estudiantes de primero a octavo, de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo.

**Elaborado por:** Paulo Damián y Lilia Salazar.

**Gráfico 2**



**Fuente:** Escala de Hamilton para la Ansiedad aplicado a los estudiantes de primero a octavo, de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo.

**Elaborado por:** Paulo Damián y Lilia Salazar.

## **ANÁLISIS.**

De la población de 277 estudiantes en los que se aplicó la Escala de Hamilton para determinar la presencia de Ansiedad se encontró que 174 estudiantes presentan ansiedad, encontrándose los siguientes resultados:

104 estudiantes presentaron un nivel leve de ansiedad los mismos que representan el 60%.

58 estudiantes presentaron un nivel moderado de ansiedad los mismos que representan el 33%.

12 estudiantes presentaron un nivel grave de ansiedad los mismos que representan el 7%.

La población de estudio son 174 estudiantes en los que se determinó la presencia de ansiedad en los siguientes niveles: Leve, Moderado y Grave, convirtiéndose estos en el 100% de la población que presenta ansiedad.

## **INTERPRETACIÓN.**

Dentro de población lo que más prevalece es la ansiedad en nivel leve la misma que presenta los siguientes síntomas (preocupación, inquietud, aprensión, entre otras) llamado ansiedad cognitiva, y un componente de ansiedad somática, que constituye el grado de activación física percibida (Arjona, 2006).

**4.3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR EL TEST DE FAGESTROM DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN LA POBLACIÓN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.**

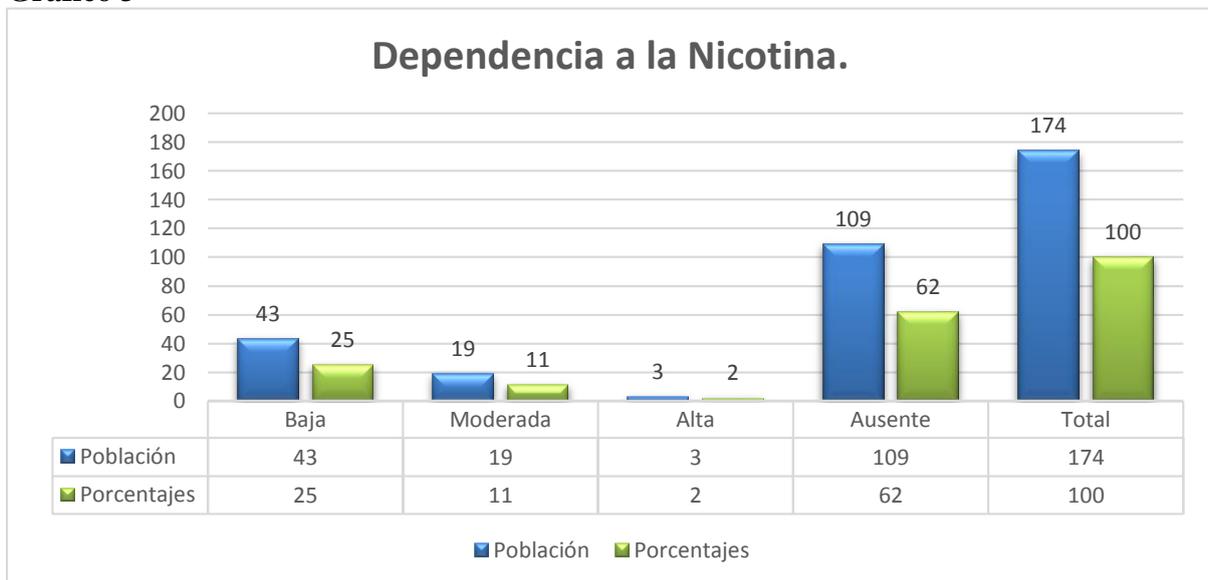
**Tabla 4. TEST DE FAGESTROM DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA (FTND).**

<b>Dependencia de Nicotina.</b>	<b>Población</b>	<b>Porcentaje</b>
Baja	43	25%
Moderada	19	11%
Alta	3	2%
Ausente	109	62%
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test de Fagestrom de Dependencia a la Nicotina aplicado a los estudiantes de primero a octavo, de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo

**Elaborado por:** Paulo Damián y Lilia Salazar.

**Gráfico 3**



**Fuente:** Test de Fagestrom de Dependencia a la Nicotina aplicado a los estudiantes de primero a octavo, de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo.

