



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LA ANSIEDAD Y SU INCIDENCIA EN EL CONSUMO DE TABACO EN  
LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, DE  
LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD  
TÉCNICA DE AMBATO, EN EL PERÍODO MARZO - AGOSTO 2013”.**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

**Autor:** García Morales, Marcelo Sebastián

**Tutor:** Ps. Cl. López Castro, Walter Javier

Ambato – Ecuador

Octubre, 2014

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“LA ANSIEDAD Y SU INCIDENCIA EN EL CONSUMO DE TABACO EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, EN EL PERÍODO MARZO - AGOSTO 2013”.**

de Marcelo Sebastián García Morales estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Enero de 2014

EL TUTOR

.....

Ps. Cl. Walter Javier López Castro

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: **“LA ANSIEDAD Y SU INCIDENCIA EN EL CONSUMO DE TABACO EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, EN EL PERÍODO MARZO - AGOSTO 2013”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones, y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Enero de 2014

EL AUTOR

.....

Marcelo Sebastián García Morales

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Enero de 2014

EL AUTOR

.....  
Marcelo Sebastián García Morales

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema **“LA ANSIEDAD Y SU INCIDENCIA EN EL CONSUMO DE TABACO EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, EN EL PERÍODO MARZO - AGOSTO 2013”** de Marcelo Sebastián García Morales estudiante de la Carrera de Psicología Clínica

Ambato, Octubre de 2014

Para constancia firman

.....  
PRESIDENTE/A

.....  
1er VOCAL

.....  
2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo investigativo está dedicado a las personas más importantes de mi vida, mi amada familia, mis padres Teresa y Marcelo por su amor y apoyo incondicional, mi hermana Analí que día a día me alegra, mi abuela Cumandá y su compañía y mi abuelo Marcelo que partió temprano una de las influencias más grandes en mi vida, finalmente a mis sinceros y leales amigos.

## **AGRADECIMIENTO**

Mi más sincero y profundo agradecimiento a la Universidad Técnica de Ambato por abrirme las puertas del conocimiento, a la Carrera de Psicología Clínica, sus estudiantes y profesores, en especial a mi Tutor Javier López que supo brindarme su tiempo y guiarme con dedicación.

## INDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR .....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
INDICE DE CONTENIDOS .....	viii
INDICE DE GRÁFICOS .....	xii
INDICE DE TABLAS .....	xiii
RESUMEN.....	xv
SUMMARY .....	xvii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	2
PROBLEMA.....	2
1.2. Planteamiento del Problema.....	2
1.2.1 Contextualización.....	2
1.2.1.1 Contexto Macro.....	2
1.2.1.2 Contexto Meso .....	4
1.2.1.3. Contexto Micro .....	5
1.2.2. Análisis Crítico.....	6
1.2.3. Prognosis .....	8
1.2.4. Formulación del Problema .....	9
1.2.5. Preguntas Directrices .....	9
1.2.6. Delimitación del problema:.....	9
1.2.6.1. Delimitación del contenido .....	9
1.2.6.2. Delimitación Espacial: .....	9
1.2.6.3. Delimitación temporal.....	9
1.3. Justificación.....	10

1.4. Objetivos:.....	10
1.4.1. Objetivo General .....	10
1.4.2. Objetivos Específicos:.....	10
CAPÍTULO II.....	12
MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 Antecedentes investigativos .....	12
2.2 Fundamentación .....	14
2.2.1 Fundamentación Filosófica .....	14
2.2.2. Fundamentación Axiológica .....	14
2.2.3. Fundamentación Epistemológica. ....	15
2.2.4. Fundamentación Sociológica .....	15
2.2.5 Fundamentación Psicológica.....	15
2.2.6. Fundamentación Legal .....	18
2.3. Categorías fundamentales .....	23
2.4 Variable Independiente .....	24
2.4.1 Ansiedad.....	24
2.4.1.1 Epidemiología .....	31
2.4.1.2 Causas de la ansiedad.....	32
2.4.1.3 Síntomas de la ansiedad .....	33
2.4.1.4 Movilización .....	34
2.4.1.5 Inhibición .....	35
2.4.1.6 Desmovilización.....	35
2.4.2 Aspectos fisiológicos .....	35
2.4.3 Aspectos subjetivos y cognitivos .....	36
2.4.3.1 Diagnóstico .....	37
2.4.4 Respuesta Emocional .....	38
2.5 Variable Dependiente: Tabaco.....	39
2.5.1 Consumo de Tabaco.....	39
2.5.1.1 Consecuencias del tabaco.....	41
2.5.2 Hábito.....	42
2.5.4 Conducta .....	43

2.5.5 Comportamiento.....	45
2.6 Hipótesis.....	45
2.6.1 Hipótesis General: .....	46
2.6.2 Hipótesis Específicas: .....	46
2.7 Variables .....	46
CAPÍTULO III.....	47
MARCO METODOLÓGICO .....	47
3.1 Enfoque de la Investigación .....	47
3.2. Modalidades de investigación .....	47
3.3. Nivel o tipo de Investigación .....	48
3.4. Población y Muestra.....	48
3.5. Operacionalización de Variables.....	50
3.6. Plan De Recolección De Información.....	52
3.7. Procesamiento y análisis .....	53
CAPÍTULO IV.....	54
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	54
VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS.....	76
CAPÍTULO V .....	79
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	79
5.1 CONCLUSIONES .....	79
5.2 RECOMENDACIONES .....	79
CAPÍTULO VI.....	81
PROPUESTA.....	81
6.1. PROPUESTA.....	81
6.2. DATOS INFORMATIVOS .....	81
6.3. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA .....	82
6.4. JUSTIFICACIÓN .....	82
6.5. OBJETIVOS .....	82
6.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	82
6.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	83

6.6. ANALISIS DE LA FACTIBILIDAD .....	83
6.7. FUNDAMENTACIÓN .....	83
6.8. MODELO OPERATIVO .....	96
6.9 Administración de la Propuesta .....	102
6.9.1 Institucionales .....	102
6.9.2 Humanos .....	102
6.9.3 Materiales.....	103
6.10. Presupuesto .....	103
6.11. Plan de Monitoreo y Evaluación .....	103
6.12. Cronograma.....	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	106
BIBLIOGRAFÍA.....	106
LINKOGRAFÍA .....	107
CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA.....	108
Anexos.....	110

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1 Árbol de Problemas.....	6
Gráfico N° 2 Categorías Fundamentales .....	23
Gráfico estadístico No. 1 .....	54
Gráfico estadístico No.2.....	55
Gráfico estadístico No. 3 .....	56
Gráfico estadístico No. 4.....	57
Gráfico estadístico No. 5.....	58
Gráfico estadístico No. 6.....	59
Gráfico estadístico No. 7.....	60
Gráfico estadístico No. 8.....	61
Gráfico estadístico No. 9.....	62
Gráfico estadístico No. 10.....	63
Gráfico estadístico No. 11 .....	64
Gráfico estadístico No. 12.....	65
Gráfico estadístico No. 13.....	66
Gráfico estadístico No. 14.....	67
Gráfico estadístico No. 15.....	68
Gráfico estadístico No. 16.....	69
Gráfico estadístico No. 17 .....	70
Gráfico estadístico No. 18.....	71
Gráfico estadístico No. 19.....	72
Gráfico estadístico No. 20.....	73
Gráfico estadístico No. 21.....	74
Gráfico estadístico No. 22.....	75
Gráfico estadístico No. 23.....	78

## INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Variable Independiente.....	50
Tabla No.2 Variable Dependiente.....	51
Tabla No. 3 Recolección de información.....	52
Tabla estadística No. 1 .....	54
Tabla estadística No. 2 .....	55
Tabla estadística No. 3 .....	56
Tabla estadística No. 4 .....	57
Tabla estadística No. 5 .....	58
Tabla estadística No. 6 .....	59
Tabla estadística No. 7 .....	60
Tabla estadística No. 8 .....	61
Tabla estadística No. 9 .....	62
Tabla estadística No. 10 .....	63
Tabla estadística No. 11 .....	64
Tabla estadística No. 12 .....	65
Tabla estadística No. 13 .....	66
Tabla estadística No. 14 .....	67
Tabla estadística No. 15 .....	68
Tabla estadística No. 16 .....	69
Tabla estadística No. 17 .....	70
Tabla estadística No. 18 .....	71
Tabla estadística No. 19 .....	72
Tabla estadística No. 20 .....	73
Tabla estadística No. 21 .....	74
Tabla estadística No. 22 .....	75
Tabla Estadística No. 23 .....	77
Tabla Estadística No. 24 .....	77
Tabla No. 4 Plan Operativo.....	97
Tabla No. 5 Terapia a realizar.....	98
Tabla No. 6 Terapia de Grupo.....	99

Tabla No. 7 Terapia de grupo .....	100
Tabla No. 8 Presupuesto .....	103
Tabla No. 9 Plan de monitoreo .....	104
Tabla No. 10 Cronograma.....	105

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“LA ANSIEDAD Y SU INCIDENCIA EN EL CONSUMO DE TABACO EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, EN EL PERÍODO MARZO - AGOSTO 2013”**

**Autor:** García Morales, Marcelo Sebastián

**Tutor:** Ps. Cl. López Castro, Walter Javier

**Fecha:** Enero de 2014

## **RESUMEN**

El presente trabajo investigativo se realizó en la Universidad Técnica de Ambato con la población estudiantil de Psicología Clínica, abordando la problemática de la ansiedad y su incidencia en el consumo de tabaco; ya que es común observar a los estudiantes con signos de ansiedad, estrés, especialmente por motivaciones académicas, y estos recurren como escape al consumo de sustancias, en especial el tabaco por su carácter legal, dándose así un círculo vicioso que acarreará más problemas, como la intensificación de los síntomas de ansiedad y problemas psicofisiológicos derivados de la nicotina y los cientos de elementos perjudiciales presentes en el tabaco.