**Elaborado por:** Paulo Damián y Lilia Salazar.

## **ANÁLISIS.**

Posterior a la aplicación del Test de Fagestrom de Dependencia a la Nicotina a los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo, y su respectiva calificación, los resultados del Test demostraron que:

De 174 estudiantes que representa el 100% de la población, 43 de ellos representan al 25% que se encuentra en el nivel de Dependencia Baja; 19 estudiantes que representan al 11% pertenecen al nivel de Dependencia Moderada; 3 estudiantes que representan al 2% pertenecen al nivel de Dependencia Alta, el último grupo de 109 estudiantes representan el 62% no presentan ningún nivel de Dependencia a la Nicotina.

De los 174 estudiantes se determinó que 65 presentan dependencia a la nicotina en los siguientes niveles: bajo, moderado y grave, los mismos que se convierten en el 100% de la muestra.

## **INTERPRETACIÓN**

En la población de estudio se demuestra que existen estudiantes que consumen tabaco por lo que Organización Mundial de la Salud, 2013 dice que el consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar. (Organización Mundial de la Salud, 2013).

**4.4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE NICOTINA EN LA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.**

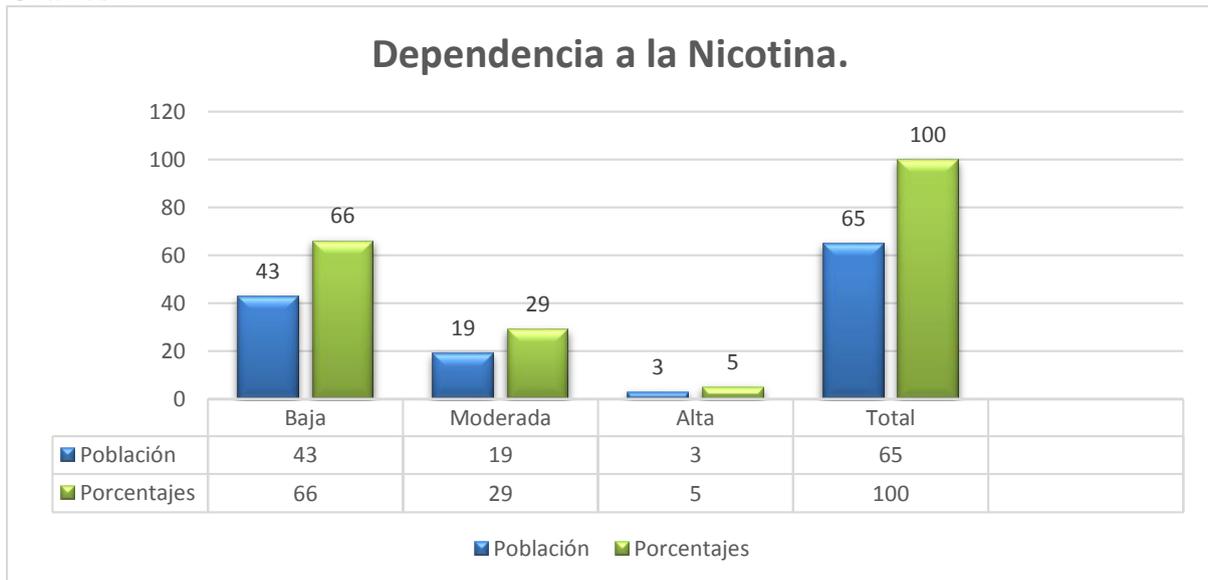
**Tabla 5. TEST DE FAGESTROM DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA (FTND).**

<b>Dependencia de Nicotina.</b>	<b>Población</b>	<b>Porcentaje</b>
Baja	43	66%
Moderada	19	29%
Alta	3	5%
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test de Fagestrom de Dependencia a la Nicotina aplicado a los estudiantes de primero a octavo, de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo

**Elaborado por:** Paulo Damián y Lilia Salazar.

**Gráfico 4**



**Fuente:** Test de Fagestrom de Dependencia a la Nicotina aplicado a los estudiantes de primero a octavo, de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo.

**Elaborado por:** Paulo Damián y Lilia Salazar.

## **ANÁLISIS.**

De la muestra de 65 estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo en los que determinó la presencia de dependencia a la Nicotina y su respectiva calificación, los resultados obtenidos son los siguientes:

43 estudiantes que representan el 66% se encuentra en un nivel de Dependencia Baja; 19 estudiantes que representan el 29% se encuentran en un nivel de Dependencia Moderada y 3 estudiantes que representan el 5% se encuentran en un nivel de Dependencia Alta.

## **INTERPRETACIÓN**

En la población de estudiantes que consumen tabaco se comprueba que los estudiantes tienen un bajo consumo por lo que Cortés y otros, 2005 manifiesta que está relacionada con la conducta, formadas por creencias y por las consecuencias atribuidas a las conductas en cuestión (beneficios y barreras), la química cerebral está alterada, esto se manifiesta en episodios de consumo descontrolado del tabaco que pueden no ser tan severos y frecuentes, pero son evidencia de la instalación del desorden bioquímico cerebral, aun así la relación que la persona ha desarrollado con el sustrato de su uso, lo motiva a continuar usando, debido al refuerzo psicológico que el consumo de la sustancia o la práctica de la conducta, tiene sobre su comportamiento. Ya existe el pensamiento adictivo y comienza a manifestarse como una preocupación con el uso. Puede haber deseos automáticos y ya la persona comienza a invertir tiempo no programado en actividades relacionadas con el uso.( p. 36-44).

**4.5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE ANSIEDAD EN LA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.**

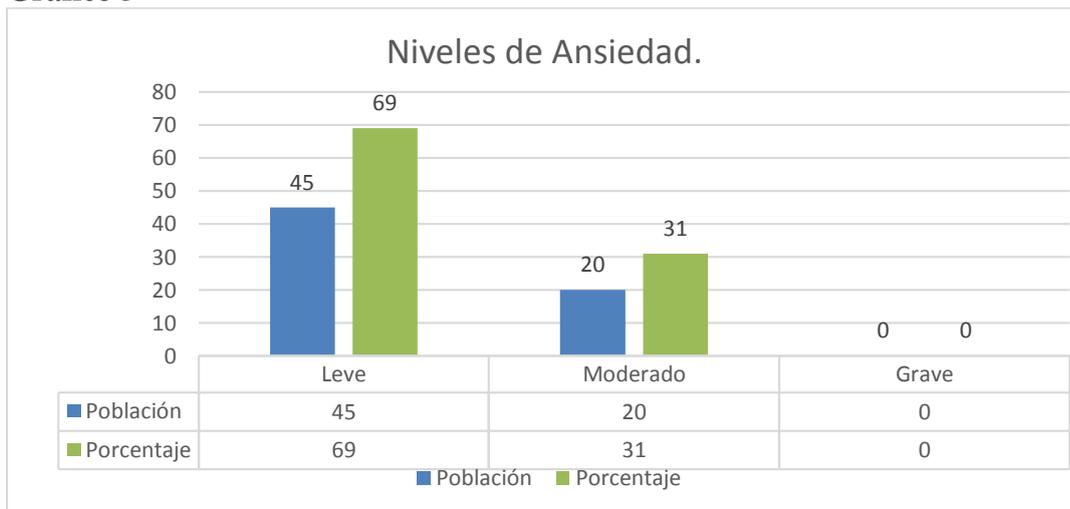
**Tabla 6. ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (HARS)**

Niveles de ansiedad	Población	Porcentaje
Leve	45	69%
Moderado	20	31%
Grave	0	0%
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escala de Hamilton para la Ansiedad aplicado a los estudiantes de primero a octavo, de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo.

**Elaborado por:** Paulo Damián y Lilia Salazar.

**Gráfico 5**



**Fuente:** Escala de Hamilton para la Ansiedad aplicado a los estudiantes de primero a octavo, de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo.

**Elaborado por:** Paulo Damián y Lilia Salazar.

## **ANÁLISIS.**

De la muestra de 65 estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo en los que determinó la presencia de Ansiedad y dependencia a la Nicotina, luego de la respectiva calificación, los resultados obtenidos son los siguientes:

45 estudiantes que representan el 69% se encuentra en un nivel de ansiedad leve; 20 estudiantes que representan el 31% se encuentran en un nivel de ansiedad Moderada y 0 estudiantes que representan el 0% se encuentran en un nivel de ansiedad grave.