El tema ha sido tratado desde un enfoque crítico propositivo, y centrado en la psicología social ya que esta corriente propone los modelos óptimos para el entendimiento y solución de la problemática.

Los datos obtenidos en la investigación se lograron por medio de test estandarizados como la Escala de Hamilton para la ansiedad y el Test de

Fagerström, estos fueron procesados estadísticamente, analizados e interpretados, dando una correlación positiva.

Para finalizar, la propuesta se centró en la formación de grupos terapéuticos desde una perspectiva psicosocial, ya que esta escuela propone métodos efectivos a la hora de abordar grupos estudiantiles con problemáticas similares, mostrando gran eficacia.

**PALABRAS CLAVES:** ANSIEDAD, CONSUMO, TABACO, PSICOLOGÍA, SOCIAL

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**“ANXIETY AND THE INCIDENCE ON THE CONSUMPTION OF TOBACCO IN UNIVERSITY STUDENTS OF CLINICAL PSYCHOLOGY, THE FACULTY OF HEALTH SCIENCES TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO IN THE PERIOD JANUARY - AUGUST 2013”**

**Author:** García Morales, Marcelo Sebastián

**Tutor:** Ps. Cl. López Castro, Walter Javier

**Date:** January 2014

**SUMMARY**

This research work was conducted at the Technical University of Ambato with the student population of Clinical Psychology, about the problem of anxiety and its impact on the consumption of tobacco; as it is common to see students with signs of anxiety, stress, especially for academic reasons, and these escape turn as substance use, especially tobacco by their legal nature, and thus creating a vicious circle that will lead to more problems, as intensification of symptoms of anxiety and psychophysiological problems of nicotine and hundreds of harmful elements in the tobacco.

This topic has been treated from a proactive critical approach, and focused on social psychology and that this current proposed optimal models for understanding and solving the problem.

The data obtained in the research were achieved through standardized as the Hamilton Rating Scale for Anxiety and Fagerström test; these were statistically processed, analyzed and interpreted, giving a positive correlation.

Finally, the proposal focused on the formation of therapeutic groups from a psychosocial perspective, as this school offers effective methods for addressing student groups with similar problems, showing high efficiency

**KEYWORDS:** ANXIETY, CONSUMPTION, TOBACCO, PSYCHOLOGY, SOCIAL

## INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación está centrado en la problemática que existe respecto a la ansiedad y el consumo de tabaco en los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato, por lo cual se revisa y analiza a profundidad los factores causales, epidemiología, sintomatología, hábitos y conductas de estos problemas.

A través de un detallado análisis estadístico se comprueba cómo estos problemas están afectando la salud mental y física de la población estudiada, y como las variables inciden entre sí llevando a los afectados a un círculo vicioso.

Determinando la magnitud de afectación se ha formulado una propuesta que tiene potencial de efectividad y brinda ayuda a corto, mediano y largo plazo a los estudiantes afectados, proponiendo buenos hábitos y la formación de una comunidad sana física y psicológicamente.

Este trabajo es un gran aporte a la investigación en Psicología Clínica, tocando problemáticas comunes de la sociedad y sobre todo del ámbito académico, ofreciendo una solución factible y satisfactoria, conducida hacia la salud, pensada en el bienestar comunitario y el enriquecimiento investigativo de la Universidad Técnica de Ambato.

# **CAPÍTULO I**

## **PROBLEMA**

### **Tema:**

La ansiedad y su incidencia en el consumo de tabaco en los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica, de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, en el período marzo - agosto 2013

### **1.2. Planteamiento del Problema**

#### **1.2.1 Contextualización**

##### **1.2.1.1 Contexto Macro**

Según la Organización Mundial de la Salud, 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. En España, la tasa de población adulta afectada por algún tipo de trastorno de la ansiedad alcanza el 20% (casi 2 de cada 10 españoles), siendo las mujeres las más afectadas.

En el Congreso nacional de ansiedad y trastornos comórbidos celebrado en 2006 (Barcelona – España), se llegó a la conclusión que el número de casos de ansiedad había aumentado en los últimos años en paralelo a los casos de depresión, enfermedad que ya afecta entre un 10 y un 15% de la población. Asimismo la ansiedad también se halla estrechamente relacionada con el tabaquismo y el síndrome de abstinencia en aquellos fumadores que pretenden dejarlo.

Según la Organización Mundial de la Salud el tabaco mata a casi seis millones de personas cada año, de las cuales más de 5 millones son o han sido consumidores del producto, y más de 600 000 son no fumadores expuestos a humo de tabaco ajeno. A menos que se tomen medidas urgentes, la cifra anual de muertes podría ascender a más de ocho millones en 2030.

Casi el 80% de los mil millones de fumadores que hay en todo el mundo viven en países de ingresos bajos o medios. El consumo de productos de tabaco está aumentando a nivel mundial, aunque está disminuyendo en algunos países de ingresos altos y de ingresos medios-altos.

En Estados Unidos, el desorden de ansiedad afecta aproximadamente de 1.5 a 3.5% de las personas en algún momento de sus vidas. Mientras tanto el 14% de los europeos desarrollan un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida, se puede afirmar que la prevalencia de la ansiedad en Europa es alta.

Solamente un 26% de los individuos con trastornos de ansiedad consulta 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 en las Américas, 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 y discapacitantes; del 90% de

los casos de cáncer de pulmón; 30% de los casos de cáncer; 85% de los casos de bronquitis crónica y enfisema; 30% de las muertes por enfermedad cardiovascular y se estima que terminará con la vida de la mitad de sus consumidores crónicos. La adicción a la nicotina que genera el tabaco está considerada como una condición médica recurrente.

### **1.2.1.2 Contexto Meso**

Según El Comité Internacional de Lucha Antitabáquica (CILA), 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 abandono de este hábito y cesación del consumo de tabaco en los fumadores habituales.

Según datos del MSP (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 en forma de partículas y gases. Nombra elementos nocivos como el cianuro, dióxido de azufre, monóxido de carbono, amoníaco, entre otros.

Los estudios al respecto señalan que estos productos son capaces de producir cáncer de pulmón, bronquitis, neumonía, asma, poco crecimiento del feto en mujeres embarazadas y mayor riesgo de muerte súbita en los recién nacidos.

Cerca de diez enfermedades que tienen como potencial denominador común al tabaco, ocasionan más de 13 mil de las 53 mil muertes anuales en el Ecuador. En un informe del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), el 25,6% del total de decesos en el país (52.300 al año) se relaciona con el consumo del cigarrillo.

En Ecuador se registran 521220 fumadores, de ellos el 91,5% son hombres y el 8,5% mujeres. Estas cifras fueron divulgadas el 30 de mayo de 2013, por el

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos para conmemorar el Día Mundial Sin Tabaco

Según los mismos datos, en Ecuador se gasta semanalmente USD 1,2 millones en cigarrillos, y Pichincha es la provincia con mayor gasto (USD 335 907) seguida de Guayas (USD 270 551). Se calcula que los fumadores adquieren, en promedio, 17 cigarrillos semanales. (Diario El Comercio, 2013)

En Ecuador, 4.000 personas mueren al año por efectos del consumo de tabaco. Es decir, que en el país mueren 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 y siete meses. (Aguilar, 2013)

### **1.2.1.3. Contexto Micro**

De acuerdo con un estudio del Ministerio de Coordinación de la Política Económica, en 21 provincias (5 028 entrevistas a mayores de 18 años) se concluyó que el 22,7% en promedio, de personas fuman habitualmente o en forma ocasional.

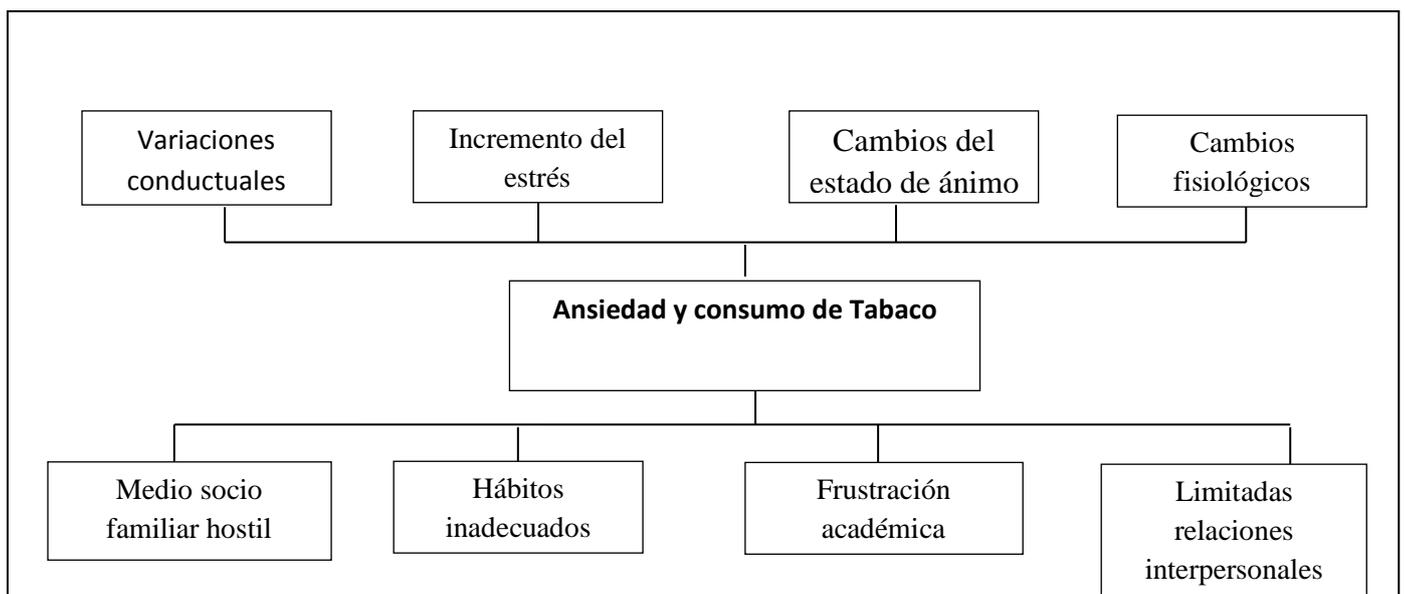
El estudio evidencia que la prevalencia de consumo de cigarrillos, entre los 18 y 29 años, en el 2010, fue de 27,8%. (El Comercio, 2011)

Justamente es el caso de los estudiantes de la Universidad Técnica de Ambato, quienes se encuentran en los parámetros de edad mencionados para el consumo de tabaco, sin dejar de lado la presencia de ansiedad en diferentes grados, niveles que en la época estudiantil pueden aumentar debido a las exigencias académicas como exámenes, presentaciones, tareas extenuantes, practicas 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, sin lugar a duda las causas son varias por lo cual el estudio servirá para detectar las más recurrentes.