## **INTERPRETACIÓN**

Una vez realizado la calificación correspondiente del test de hamilton los resultados fueron que los estudiantes de la Universidad Nacional de Chimborazo de la Carrera de psicología Clínica que consumen tabaco presentan una prevalencia de ansiedad leve lo que nos quiere decir que cuando una persona siente ansiedad, lo que más recalca de tal experiencia es esa sensación de intenso malestar (miedo, terror, angustia) y los síntomas fisiológicos que está experimentando como por ejemplo sudoración, tensión muscular, palpitaciones, temblor, entre otros. Por este motivo, se le suele dar una mayor importancia a estos síntomas y no se tiene muy en cuenta el pensamiento. Sin embargo, el pensamiento juega un papel central en la aparición de la ansiedad. Aunque la gente no suele tener muy en cuenta su pensamiento y en muchos casos ni siquiera es consciente de lo que pasa por su mente, cuando les preguntamos, vemos que su cabeza está llena de imágenes y pensamientos amenazadores (Muñoz, Qué es la ansiedad y por qué se produce, 2012)

**4.6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA RELACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL APLICAR EL TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON Y EL TEST DE FAGESTROM A LA MUESTRA DE LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO PERÍODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2016.**

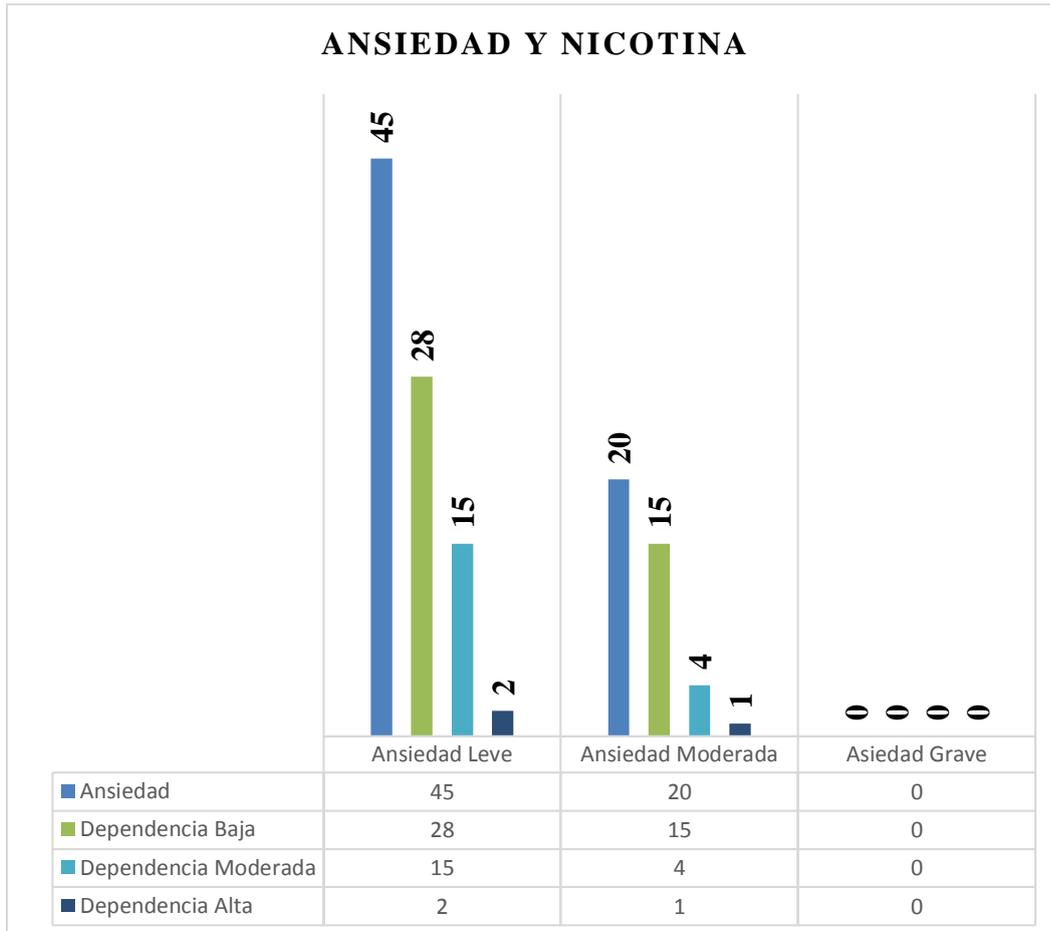
**Tabla 7. Niveles de Ansiedad y Niveles de Dependencia a la Nicotina**

<b>Escala de Hamilton para la Ansiedad.</b>	<b>Muestra</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Test de Fagestrom de Dependencia la Nicotina</b>	<b>Muestra</b>	<b>Porcentaje</b>
Ansiedad Leve	45	69%	Dependencia Baja	28	43%
			Dependencia Moderada	15	23%
			Dependencia Alta	2	3%
Ansiedad Moderada	20	31%	Dependencia Baja	15	23%
			Dependencia Moderada	4	6%
			Dependencia Alta	1	2%
Ansiedad Grave	0	0%	Dependencia Baja	0	0%
			Dependencia Moderada	0	0%
			Dependencia Alta	0	0%
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>		<b>65</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escala de Hamilton para la Ansiedad, Test de Fagestrom de Dependencia a la Nicotina aplicado a los estudiantes de primero a octavo, de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo.

**Elaboración:** Paulo Damián y Lilia Salazar.

**Gráfico 6**



**Fuente:** Escala de Hamilton para la Ansiedad, Test de Fagestrom de Dependencia a la Nicotina aplicado a los estudiantes de primero a octavo, de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo.  
**Elaborado por:** Paulo Damián y Lilia Salazar.

## ANÁLISIS

Posterior a realizar la relación de la Escala de Ansiedad de Hamilton y el test de Dependencia a la Nicotina Fagestrom, obtenemos 65 estudiantes que representan el 100% de la muestra estudiada, dentro de la misma asociamos los niveles de Ansiedad con los niveles de Dependencia a la Nicotina, por lo tanto los resultados fueron: 45 estudiantes que representan el 69% de la muestra presentan un nivel de Ansiedad Leve. 28 estudiantes que representan el 43% de la muestra presentan Dependencia a la Nicotina Baja. 15 estudiantes que representan el 23% presentan Dependencia a la Nicotina Moderado. Además 2 estudiantes que representa el 3% presentan Dependencia a la Nicotina.

Dentro del nivel de Ansiedad Moderado tenemos a 20 estudiantes que representa el 31% de los cuales 15 estudiantes que representa el 23% presentan Dependencia a la Nicotina Baja, 4 estudiantes que representan el 6% presenta Dependencia a la Nicotina Moderado, 1 estudiantes que representa el 2% presenta Dependencia a la Nicotina Alta

Dentro del nivel de Ansiedad Grave tenemos a 0 estudiantes que representa el 0% de los cuales 0 estudiantes que representa el 0% presentan Dependencia a la Nicotina Baja, 0 estudiantes que representan el 0% presenta Dependencia a la Nicotina Moderado, 0 estudiantes que representa el 0% presenta Dependencia a la Nicotina Alta.

Los 174 estudiantes los mismos que son el 100% de la población con ansiedad tan solo 65 estudiantes que representan el 37% presenta consumo de tabaco, lo que nos quiere decir que si existe una relación mínimamente significativa entre la ansiedad y el consumo de tabaco, por lo que se puede evidenciar que la ansiedad no influye directamente en el consumo de tabaco de los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica.

## **INTERPRETACIÓN**

Al realizar la asociación de la ansiedad y el consumo de tabaco podemos observar que no existe una relación significativa por los que 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. Sáez (2013).

Parrot (1999), por su parte, encontró resultados con respecto a la reducción del estrés en personas que han dejado de fumar. Al principio se incrementará su estrés y pueden pasar por episodios de alta ansiedad, pero a medida que pasa el tiempo su nivel de estrés decaerá y consigo, su nivel de ansiedad. Además, sugiere que la dependencia de la nicotina es causante de estrés en los fumadores dependientes. Con relación a ello, Breslau et al. (1991) “demostró que la asociación entre trastornos de ansiedad y tabaquismo solo era visible en fumadores con dependencia de nicotina”.

**CAPÍTULO V**

**CONCLUSIONES Y**

**RECOMENDACIONES**

## 5.1. CONCLUSIONES

Una vez terminada la presente investigación se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Después de aplicar la Escala de Hamilton para la Ansiedad, se encontró los siguientes niveles de Ansiedad en la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo: el 38% obtuvo Ansiedad Leve, el 21% obtuvo Moderado, el 4% obtuvo Grave, el 37% obtuvo Ausencia de Ansiedad. El nivel Leve de Ansiedad es prevalente en los estudiantes evaluados con el 38%.
- Al aplicar el Test de Fagestrom de Dependencia a la Nicotina se obtuvo que: el 25% obtuvo Dependencia Baja, el 11% obtuvo Dependencia Moderada, el 2% obtuvo Dependencia Alta y el 62% obtuvo ausencia en Dependencia. Es decir la ausencia de Dependencia es prevalente en los estudiantes con 62%.
- Dentro de la población investigada existen estudiantes con ansiedad y dependencia al consumo de tabaco, los que presentan ansiedad leve son el 60% de estudiantes y el 4% con dependencia a la nicotina, por otra parte están los estudiantes que presentan Ansiedad Moderada y representan el 33% y el 11% de estos estudiantes presenta dependencia a la nicotina, y finalmente están los estudiantes que presentan ansiedad grave que representan el 7% y de estos solo el 2% presenta dependencia a la nicotina. Por lo tanto los estudiantes que tienen ansiedad son 174 que representan el 100% de la población y los que presentan consumo de tabaco son 65 que representa el 37% lo que nos quiere decir que no existe una relación significativa entre ansiedad y consumo de tabaco.
- Luego de realizar la investigación y obtener los resultados se planificó talleres psicoeducativos para reducir la ansiedad y prevenir el consumo de tabaco basándonos en la Terapia Cognitiva Conductual y las técnicas para reducir la

ansiedad y prevención del Consumo de Tabaco de autores como: la Psicóloga clínica Elia Roca y Elisardo Becoña Iglesias.