### 1.2.2. Análisis Crítico

#### Árbol de Problemas



#### Gráfico No. 1 Árbol de Problemas

Elaborado por: García Marcelo. (2013)

La ansiedad puede ser considerada un trastorno con sus distintas clasificaciones o un síntoma que acompaña a otro trastorno psicológico, sin embargo los síntomas en común estarán presentes, caracterizados especialmente por cambios a nivel fisiológico como hiperhidrosis, inquietud psicomotora, dilatación de las pupilas, efectos de la segregación de adrenalina y cortisol en la sangre, hormonas importantes, de las cuales depende nuestra supervivencia, pero al segregarse de forma innecesaria y con mucha frecuencia generarán ansiedad; además de síntomas psicológicos como la inadecuada valoración de los hechos, temor anticipatorio, inquietud, insomnio, irritabilidad, entre otros.

El medio familiar es el entorno más influyente en el individuo, si este ambiente se presenta como hostil afectará a cada uno de sus miembros observándose cambios conductuales tales como agresividad, deficiente control de impulsos, ansiedad, el individuo en busca de alivio recurre muchas veces a las sustancias entre ellas la nicotina, el alcohol o drogas ilegales.

Existe gran concordancia entre los hábitos inadecuados que forman parte de la vida cotidiana de las personas y el incremento del estrés, entre los hábitos que más afectan la calidad de vida tenemos los malos hábitos alimenticios, en muchas ocasiones la deficiencia de nutrientes esenciales repercute en el funcionamiento del sistema nervioso, de igual manera dormir pocas horas, es decir menos de 5 horas afectarán directamente en el cerebro, la memoria será la principal afectada; a todos estos factores se le suma el sedentarismo, está comprobado que practicar algún deporte o tipo de ejercicio ayuda a combatir el estrés y mejorar la calidad de vida .

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.

Cuando una esfera psicológica se ve afectada el resto le sigue como en una especie de efecto domino, y es así que el área social, las relaciones interpersonales empiezan a quebrantarse, los bruscos cambios anímicos, la deficiente comunicación con los pares alejan a las personas con las que antes conversaban o se desahogaban, dejándole al individuo con menos opciones de escape ante las inclemencias sociales, familiares y académicas, encerrándose en un círculo vicioso donde una sustancia le da alivio, dejándolo en un lento descenso en espiral.

El consumo de tabaco está arraigado en la sociedad, al igual que la ingesta de alcohol, en la actualidad es considerado una droga legal, lo cual facilita su uso, a esto es importante sumarle las creencias y estereotipos adquiridos a través de décadas, consolidados en la cultura popular, cine, música, entre otros; esto viene construido desde el seno familiar, lo cual lo hace difícil de extinguir, además intervienen también las leyes que en los últimos años han restringido la publicidad y han aumentado las advertencias acerca de los riesgos que causa a la salud, es importante analizar a cada individuo, nunca dejar de lado la subjetividad.

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.

### **1.2.3. Prognosis**

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.

#### **1.2.4. Formulación del Problema**

¿La ansiedad incide en el consumo de tabaco en los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica, de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, en el período marzo - agosto 2013?

#### **1.2.5. Preguntas Directrices**

- ¿Cómo incide la ansiedad en el consumo de tabaco?
- ¿Cuáles son los niveles de ansiedad y sus consecuencias psicofisiológicas?
- ¿Qué consecuencias produce el consumo de tabaco a nivel psicológico en el individuo?
- ¿Qué tentativas de solución podrían resolver la problemática?

#### **1.2.6. Delimitación del problema:**

##### ***1.2.6.1. Delimitación del contenido***

CAMPO: Psicología Clínica

ÁREA: Trastornos de la Conducta

ASPECTO: Consumo de Tabaco y ansiedad

##### ***1.2.6.2. Delimitación Espacial:***

La investigación se realizó con los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato

##### ***1.2.6.3. Delimitación temporal***

La investigación se realizó en un período de tiempo establecido de 8 meses comprendido desde enero hasta agosto del 2013.

### **1.3. Justificación**

La incidencia de la ansiedad en el consumo de tabaco como tema de investigación resulta ampliamente necesaria dentro de una perspectiva teórica experimental, ya que el problema antes mencionado se ha ido incrementando de manera significativa en los estudiantes de la carrera de psicología clínica, razón suficiente para elaborar esfuerzos en la solución, y en el tratamiento que posibilite la resolución de esta problemática, que por sí misma resulta afectante en la formación profesional de todos aquellos estudiantes que a posterior trabajarán con seres humanos y le servirán a la sociedad. Refiriéndonos al grado de factibilidad podemos decir que este tema de investigación cumple con dicho requisito, tanto por la disponibilidad de la población como por la colaboración de la investigación. El tema es novedoso debido a que en los últimos años ha cobrado gran jerarquía la regulación del tabaco a través de medidas legales, sin dejar de lado el problema creciente de los índices de ansiedad en población universitaria, por lo cual es significativo investigar a fondo estos temas. La importancia científica se basa en identificar las mejores formas de tratamiento y en la atención de las autoridades sanitarias hacia este problema.

### **1.4. Objetivos:**

#### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar la incidencia de la ansiedad en el consumo de tabaco en los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica, de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato

#### **1.4.2. Objetivos Específicos:**

- Determinar los niveles de ansiedad y sus consecuencias psicofisiológicas en los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica,

de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de  
Ambato

- Analizar las consecuencias del consumo de tabaco en la esfera psicológica
- Proponer un modelo de solución a través de un enfoque psicosocial

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes investigativos**

Sobre las variables de investigación se presentan los siguientes trabajos:

Según una investigación de la Universidad Técnica de Ambato, 2006, Moreta Jadira; en su tema de Tesis “Ansiedad y consumo de tabaco en los adolescentes de los primeros, segundos y terceros cursos de bachillerato del colegio Camilo Gallegos de la ciudad de Latacunga” Se aprecia según el estudio que un 92% de los adolescentes del colegio Camilo Gallegos presenta algún índice de ansiedad, siendo el más sobresaliente la intensidad leve con el 56% de la población, seguida de la intensidad media con un 30% que presenta ansiedad, existiendo un menor porcentaje de la presencia de la intensidad fuerte y máxima sumando el 6%.

Así también es evidente el elevado porcentaje de adolescentes que consumen tabaco por diferentes razones, la misma que van muy ligadas a manifestaciones ansiosas como la inminente necesidad de aceptación del grupo, calmar los “nervios”, para sentirse más relajados, entre otras muchas razones, es también importante recalcar el hecho de que existe también un porcentaje considerable de adolescentes que han estado expuestos al humo del tabaco.

Según un estudio de la Universidad Complutense de Madrid, 2004, Casado Morales, María Isabel, en su tesis doctoral “Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos” se centra en el estudio de los trastornos psicofisiológicos y su relación con una serie de variables psicológicas asociadas a los mismos. En primer lugar, dichos trastornos se recogen de forma global el desarrollo histórico y los modelos explicativos de los conceptos de ansiedad y stress. Centrándose ya de

forma directa sobre los trastornos, se reseñan las distintas formas de abordaje, los factores determinantes y los modelos explicativos de la génesis de los mismos, así como su forma de clasificación. Finalmente se desarrollan tres estudios empíricos cuyo objetivo central es estudiar la relación entre distintas variables psicológicas y determinadas patologías, en concreto hipertensión esencial y úlcera péptica, que nos permita establecer perfiles psicológicos asociados a dichos trastornos.

Las variables seleccionadas son: ansiedad, solución y afrontamiento de problemas, ira, rasgos de personalidad como control emocional y extroversión. Concluyendo que existieron mayores niveles en Ansiedad cognitiva, fisiológica, rasgo general de ansiedad, de evaluación, interpersonal, fóbica, de la vida cotidiana, motora e Ira interna.

Según un trabajo de grado de la Universidad de Granada, 2007, Muñoz García, Miguel Ángel en su Tesis Doctoral “Mecanismos motivacionales del craving: ansia por el tabaco”. Los resultados indicaron que, tanto en la condición alto craving como en la condición bajo craving, cuando los participantes recibían una recompensa se potenció el reflejo post-auricular, inhibiéndose el reflejo de parpadeo. Por el contrario, cuando los participantes no recibían una recompensa, se produjo la potenciación del parpadeo y se inhibió la respuesta post-auricular.

Estos resultados, indican que el craving no tiene un efecto directo sobre los aspectos afectivos, señalando la existencia de dos mecanismos independientes, uno que se identificaría con los aspectos motivacionales del consumo y otro que se relacionaría con los aspectos afectivos relacionados con la sustancia.