## 5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las autoridades de la Carrera de Psicología Clínica trabajen con los estudiantes que padecen ansiedad leve para que de esta manera puedan combatir a diario la sintomatología.
- Es importante concientizar a los estudiantes que consumen tabaco, acerca de su labor a futuro, los mismos que están formándose para trabajar con seres humanos que quizá presenten alguna de estas problemáticas.
- Se recomienda realizar otros estudios para profundizar estas problemáticas y comprobar si el Consumo de Tabaco se debe a otras causas psicosociales no exploradas en la Universidad Nacional de Chimborazo.
- Aplicar los talleres psicoeducativos planificados dentro de las aulas de clase para disminuir y prevenir para los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo.

# **BIBLIOGRAFÍA**

- Alianza Anti Tabaco. (1 de Junio de 2016). *Alianza anti tabaco*. Obtenido de Tabaco y Salud:  
<http://alianzaantitabaco-ecuador.org/341/tabaco-y-salud/>
- American psychological Association. (2010). Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz.
- ANMM, B. d. (2013). El trastorno de ansiedad generalizada. *Facultad de Medicina (México)*, 26(4).
- Arjona, S. (2006). La ansiedad en el deporte. *Lecturas. Educación física y deportes*, 95(23).
- Becoña. (2006). *Tabaco: Prevención y Tratamiento*. España: PIRAMIDE.
- Becoña Iglesias, E. (2000). Estadios de cambio en la conducta de fumar: Su relevancia en el tratamiento de fumadores. *Unidad de Tabaquismo. Universidad de Santiago de Compostela*, 2(2), 106-112.
- Becoña, E. (2010). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña, E., & Míguez, C. (2004). *Ansiedad y consumo de tabaco en niños y Adolescentes*. Obtenido de file:///D:/USUARIO/Downloads/407-790-1-SM%20(1).pdf
- Becoña, E., & Vázquez, F. (1997). La evaluación de la conducta de fumar. *Psicología Conductal*, 5(3), 345-364.
- Behn Theune, V., CRUZ PEDREROS, M., HUIQUIÁN SILVA, J., NAVEAS GONZÁLEZ, R., & SOTOMAYOR LEÓN, H. (2013). Motivaciones de no fumadores. *Ciencia y enfermería*, 9(1).
- Bello, S., Soto, M., Michalland, S., & Salinas, J. (2004). Encuesta nacional de de tabaquismo. *Médica de Chile*, 132(2).

- Caballo, V. E., & Simón, M. A. (2002). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: Trastornos Específicos*. Madrid-España : Piramide.
- CILA, C. I. (2008- 2011). *Plan Nacional de Prevención y Control de Tabaquismo*. Obtenido de [http://apps.who.int/fctc/reporting/Ecuador\\_annex1\\_national\\_action\\_plan2008.pdf](http://apps.who.int/fctc/reporting/Ecuador_annex1_national_action_plan2008.pdf)
- Clinica de la ansiedad. (20 de Mayo de 2016). *Causas de la ansiedad: origen y mantenimiento*. Obtenido de <https://clinicadeansiedad.com/problemas/introduccion/causas-de-la-ansiedad-origen-y-mantenimiento/>
- Comercio, D. e. (2013). *Tabaquismo en el Ecuador*. Obtenido de <https://christellstef.wordpress.com/2013/12/08/tabaquismo-en-ecuador/>
- Comercio, E. (2011). *Adolescentes fuman más que adultos*. Obtenido de <http://www.elcomercio.com/tendencias/adolescentes-fuman-mas-adultos.html>
- Consuegra, A. (2010). *Diccionario de Psicología* (2a ed., Vol. 2a). Bogotá, Colombia: A. Acosta Quintero Ed.
- Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A., & Rodríguez, A. (2005). Haikal, A., Polanía, A., & RAutoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas, 1*(2), 183-194.
- Cortés, M. S. (2005). Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. . *Gaceta sanitaria* , 36-44.
- Cortés, M., Schiaffino, A., Martí, M., & Fernández, E. (2005). Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta sanitaria, 19*(1), 36-44.
- Díaz, R. (2015). El tabaquismo y su prevención educativa en la . *Ciencias Médicas*, 2-3.
- Escudero, J. (2015). Percepción del consumo del cigarrillo en los jóvenes. Chile .

- Fernández, E., Río, G., & Fernández, A. (2007). Propiedades psicométricas de la versión española del Inventario de Ansiedad Competitiva CSAI-2R en deportistas. *Psicothema*, 19(1), 150-155.
- Fleites González, G., & Fleites Batista, J. G. (1989). . Tabaco y tabaquismo: historia y connotación socioeconómica y biológica. *Rev. cuba. hig. epidemiol.* 27(3), 261-71.
- French, M. (03 de Julio de 2013). Ansiedad: Factores Biológicos y Tratamiento. *Suit 101*, 2.
- García, M. (2013). *Ansiedad y Consumo de Tabaco*. Obtenido de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8330/1/Garc%C3%ADa%20Morales,%20Marcelo%20Sebasti%C3%A1n.pdf>
- Gjerris A, B. P. (Mayo de 1983). *PubMed*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6222096>
- Gonzalez Henriquez, L., & Berger Vila, K. (2002). CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES: FACTORES. *Ciencia y enfermería*, 8(2).
- INEC. (2013). Influencia del tabaco en las personas y sus consecuencias negativas en la salud . *Analisis revista Coyuntural*.
- Jacome, P. (2013). *En Ecuador, 4.000 personas mueren al año por consumir cigarrillo*. Obtenido de <http://www.andes.info.ec/es/actualidad/ecuador-4000-personas-mueren-ano-consumir-cigarrillo.html>
- LLanos, K. (septiembre de 2007). *Aproximación a los trastornos de Ansiedad y Trastornos de Ansiedad Generalizada*. Obtenido de Sociedad Chilena de Salud Mental: [http://www.schilesaludmental.cl/2007\\_saval\\_vina\\_7\\_sep/01\\_Dra.\\_Llanos.pdf](http://www.schilesaludmental.cl/2007_saval_vina_7_sep/01_Dra._Llanos.pdf)
- Martín, E. (2009). *Ansiedad . (e. e. Revisado por Dr. Pablo Rivas, Editor)*. Obtenido de <http://www.webconsultas.com/ansiedad/causas-de-laansiedad-399>

- Med, B. J. (1959). Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13638508>
- Miguel-Tobal y Cano-Vindel, A. (1995). *Ansiedad y Estrés*. Obtenido de TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE UN CASO DE TRASTORNO.: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/trat/Tratamiento\\_cognitivo-conductual\\_caso\\_trastorno\\_ansiedad\\_generalizada.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/trat/Tratamiento_cognitivo-conductual_caso_trastorno_ansiedad_generalizada.pdf)
- Miguel-Tobal, J. J. (1990). *La Ansiedad*. Madrid: En J. Mayor y J.I. Pinillos (Eds.).
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (2002). Emoción y clínica: psicopatología de las emociones. Emotion and clinical practice: psychopathology of emotions), in F. Palmero, EG Fernández-Abascal, F. Martínez and M. Cholíz (eds). *Psicología de la motivación y la emoción*, 571-81.
- Ministerio de salud y consumo. (2006). Guía de practica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. En M. d. consumo. Madrid.
- MSP. (2013). *Efectos del Consumo de Tabaco*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/efectos-del-consumo-de-tabaco/>
- Muñoz, A. (8 de Mayo de 2012). *Qué es la ansiedad y por qué se produce*. Obtenido de <http://motivación.about.com/od/ansiedad/a/Que-es-la-ansiedad-y-porque-seproduce.htm>
- Muñoz, A. (15 de Abril de 2013). *Los síntomas de ansiedad*. Obtenido de <http://motivacion.about.com/od/ansiedad/a/Los-DeAsiedad.htm>
- National Institute on Drug Abuse. (26 de Mayo de 2016). *Adicción al tabaco*. Obtenido de El tabaquismo y los adolescentes: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/el-tabaquismo-y-los-adolescentes>
- Newell, & McDowell. (2006). *Ansiedad*. Obtenido de [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(98\)00150-5/references](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(98)00150-5/references)

OMS. (2016). Tabaquismo.

Ponce, E. (2002). La epidemia de tabaquismo. *Epidemiología*,

Roca, E. (2002). *Técnicas pra reducir la Ansiedad*. Valencia: copyright.