En un estudio de la Universidad Veracruzana, 2007, Sánchez Baranda Mirna y Tadeo Gallegos María Elena en su tesis "Consumo de tabaco en universitarios" concluyen: que el promedio de edad que cuenta los universitarios es de 20 a 21 años y que la edad de inicio de consumo de tabaco es de 14 a 15 años, en su mayoría lo hacen por gusto y por disminuir el estrés; sobre el horario que tienen para fumar más del cincuenta por ciento fuman en las tardes. La cantidad de

cigarrillos que consumen los universitarios es de 5 a 8 al día, con mayor predominio en el sexo femenino con el 31% mientras que en el sexo masculino fue 18 %, lo que indica una dependencia moderada a la nicotina.

## **2.2 Fundamentación**

### **2.2.1 Fundamentación Filosófica**

Esta investigación tiene como paradigma epistemológico el modelo crítico propositivo, puesto que es crítico al determinar la etiología de la ansiedad, los factores socio culturales involucrados dentro de los estudiantes que componen la muestra, además del tipo de soluciones inadecuadas que la población determina como medida. Razón suficiente para establecer una propuesta que permita proponer una alternativa psicoterapéutica que proporcione mejores recursos de afrontamiento con los cuales podamos conseguir la disminución de los grados de ansiedad sin la necesidad de la utilización de sustancias psicoactivas.

### **2.2.2. Fundamentación Axiológica**

Se fundamenta en los valores como parte de la toma de decisiones que permitan establecer que es bueno y malo para la persona, en este caso el tabaco es malo para la salud pero a pesar de estar conscientes de ellos deciden consumirlo, sobre todo influenciado por sus emociones.

Los valores están íntimamente ligados con la ética, aunque es materia de estudio de una de las disciplinas filosóficas llamada axiología (del griego axios, valor y logos, estudio o tratado). Esta es una disciplina que estudia los juicios valorativos, la naturaleza positiva o negativa de los valores y porque preferimos algo en lugar de otra cosa.

Los valores éticos tienen una peculiaridad que los distingue de otro tipo, y ésta es que no se identifican con un objeto, sino con lo intangible, la decisión y la acción. Por esto razón, en la ética la axiología tiene un papel muy importante, ya que los

valores son uno de los puntos de partida de los juicios morales y la toma de decisiones.

### **2.2.3. Fundamentación Epistemológica.**

De acuerdo con Byron, Browne y Poter, la epistemología “es la teoría filosófica que trata de explicar la naturaleza, variedades, orígenes, objetos y límites del conocimiento científico (Byron, Browne, & Poter, 1986) , o, como afirma Lenk, “es una disciplina filosófica básica que investiga los métodos de formación y aplicación, de corroboración y evaluación de la teorías y conceptos científicos y, a su vez, intenta fundamentarlos y evaluarlos” (Lenk, 1988)

Definiciones que comparte Cerda al definir la epistemología como aquella teoría de la ciencia que estudia críticamente los principios, hipótesis y resultados de las diversas ciencias con el propósito de determinar su origen y estructurar/ su valor y alcance objetivo” (Cerda, 1998) (Parra, 2005)

### **2.2.4. Fundamentación Sociológica**

Basados en el materialismo dialéctico donde la teoría manifiesta que las variables interactúan e influyen una a la otra, podemos analizar científicamente este hecho, intentando cambiar la influencia y la intensidad de la variable independiente sobre la dependiente, influyendo así directamente sobre la problemática y logrando modificaciones positivas hacia la salud mental

### **2.2.5 Fundamentación Psicológica**

El modelo cognitivo-conductual, como se infiere de su nombre, proviene de los desarrollos y coincidencias del enfoque conductual, planteado oficialmente en 1913 con la publicación de James Watson que llevaba por título "La psicología desde el punto de vista de un conductista". Estos estudios, que llevaron el camino de la psicología conductista desde el condicionamiento clásico hasta el

condicionamiento operante, tuvieron un punto de encuentro con los modelos cognitivos, con lo que se incluyó la actividad cognitiva como objeto de estudio, considerándola como determinante del comportamiento humano. (Guerra & Plaza, 2001)

### **Presupuestos Teóricos**

- La conducta es explicada a través de una serie de procesos y estructuras mentales internas (memoria, atención, percepción)
- Considera al individuo un ser activo que procesa, selecciona, codifica, transforma y recupera información proveniente del exterior
- Los procedimientos y técnicas usados deben fundamentarse en la psicología experimental.
- La conducta normal y anormal se rigen por los mismos principios, ambas se aprenden y modifican de la misma manera.
- Reconocimiento de influencias de factores genéticos en la conducta.
- El objetivo de la intervención es la modificación de conductas desadaptadas.
- Los cambios conductuales deben ser observables y medibles directa o indirectamente.
- La interdependencia entre evaluación y tratamiento.
- La necesidad de especificar de manera objetiva y clara los objetivos del tratamiento.
- Se debe evaluar de modo objetivo la eficacia del tratamiento.
- Enfoque centrado en el aquí y en el ahora, énfasis en los determinantes actuales de la conducta. (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1993, en Guerra y Plaza, 2001) (Trujillo, 2010)

Enfatiza la explicación del comportamiento mediante el estudio de las estructuras internas mentales como la representación, memoria, fases de procesamiento de información (percepción, sensación, memoria), es decir, hace hincapié en los procesos o estrategias cognitivas que median entre el estímulo y la respuesta. El

cognitivo-conductual, se encarga de variables cognitivas, motoras, fisiológicas y ambientales. (Trujillo, 2010).

El aspecto psicoafectivo del sujeto se halla altamente perturbado debido a los niveles de ansiedad a los cuales se encuentran expuestos los estudiantes que comprenden la muestra de nuestra investigación, razón por la cual se hace necesaria la implementación de alternativas terapéuticas desde el enfoque cognitivo conductual que permitan diferentes propuestas de solución que no comprendan la utilización de alguna sustancia psicoactiva simplemente con el fin de conseguir un cambio en tanto a ideas irracionales y pensamientos automáticos.

La aparición de éste enfoque se vincula a autores como Bowers (1973), Endler (1973) o Endler y Magnusson (1976), aunando las aportaciones del enfoque cognitivo y del conductual. Así, la conducta quedaría determinada a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan.

Cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del mismo; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). Según esto, la ansiedad pasa de ser concebida como rasgo de personalidad a ser considerada como un concepto multidimensional, existiendo áreas situacionales específicas asociadas a diferencias relativas al rasgo de personalidad.

A partir de ahí surge la teoría interactiva multidimensional (Endler y Magnusson, 1976; Ekehammar y Okada, 1976; Endler y Okada, 1975), que concuerda con la hipótesis de la congruencia propuesta por Endler en 1977, la cual defiende que es imprescindible la congruencia entre el rasgo de personalidad y la situación amenazante para que la interacción entre ambos dé lugar al estado de ansiedad.

En el caso de la teoría tridimensional de Lang (1968), se considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras. En definitiva, la ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo; el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado, en gran medida, por las características del individuo (Miguel-Tobal, 1990). (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003)

### **2.2.6. Fundamentación Legal**

Se fundamenta en la constitución del Ecuador 2008, y en la Ley Orgánica para la regulación y control del tabaco.

Constitución del Ecuador

TÍTULO II

DERECHOS

Capítulo segundo

Derechos del buen vivir

Sección séptima

Salud

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin

exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

## TÍTULO VII

### RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR

#### Sección segunda

#### Salud

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 364.- Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores

ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales.

El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco.

Ley Orgánica para la regulación y control del tabaco

Título Preliminar

Del objeto y ámbito

Art. 1.- **Objeto.**- La presente Ley tiene por objeto promover el derecho a la salud de los habitantes de la República del Ecuador, protegiéndolos de las consecuencias del consumo de productos de tabaco y sus efectos nocivos.

Art. 2.- **Ámbito.**- Las disposiciones de la presente Ley son de orden público, de aplicación y observancia obligatorias en todo el territorio nacional. El uso del tabaco en manifestaciones ancestrales no se sujeta al contenido de esta

Ley.

Título I

Del marco institucional

Capítulo Primero

De las responsabilidades del Estado

Art. 10.- **Competencias.**- Son competencias de la Autoridad Sanitaria Nacional, las siguientes:

1. Establecer las políticas públicas para el control del tabaco y otros productos accesorios y afines, en atención al riesgo sanitario; así como la adopción de medidas para la prevención del consumo en niños, niñas y adolescentes.
2. Ofrecer tratamiento y rehabilitación a las y los fumadores que así lo requieran y crear centros especializados para el efecto.

3. Controlar los componentes de los productos de tabaco y otros accesorios y afines, dentro del ámbito de su competencia;
4. Establecer métodos de análisis para verificar que la fabricación de productos de tabaco y sus accesorios se realice de conformidad con las disposiciones técnicas y legales aplicables;
5. Determinar la información que las y los fabricantes están obligados a proporcionar, a las autoridades correspondientes y al público en general, respecto de los productos de tabaco y sus efectos nocivos;
6. Dictar las disposiciones normativas respecto de las características, especificaciones y procedimientos relacionados con el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco en todas las presentaciones en las que se comercialicen, de acuerdo a las disposiciones de la presente Ley;
7. Dictar las disposiciones normativas para la colocación y contenido de la información no publicitaria en lugares donde haya venta de productos de tabaco;
8. Dictar las disposiciones normativas para los espacios cien por ciento (100%) libres de humo de tabaco, de acuerdo a la presente ley;
9. Promover iniciativas educativas para impulsar políticas de control del tabaquismo;
10. Promover acciones de investigación u otras medidas que permitan evaluar los avances en el control del tabaco y el cumplimiento de esta ley;
11. Promover la participación de la ciudadanía en la ejecución de programas contra el tabaquismo; y,
12. Las demás que se establezcan en la presente Ley y su reglamento.

La Autoridad Sanitaria Nacional, a través de las y los servidores públicos delegados para el control y vigilancia del tráfico de productos de tabaco, sus accesorios y afines están facultados, en coordinación con las autoridades correspondientes, para intervenir en puertos marítimos y aéreos, fronteras y, en general, en cualquier lugar del territorio nacional para efecto de aplicación de las disposiciones normativas sanitarias.

Art. 11.- **Programa contra el tabaquismo.**- La Autoridad Sanitaria Nacional, en el marco de la política pública en salud, definirá e implementará el programa para el control del tabaco y la desestimulación de su consumo, observando la prioridad de niños, niñas y adolescentes.

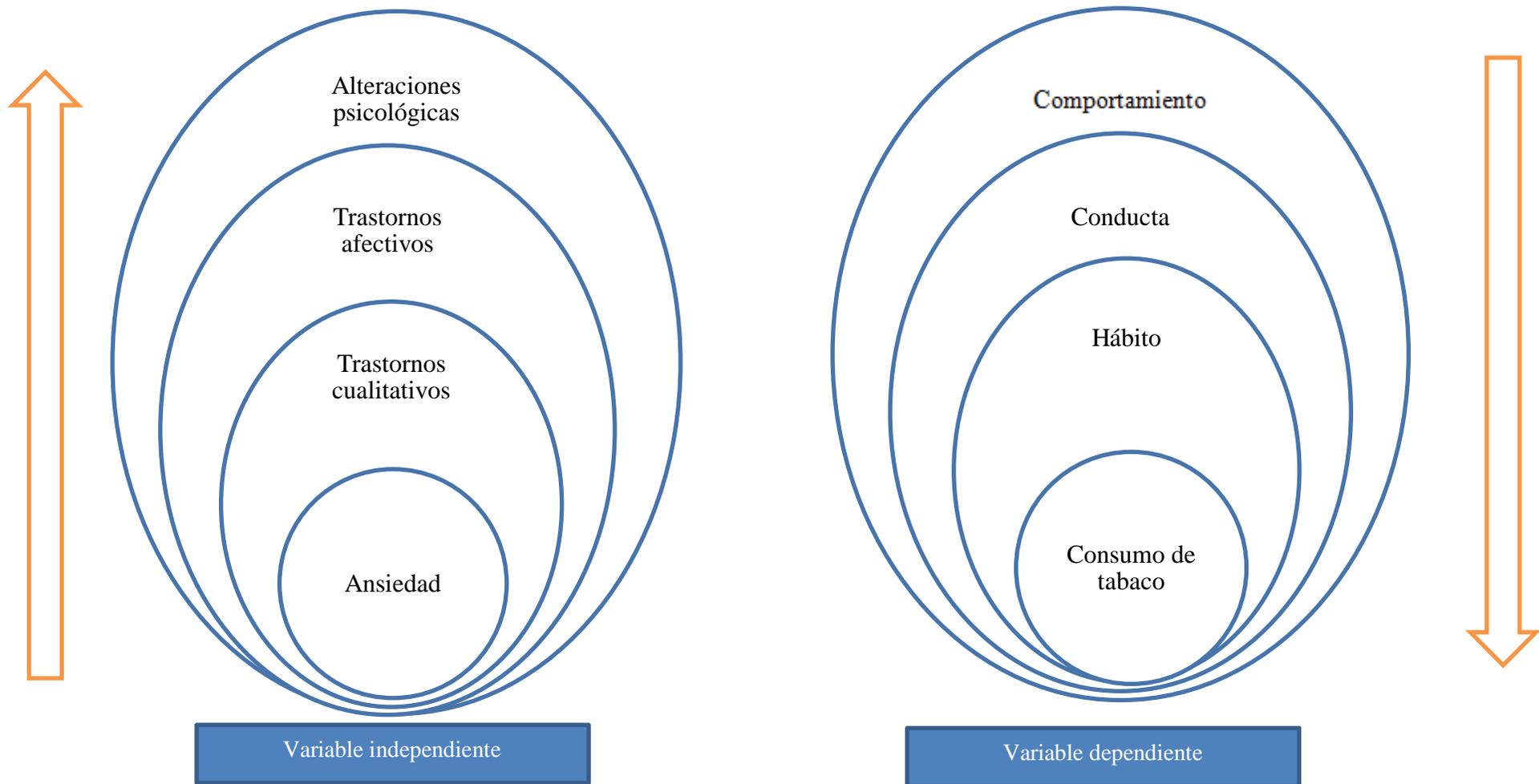
### **Capítulo Tercero**

#### **De la educación para la prevención**

Art. 12.- **Currículo educativo.**- La Autoridad Educativa Nacional, en coordinación con la Autoridad Sanitaria Nacional, contemplará ejes transversales para la prevención, detección e intervención temprana del tabaquismo en el currículo educativo y propondrá metodologías efectivas para su aplicación.

Art. 13.- **Campañas de comunicación y educación.**- La Autoridad Sanitaria Nacional y la Autoridad Educativa Nacional, en coordinación con otras instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil, programarán y ejecutarán actividades y campañas de información, comunicación y educación y hará uso de todos los recursos y herramientas tecnológicas para prevenir el consumo de tabaco por parte de la población y, en particular, de las y los trabajadores, la niñez y la juventud.

2.3. Categorías fundamentales Gráfico N° 2 Categorías Fundamentales



Elaborado por: García Marcelo

## **2.4 Variable Independiente**

### **2.4.1 Ansiedad**

La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. (Sedena; Semar; Gobierno Federal México, 2011)

La ansiedad es, en muchas circunstancias, una respuesta normal que se produce cuando una persona percibe una posible amenaza. Su función es protegernos de dicha amenaza, haciendo que evitemos la situación, salgamos corriendo o luchemos. (Muñoz, 2012)

Así pues, por una parte, los síntomas relacionados con la ansiedad tienen una función adaptativa. Por otra parte, dado que vivimos en un ambiente muy diferente al de nuestros antepasados prehistóricos, es posible que los síntomas que entonces eran adaptativos no lo sean tanto en la actualidad.

Algunos autores afirman que la evolución ha favorecido los genes de la ansiedad, puesto que en una situación ambigua puede haber más probabilidades de sobrevivir si te asustas y retrocedes sin motivo, que si no te asustas ni retrocedes cuando sí tienes motivo. Si a esto le unimos nuestro propio pensamiento y una tendencia a exagerar la importancia de ciertos acontecimientos, entonces no resulta nada extraño que los trastornos de ansiedad sean tan comunes. (Muñoz, 2012)

Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona (Sedena; Semar; Gobierno Federal México, 2011)

Cuando una persona siente ansiedad, lo que más destaca de dicha experiencia es esa sensación de intenso malestar (miedo, terror, angustia) y los síntomas fisiológicos que está experimentando. 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, 2012)

La ansiedad es, en muchos casos, una respuesta normal ante una amenaza, que tiene por objetivo protegernos. Esta respuesta implica diferentes sistemas (fisiológico, afectivo, cognitivo y conductual), que se activan de diferente manera según sea la amenaza. (Muñoz, Los síntomas de ansiedad, 2013)

En los trastornos de ansiedad, la amenaza percibida es irreal o exagerada, pero suficiente como para hacer que el sistema se active como si tuviera que protegernos de una terrible amenaza. Así pues, aunque una persona puede desear hablar en público con fluidez, expresar correctamente 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 la activación de este sistema de autodefensa que le empuja a evitar la situación temida. (Muñoz, Los síntomas de ansiedad, 2013)

La activación del sistema de ansiedad ante la amenaza percibida (en este caso, el rechazo del grupo) genera una serie de síntomas que le impide funcionar correctamente y eso, a su vez, aumenta la sensación de amenaza. Los síntomas de ansiedad pueden dividirse en cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos. Al

mismo tiempo, las reacciones pueden ser de tres tipos: movilización, inhibición y desmovilización. (Muñoz, Los síntomas de ansiedad, 2013)

La ansiedad constituye un aspecto normal del estado emocional de los seres humanos. La angustia se define como un afecto similar al miedo pero que, a diferencia de este, no obedece a un estímulo amenazante externo, sino que es vivida como procedente de la interioridad psíquica del individuo. Para la psiquiatría europea la ansiedad se refiere a la expresión sobresaltada de ese afecto. (Martín, 2009)

La ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. La ansiedad sigue siendo un tema de gran importancia para la Psicología; su incorporación es tardía, siendo tratado sólo desde 1920, abordándose desde distintas perspectivas.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986). Tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian

pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras; por eso, algunos autores utilizan indistintamente un término u otro (Cambell, 1986; Thyer, 1987). Además, ambos se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie (Thyer, 1987).

En esta línea, Johnson y Melamed (1979) indican que la ansiedad se diferencia del miedo en que la primera consiste en la emisión de una respuesta más difusa, menos focalizada, ocurriendo sin causa aparente y quizás mejor descrita como aprensión para el individuo. La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995); además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia (Miguel- Tobal, 1996).

Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

Por su parte, desde la psicología de la personalidad (Endler y Okada, 1975; Eysenck, 1967, 1975; Gray, 1982; Sandín, 1990) se concibe la ansiedad en términos de rasgo y estado. Desde el punto de vista de rasgo (personalidad neurótica), se presenta una tendencia individual a responder de forma ansiosa, es decir, se tiende hacia una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o la amenaza, respondiendo ante la misma con ansiedad.