Ruiz, R. S. (2006). Catástrofe, víctimas y trastornos: Hacia una definición en psicología. *Anales de psicología*. 22(1), 11-21.

Sáez, P. (2013). *Comparación de los niveles de ansiedad y consumo de tabaco en jóvenes universitarios*. Obtenido de <http://www.psicologiacientifica.com/niveles-de-ansiedad-consumo-tabaco-jovenes-universitarios/>

Salud, Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. (2016). *Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles*. Recuperado el 01 de 06 de 2016, de <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/tabaco>

Salud, O. M. (2004). *Salud Mental*. Obtenido de [http://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)

Salud, O. P. (2007). *Informe sobre la situación Mundial de las enfermedades no transmitibles 2010*. Obtenido de [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf)

Sánchez, P., & Lisanti, N. (2003). Prevalencia de tabaquismo y actitud hacia ese hábito entre médicos del Azuay, Ecuador. *Panam Salud Publica*, 14(1), 25-30.

Sánchez-Hernández, C., & Pillon, S. (2011). Tabaquismo entre universitarios: caracterización del uso en la visión de los estudiantes. *Latino-Am. Enfermagem*.

Sandín, & Chorot. (1996). Ansiedad y pH. Relaciones entre ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 667-681.

- Saura, J., Rodríguez, A., Fernández, M., López, L., Domenech, D., & Esteban, C. (2010). Saura RodríguezFernánde., López, L. J. G., D. Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema*, 22(3), 376-381.
- SEPAR. (2002). *Manual de tabaquismo* (2da ed.). Madrid.
- Tobal, M. (1990). *Tratado de Psicología General. Motivación y Emoción* . Madrid- Alambra Universidad: En J. Mayor y J.I. Pinillos .
- Tobal, M. (1996). *La Ansiedad. Guías prácticas. Psicología y bienestar*. . Madrid: Aguilar.
- Virues, R. (2005). Estudio sobre Ansiedad. *Psicología Científica.com*, 9,10.
- Vrsalovic Mihoevic, D., & Kirschbaum Kasten, A. (1991). Conocimientos, opiniones y hábito de fumar en profesores. *Cadernos de Saúde Pública*, 3(7).
- W1, Maier; R, Buller; M, Philipp; I., Heuser. (1988). *The Hamilton Anxiety Scale*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2963053>

# **ANEXOS**

ANEXO # 1

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

		0	1	2	3	4
1	<b>Estado ansioso:</b> Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	<input type="radio"/>				
2	<b>Tensión:</b> Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	<input type="radio"/>				
3	<b>Miedos:</b> A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	<input type="radio"/>				
4	<b>Insomnio:</b> Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	<input type="radio"/>				
5	<b>Funciones Intelectuales (Cognitivas):</b> Dificultad de concentración. Falta de memoria.	<input type="radio"/>				
6	<b>Estado de ánimo depresivo:</b> Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>				
7	<b>Síntomas somáticos musculares:</b> Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	<input type="radio"/>				
8	<b>Síntomas somáticos generales:</b> Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas ( pinchazos u hormigueos ).	<input type="radio"/>				
9	<b>Síntomas cardiovasculares:</b> Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	<input type="radio"/>				

10	<b>Síntomas respiratorios:</b> Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	<input type="radio"/>				
11	<b>Síntomas gastrointestinales:</b> Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	<input type="radio"/>				
12	<b>Síntomas genitourinarios:</b> Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	<input type="radio"/>				
13	<b>Síntomas del sistema nervioso autónomo:</b> Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.	<input type="radio"/>				
14	<b>Conducta en el transcurso del test:</b> Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.	<input type="radio"/>				

ANEXO # 2

**TEST DE FAGESTROM.**

**¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?**

Menos de 5 minutos...3 puntos.

De 6 a 30 minutos... 2.

De 31 a 60 minutos...1.

Después de 60 minutos...0.

**¿Tiene problemas para fumar en lugares prohibidos?**

Sí...1 punto.

No...0.

**¿Qué cigarrillo le costaría más suprimir?**

El primero de la mañana...1 punto.

Cualquier otro... 0.

**¿Cuántos cigarrillos fuma al día?**

10 o menos...0 puntos.

De 11 a 20...1.

De 21 o 30. ..2.

31 o más... 4.

**¿Fuma usted un cigarrillo tras otro?**

Sí...1 punto.

No...0.

**¿Fuma usted cuando está en cama debido a una enfermedad?**

Sí...1 punto.

No...0.