En general, esta tendencia va acompañada de una personalidad neurótica de base similar a la timidez, apareciendo durante largos periodos de tiempo en todo tipo de situaciones. Existe una gran variabilidad interindividual en cuanto al rasgo de

ansiedad, debido a la influencia tanto de factores biológicos como aprendidos; así pues, algunos sujetos tienden a percibir un gran número de situaciones como amenazantes, reaccionando con ansiedad, mientras que otros no le conceden mayor importancia. Por otra parte, la ansiedad entendida como estado se asimila a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración; ésta es vivenciada por el individuo como patológica en un momento particular, caracterizándose por una activación autonómica y somática y por una percepción consciente de la tensión subjetiva.

Cuando las circunstancias son percibidas como amenazantes por el sujeto, la intensidad de la emoción aumenta independientemente del peligro real, mientras que cuando las mismas son valoradas como no amenazantes, la intensidad de la emoción será baja, aunque exista dicho peligro real. La relación entre ambos puntos de vista es muy estrecha, pues un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionará con mayor frecuencia de forma ansiosa (Miguel-Tobal, 1996).

La ansiedad rasgo y estado se solapan en varios aspectos, al igual que le ocurre a la ansiedad crónica y la de tipo agudo; cuando ésta es intensa origina un sentimiento desagradable de terror e irritabilidad, acompañado de fuertes deseos de correr, ocultarse y gritar, presentando sensaciones de debilidad, desfallecimiento y desesperación para el individuo; también, puede haber un sentimiento de irrealidad o de “estar separado” del suceso o la situación.

Todo esto, indica que la ansiedad se entiende como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa (ansiedad patológica); la solución para diferenciar ambas respuestas puede residir en que la ansiedad patológica se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal, es decir, presenta diferencias cuantitativas respecto a aquella (Spielberger, Pollans y Wordan, 1984). El sistema categorial dominante en la psicopatología actual promueve diferencias cualitativas tanto entre los sujetos clínicos y los normales como entre las categorías clínicas; la diferenciación entre ambos tipos de ansiedad se concreta en la demanda de tratamiento por el sujeto, siendo ésta de

carácter multicausal. Al tomar como base un modelo multidimensional, la diferencia entre la ansiedad patológica y la normal se relaciona con el grado en que se manifiestan las dimensiones relevantes. Ante este razonamiento, se debe tomar conciencia de la problemática de esta distinción (Belloch y Baños, 1986; Ibáñez y Belloch, 1982).

Desde otra perspectiva, se ha considerado la ansiedad patológica como rasgo y como estado a la vez (Spielberger, 1966, 1972), traducándose en el trastorno en sí mismo por la presencia de síntomas irracionales y perturbadores para el individuo. Por su parte, Sheehan (1982) diferencia la ansiedad exógena (conflictos externos, personales o psicosociales) de la endógena (autónoma e independiente de los estímulos ambientales); la primera está ligada a la ansiedad generalizada, mientras que la segunda es la responsable de los ataques de pánico y en su extensión, de diversos cuadros fóbicos.

Por último, la ansiedad se puede dividir igualmente en primaria, cuando no deriva de otro trastorno psíquico u orgánico subyacente, o secundaria, cuando acompaña a la mayoría de las afecciones primarias psiquiátricas. Asimismo, destaca una ansiedad reactiva que es conocida como las reacciones neuróticas de la angustia, o una ansiedad nuclear, donde destacan las crisis de angustia y la ansiedad generalizada.

En resumen, la ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez. (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003)

A partir de los años noventa, se propone que la ansiedad es un estado emocional que puede darse solo o sobreañadido a los estados depresivos y a los síntomas psicósomáticos cuando el sujeto fracasa en su adaptación al medio (Valdés y

Flores, 1990). Tras realizar una revisión de las distintas orientaciones, Miguel-Tobal (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.

La respuesta de ansiedad puede ser elicitada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligroso y amenazante. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características del sujeto”.

Posteriormente, Miguel-Tobal (1996) resume la definición anterior 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 independencia. 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 particular.

En definitiva, la ansiedad se ha visto como una reacción emocional consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación que se acompañan por la activación del sistema nervioso autónomo simpático; ésta es anticipatoria, teniendo un valor funcional y utilidad biológica (Sandín y Chorot, 1995).

Por último, las manifestaciones cognitivas pueden ir desde una leve preocupación hasta el pánico, pudiendo en sus formas graves implicar la convicción de un destino inminente (el fin del mundo o la muerte), preocupación por lo desconocido o temor de perder el control sobre las funciones corporales. Las manifestaciones conductuales implican la evitación de situaciones inductoras de

ansiedad, mientras que los cambios somáticos incluyen la respiración entrecortada, sequedad de boca, manos y pies fríos, micción frecuente, mareos, palpitaciones cardíacas, elevación de la presión sanguínea, aumento de transpiración, tensión muscular e indigestión (Sue, 1996).

En definitiva, la ansiedad se refiere a una respuesta a un peligro indefinido, confuso o imaginario; ésta se caracteriza por la tirantez, inquietud y un sentido de desamparo. El individuo ansioso anticipa una desgracia, dando como resultado ciertas manifestaciones clínicas particulares, como sudoración, tensión muscular, quejidos, pulso acelerado, respiración entrecortada, indigestión, diarrea, disfunción sexual, entre otras. (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003)

#### **2.4.1.1 Epidemiología**

El trastorno de ansiedad generalizada es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes; es más frecuente en mujeres y está relacionado con el estrés ambiental crónico. En personas de mayor edad existe una mayor prevalencia de ansiedad grave. Hay una asociación con el ámbito social, y existe una mayor incidencia sobre la población con bajos niveles socioeconómicos.

El síntoma que los pacientes refieren como “sentirse nervioso” es el de mayor frecuencia y gravedad, seguido por “sentirse irritado”; el pánico es más frecuente en mujeres. Los dolores de espalda y cuello y las cefaleas son las afecciones más comunes, seguidas por “cansarse fácilmente” y “sentirse débil”.

La prevalencia de ansiedad por zona geográfica muestra una relación positiva con las áreas más densamente pobladas o de mayor conflicto armado; con una edad de inicio entre los veinte y los treinta años, pero con síntomas ansiosos desde edades tempranas (Martín, 2009)

### **2.4.1.2 Causas de la ansiedad**

La ansiedad, al igual que otros sentimientos (placer, exaltación, euforia, éxtasis, tristeza, ira, rabia y calma), son fundamentales en la vida de las personas; regulan la interacción con los demás y ofrecen un sistema de alarma que, en el caso del miedo, sirven para afrontar situaciones de peligro o riesgo.

Estas emociones, así como la percepción y la acción, están controladas por circuitos neuronales del encéfalo. En el caso específico de la angustia, su experiencia incluye tres tipos de componentes: (Martín, 2009)

- Un componente cognoscitivo.
- Respuestas autonómicas, endocrinas y esqueleto-motoras.
- Representaciones subjetivas del estado emocional.

Dos emociones humanas tienen mucha importancia en cuanto a las causas de la ansiedad: la sexualidad y la agresividad. Sin embargo, en la descripción que las personas hacen de su angustia, pueden esgrimir muchas razones que no guardan ninguna relación con deseos agresivos o sexuales. Muchos pacientes, por ejemplo, se sienten extrañados frente al hecho de que la causa de la ansiedad surja precisamente cuando se encuentran más contentos y han conseguido por fin el logro deseado. Otros culpan de su estado al abandono de un ser amado, la mala suerte en los negocios, la soledad, un medio ambiente adverso o el fracaso de un proyecto. (Martín, 2009)

Estas quejas manifiestas son la expresión inconsciente de situaciones traumáticas de separación en las etapas iniciales de la vida, cuando el desarrollo psicológico es incompleto, y el sujeto no cuenta con elementos suficientes para defenderse del temor a perder la vida o ser aniquilado por peligros supuestos o reales. Cada nueva situación de abandono o separación es ahora mal soportada; hasta un hecho cotidiano aparentemente banal puede ser motivo para desencadenar el estado de angustia y ser la causa de la ansiedad (Martín, 2009)

De acuerdo con la teoría conductista, la angustia es una respuesta condicionada a un estímulo ambiental; las personas afectadas por la ansiedad han sobregeneralizado sus temores y han aprendido, por imitación, a responder ansiosamente. La imitación proviene de respuestas semejantes de sus padres, cuidadores o figuras importantes; en consecuencia, las respuestas de los ansiosos son valoraciones que exceden la peligrosidad de las situaciones, y subestiman sus propias habilidades para enfrentar esas amenazas.

La angustia es un afecto normal; su intensificación, que se convierte en fuente de sufrimiento e incapacidad, es lo que la convierte en patológica. (Martín, 2009)

#### **2.4.1.3 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. (Martín, 2009)

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)

#### **2.4.1.4 Movilización**

Se produce cuando los sistemas se activan para la acción (huida o lucha). Se da en los cuatro sistemas mencionados:

- **Cognitivo.** La persona es excesivamente consciente de sí misma y está hipervigilante, buscando constantemente indicios que demuestren la existencia de un peligro. Por ejemplo, la persona que teme hablar en público observará cada gesto de su audiencia. Aparecen pensamientos repetitivos de amenaza, como: no seré capaz de hacerlo, siempre me equivoco, soy incompetente, quedaré como un idiota, etc. O aparecen en su mente imágenes mentales que muestran las cosas desagradables que pueden pasarle.
- **Afectivo.** Aparecen emociones que van desde una ligera tensión o incomodidad hasta el terror.
- **Conductual.** Movimientos nerviosos, temblar, suspirar, moverse de un lado a otro, evitar la situación, etc.
- **Fisiológico.** Se produce una activación del sistema nervioso simpático. Por ejemplo, palpitaciones, sudoración o aumento de la presión sanguínea. (Muñoz, Los síntomas de ansiedad, 2013)

#### **2.4.1.5 Inhibición**

En la inhibición se produce lo contrario a la movilización; es decir, los sistemas se inhiben y bloquean para inmovilizar a la persona e impedirle actuar:

- **Cognitivo.** Se produce un bloqueo de diversas funciones con problemas para recordar, para concentrarse, para pensar o para ser objetivo. Puede haber confusión mental, sensación de irrealidad, sensación de que las cosas parecen distantes o sensación de que va a desmayarse.
- **Conductual.** Se produce una inhibición del movimiento, cierta rigidez de los músculos de la cara, palidez, y rigidez muscular general que hace que los movimientos sean torpes y bruscos, impidiendo realizar correctamente ciertas actividades, como escribir o tocar un instrumento. Puede producirse también tartamudeo, problemas para hablar e incluso mutismo parcial.
- **Fisiológico.** Aparecen síntomas como hipotensión, desmayo, debilidad. (Muñoz, Los síntomas de ansiedad, 2013)

#### **2.4.1.6 Desmovilización**

Es una reacción de colapso que suele ocurrir sobre todo cuando hay una reacción exagerada al ver sangre o heridas, aunque puede ocurrir también en otros casos. Los principales síntomas son debilidad y desmayo debido a hipotensión y reducción de la frecuencia cardíaca. (Muñoz, Los síntomas de ansiedad, 2013)

#### **2.4.2 Aspectos fisiológicos**

Estos aspectos se dan como consecuencia de la actividad de los sistemas del cuerpo humano y son la activación de diversos centros nerviosos, particularmente del sistema nervioso autónomo, que implica cambios vasculares, síntomas cardiovasculares, síntomas del aparato respiratorio, síntomas gastrointestinales, síntomas neuromusculares y síntomas neurovegetativos.

En general, los síntomas fisiológicos (tanto de movilización como de inhibición) pueden afectar a diversos sistemas:

- **Cardiovascular.** Dentro de este sistema se 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.** Sintomatizado 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. (Muñoz, Los síntomas de ansiedad, 2013)

### 2.4.3 Aspectos subjetivos y cognitivos

Los modelos cognitivos de la ansiedad se muestran como la percepción de una situación la cual es sometida a una evaluación para su posterior valoración sobre lo que significa para el individuo. Si luego de valorar esa situación el individuo observa que existe una amenaza, este iniciará una reacción de ansiedad; aunque dicha reacción estará unida a otros procesos cognitivos de afrontamiento que intentarán reducirla.

Varios estudios afirman que la ansiedad es la respuesta o resultado de una serie de tendencias de interpretación de una situación. Cuando esta tendencia es muy exagerada o errónea tiende a producir reacciones de ansiedad muy intensas que pueden llegar a ser patológicas.

Los rasgos de personalidad son diferencias individuales de rasgo asociadas a tipos de situaciones. La perspectiva interactiva de la personalidad plantea que la explicación del comportamiento ansioso no se somete tan solo al rasgo o al estado, sino que está determinada por una interacción entre las cualidades del individuo y la específica situación ambiental. Así, los factores cognitivos y motivacionales que predisponen al individuo a hacer interpretaciones amenazantes a cerca de la situación, unidos al significado psicológico que tienen ciertas características ambientales que se están produciendo en este momento, son ambos factores determinantes de la reacción ansiosa.

Indagar en sujetos con factores de riesgo (historia familiar de ansiedad, antecedente personal de ansiedad durante la niñez o adolescencia, eventos de vida estresantes y/o traumáticos, ideación suicida, comorbilidad con trastornos psiquiátricos o existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias) la presencia de síntomas de ansiedad que permitan elaborar el diagnóstico. (Sedena; Semar; Gobierno Federal México, 2011)

#### **2.4.3.1 Diagnóstico**

- Los síntomas físicos más referidos por personas con ansiedad son: aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de “cabeza vacía“, sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, síncope, taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinarias, diarrea
- Los síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) predominantes son: intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control, sensación de muerte inminente (Sedena; Semar; Gobierno Federal México, 2011)

Se dará preferencia a la entrevista clínica para establecer el diagnóstico. Los instrumentos o escalas se utilizarán para complementar la valoración, son

preferibles aquellos cuestionarios breves, fáciles de manejar e interpretar como la Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Sedena; Semar; Gobierno Federal México, 2011)

- Todo paciente con síntomas de ansiedad; y una vez descartados otros padecimientos médicos, incluidos otros psiquiátricos, el uso de medicamentos y sustancias psicoactivas que cursan con estos síntomas, deberá clasificarse de acuerdo a criterios específicos de CIE 10
- Incluir en la historia clínica del paciente antecedentes personales de: uso de alcohol, tabaco, cafeína, fármacos, sustancias psicoactivas, presencia de enfermedades orgánicas conocidas y acontecimientos vitales estresantes (vinculados a la historia familiar, laboral y social del paciente) (Sedena; Semar; Gobierno Federal México, 2011)

#### **2.4.4 Respuesta Emocional**

El trastorno de ansiedad ha sido estudiado desde dos perspectivas como respuesta emocional y como rasgo de personalidad.

Como una emoción, la ansiedad puede ser comprendida como el conjunto de experiencias y manifestaciones fisiológicas y expresivas presentadas ante un estímulo, el cual es analizado por el individuo y este a su vez es señalado como amenazante o peligroso.

Según el modelo de Lang, (1968),

Las manifestaciones de ansiedad, de miedo, o de cualquier otra emoción se pueden observar a tres niveles diferentes (experiencia, cambios somáticos y conducta), pudiendo darse el caso de la falta de concordancia entre las manifestaciones observadas en los tres canales de respuesta (cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor).

Referirse a las emociones incluye ciertas reacciones que se experimentan como una fuerte conmoción del estado de ánimo. Esta vivencia suele tener un marcado

acento positivo o negativo y va acompañada por la percepción de cambios orgánicos, a veces intensos. Al mismo tiempo, esta reacción puede reflejarse en expresiones faciales características, así como en otras conductas motoras observables. Por lo general, las emociones surgen como reacción a una situación concreta, aunque también puede provocarlas información interna del propio individuo.

## **2.5 Variable Dependiente: Tabaco**

### **2.5.1 Consumo de Tabaco**

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

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)

La evolución del tabaquismo tiene un patrón propio en cada sociedad. Pese a ello, la observación desde una óptica internacional logra registrar algunos patrones que permiten proponer un esquema conceptual útil para la planificación. Desde una perspectiva esencialmente epidemiológica se han identificado cuatro fases en la epidemia tabáquica. (Jimenez & Solano, 2004)

En la fase inicial o fase I, se registra una prevalencia inferior al 15% en los varones, y muy inferior en las mujeres. El consumo anual por adulto es inferior a los 500 cigarrillos. Los datos de mortalidad no permiten apreciar las muertes atribuibles al tabaco. Esta fase puede durar una o dos décadas. En la fase II, la

prevalencia puede alcanzar en los varones cifras del orden del 50-80%, y apenas hay ex fumadores. No se aprecia gradiente por clase social, estando el hábito de fumar generalizado entre todas las capas sociales. La prevalencia en mujeres es menor, pero creciente, con un retraso de una o dos décadas respecto a los varones.

El consumo anual por adulto alcanza los 1.000-3.000 cigarrillos (2.000-4.000 entre los varones). Un 10% de las muertes de los varones se relacionan con el consumo de tabaco.

Comienzan a registrarse los primeros intentos de prevención. Puede durar esta fase dos o tres décadas. En la fase III, se inicia un descenso en la prevalencia entre los varones hasta el 40%. Los exfumadores son un segmento importante y creciente de la población masculina. Se aprecia un claro gradiente social en los varones, que más tarde se extenderá a las mujeres. Entre las mujeres, se da una larga estabilización del hábito, sin haber alcanzado nunca los niveles que hubo en los varones. (Jimenez & Solano, 2004)

Esta larga meseta termina al emerger un proceso de declive inicial. El consumo anual por adulto es, sin embargo, mayor en esta fase, de 3.000 a 4.000 cigarrillos. La mortalidad asociada al tabaco llega a ser un 25-30% del total en los varones, y un 5% en las mujeres.

Durante esta fase se desarrollan programas de control, cada vez más integrados y coordinados. Su duración puede estimarse en tres décadas. La última fase de este modelo, la fase IV, se caracteriza porque la prevalencia entre los dos sexos tiende a igualarse: en los varones baja al 35%, mientras que, en las mujeres, llega al 30%.

La mortalidad atribuible al tabaco alcanza las mayores cifras y sigue subiendo, llegando al 30-35% en los varones y al 20-25% en las mujeres. Se aprecia un fuerte gradiente por clases en el consumo de tabaco, al haberlo abandonado

masivamente los segmentos de mayor nivel económico y de instrucción (Jimenez & Solano, 2004)

El consumo de tabaco es responsable de unos 4,8 millones de muertes anualmente en el mundo, unos 440.000 sólo en Estados Unidos. Se estima que aproximadamente 8,6 millones de personas padecen una enfermedad seria relacionada con el tabaco tan sólo en Estados Unidos. (Jimenez & Solano, 2004)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que, para el año 2030, el consumo de tabaco matará anualmente a 10 millones de personas, de ellos, 7 millones en los países desarrollados, lo que hará del tabaco la primera causa de muerte en el mundo. (Jimenez & Solano, 2004)

El consumo de algunas sustancias, algunas de ellas de adquisición legal en casi todos los países, tiene demostrado un efecto especialmente nocivo para la salud. Dentro de las más usadas desembocan en hábitos sociales que pueden llevar a dependencias físicas y/o psicológicas; así, el tabaquismo o el alcoholismo son las que afectan a un mayor número de personas. Otros hábitos son el consumo de otras moléculas, muchas de ellas consideradas drogas ilícitas y cuyas consecuencias pueden ser muy importantes para la salud.

#### **2.5.1.1 Consecuencias del tabaco**

Las consecuencias nocivas sobre el organismo, producidas por el consumo de productos derivados del tabaco son importantes sobre muchos tejidos, órganos y sistemas, produciendo importantes patologías y pérdidas de salud. Así, se calcula que los productos del tabaco son los principales responsables cada año de centenares de miles de muertes y de enfermedad crónica en millones de personas.

Los muertos por culpa del hábito tabáquico son muy superiores a las muertes sucedidas por enfermedades como el SIDA o la Tuberculosis, por el consumo de

cualquier otra droga, por accidentes de circulación, suicidios y asesinatos. (Herrero, 2012)

Así, las consecuencias principales del tabaquismo son el desarrollo de:

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: con sus manifestaciones más importantes, la bronquitis crónica y el enfisema, las enfermedades pulmonares son de aparición casi constante en los pacientes fumadores.
- Enfermedades cardiovasculares: la arteriosclerosis es más intensa en pacientes fumadores, así sus manifestaciones como infarto de miocardio, enfermedad arterial periférica o accidentes vásculo-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, cavidad oral, faringe, laringe, esófago, páncreas, cuello uterino, riñón y vejiga.
- En mujeres que fuman durante el embarazo, sus hijos presentarán con mayor incidencia prematuridad, un bajo peso al nacer, muerte al nacer, muerte súbita del lactante e incluso infertilidad en la edad adulta.
- En mujeres postmenopáusicas, la osteoporosis tiende a ser más importante entre aquellas que fuman, manifestándose como un aumento del riesgo de fractura de fémur. (Herrero, 2012)

### **2.5.2 Hábito**

El tabaquismo es un difícil hábito por dejar y esto se debe a su componente nicotina que es altamente adictiva. Al igual que respuestas similares a otras sustancias como heroína el cuerpo y la mente se acostumbran a estos componentes y la necesidad de consumirlo se vuelve cada vez más persistente fumar es un hábito difícil de dejar porque el tabaco contiene nicotina, que es altamente adictiva.

Las razones para que las personas empiecen a fumar son varias. Algunas se dejan llevar por tendencias sociales o posturas que demuestran respeto o un rango social alto. Otros comienzan porque sus familiares o amigos fuman. Las estadísticas

muestran que nueve de cada 10 consumidores de tabaco comienzan antes de los 18 años. La mayoría de los adultos que empezaron a fumar en la adolescencia jamás se imaginaron que iban a volverse adictos. Es por eso que las personas dicen que es mucho más fácil, evitar el contacto con el cigarrillo para no generar dependencia.

El hábito de fumar causa muchos problemas en la salud y estos pueden ocasionar daños irreversibles como es el caso de neumonía, el asma, y se ha asociado con otros problemas de salud, incluyendo enfermedades bucales, oculares y óseas. Algunos estudios también lo asocian con degeneración macular, una enfermedad de los ojos que puede causar ceguera. El fumar puede causar o empeorar la circulación de la sangre en los brazos y las piernas.

#### **2.5.4 Conducta**

La prevalencia de la conducta de fumar es un factor crítico que va en aumento tanto que no es ya proporcional al esfuerzo que hagan los fumadores para dejar de hacerlo. Es necesario entonces recurrir al análisis de los factores implicados en el mantenimiento de esta conducta adictiva. De acuerdo a ciertos investigadores asumen que fumar está determinado por una multiplicidad de causas farmacológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales (Becoña, 1994; Fisher, Lichtenstein y Haire-Joshu, 1993; Salvador, 1996).

En primer lugar se citará los efectos psicofarmacológicos de la nicotina; la nicotina es un potente reforzador de que actúa de manera positiva como negativa al evitar los efectos negativos de la abstinencia. Dicha sustancia tiene un poderoso efecto psicofarmacológico sobre el sistema nervioso central. Este es absorbido rápidamente y llega en solo siete segundos al cerebro al atravesar la barrera hematoencefálica. Produce efectos eufóricos y sedativos modulados por procesos neurohormonales.

La ingestión continua de la nicotina, como cualquier otra droga, produce tolerancia, dependencia y síntomas de abstinencia física y psicológica al dejar de

fumar. Dado que la nicotina puede servir tanto para reducir la ansiedad como para producir euforia, mejorar la vigilancia para ciertas tareas cognitivas, regular el peso corporal, 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.

En segundo lugar también se tiene que las asociaciones condicionadas con fumar desempeñan un papel relevante. Las distintas situaciones se van asociando con fumar y a través de procesos de condicionamiento van adquiriendo distintas propiedades. En el reforzamiento positivo el consumo de cigarrillos se asocia tanto 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 otro proceso de reforzamiento que interviene en la conducta de fumar es el negativo. Este consiste en evitar la presencia de un estímulo aversivo que en el caso del tabaco son los síntomas de la abstinencia de la nicotina y que provoca un aumento de la conducta de fumar.

En tercer lugar, la negación, minimización o despersonalización de las consecuencias del tabaco en la salud también juegan un papel importante. El fumador en las primeras fases no reconoce ciertos datos a los que tiene acceso respecto a su salud. Lo que hace es negar minimizar o asumir que dichas consecuencias negativas no van con él. Más en la etapa adolescente donde la vitalidad física es una característica y los efectos negativos del tabaco son más apreciables a largo plazo, en edades medias de la vida.

En cuarto lugar, el uso del tabaco con herramienta psicológica también influye en el mantenimiento de la conducta fumar. El punto anterior se relaciona con éste. El fumador aprecia que fumar le tiene ventajas concretas.

Pronto descubre que fumando puede reducir el estrés, dado el papel modulador que tiene la nicotina y por tanto, que es una estrategia de afrontamiento ante distintas situaciones.

Para finalizar, la aceptación, facilitación y potenciación del consumo de tabaco en el medio del fumador favorece que el sujeto mantenga su conducta de fumador. Si sus padres, amigos o hermanos fuman tiene más probabilidad de que fume y de que se lo permitan. Incluso puede llegar a ser un rito de inicio para entrar a algún círculo de jóvenes.

### **2.5.5 Comportamiento**

Aún son deficientes en el mundo las medidas de lucha antitabáquica vigentes, como por ejemplo, prohibición de fumar en determinados lugares y de la venta de productos de tabaco a menores de edad, restricciones en la publicidad y prohibición. En la era de la globalización, los jóvenes y adolescentes adoptan patrones conductuales parecidos de país a país, hecho del cual se aprovechan las compañías tabacaleras.

Para contrarrestar los efectos de esta estrategia, existe una urgente necesidad de información que pueda funcionar en diferentes países. Esto podría permitir el logro del doble objetivo de diseñar estrategias dirigidas a la "juventud global" mientras se toman en cuenta peculiaridades locales.

Varios estudios muestran la asociación del hábito tabáquico en los jóvenes con una gran variedad de factores sociales, económicos, ambientales, biológicos y personales. Uno de ellos es el desempeño escolar, indicador que refleja características de compromiso educacional, motivación, competencia y éxito escolar. Algunos trabajos refieren una mayor prevalencia de consumo de tabaco asociada con la autopercepción de un pobre desempeño académico.

## **2.6 Hipótesis**

### **2.6.1 Hipótesis General:**

La ansiedad tienen incidencia en el consumo de tabaco en los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica, de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, en el período marzo - agosto 2013

### **2.6.2 Hipótesis Específicas:**

La ansiedad puede conducir al individuo a un deterioro clínicamente significativo

El consumo de tabaco incide negativamente sobre la salud no solamente física sino también mental

## **2.7 Variables**

Variable independiente

Ansiedad

Variable Dependiente

Consumo de tabaco

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1 Enfoque de la Investigación

La presente investigación tienen un enfoque crítico propositivo de carácter cuali – cuantitativo, la primera utiliza la observación y el análisis detallado de la ansiedad, que concierne la individualidad de cada uno de los sujetos implicados en el consumo de tabaco, puesto que resulta necesario determinar el grado de ansiedad que dichos individuos presentan antes, se respaldará de la utilización de cuadros estadísticos que permitan determinar el grado de consumo de tabaco al cual se expuestos la muestra perteneciente a la población.

#### 3.2. Modalidades de investigación

La modalidad de investigación usada en el presente proyecto se halla determinada por dos factores, la perspectiva empírica y las bases teóricas.

**Investigación de campo:** la utilidad de la investigación de campo a partir de los diferentes resultados conseguidos en los instrumentos de evaluación tiene un sustento científico y epistemológico, se realizará en la institución con todos los estudiantes en base a las herramientas identificadas.

**Investigación bibliográfica documental:** Permitió sostener una base teórica desde la perspectiva cognitivo conductual concerniente a las distorsiones cognitivas, obtenidas de varias fuentes bibliográficas como libros, internet, revistas, tesis, manuales que ayudaron a la investigación.

### **3.3. Nivel o tipo de Investigación**

#### **Investigación exploratoria**

Este tipo de investigación me permitirá identificar de una manera simple y sencilla el problema de estudio el cual encierra la ansiedad y su influencia en el consumo de tabaco, y dar apertura a ideas de lo que se plantea analizar. Esta investigación se realizará con el contacto y la familiarización con los estudiantes que integran la carrera de Psicología Clínica, específicamente los consumidores de tabaco.

#### **Investigación descriptiva**

La investigación descriptiva se utilizará en la representación detallada de la situación actual del cantón en función la ansiedad y su influencia en el consumo de tabaco, es decir la información que permita identificar todo lo relacionado con el área psicológica

### **3.4. Población y Muestra**

Dentro de nuestro trabajo de investigación hemos determinado 1 tipo de población que intervienen directamente en el problema a investigar, a continuación describo la población a investigar:

P1 = Estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato

Al cuantificar los elementos de la población hemos llegado a las siguientes cifras:

P1 = 278 estudiantes

En virtud de que la población de habitantes a estudiar llega a 278 y para facilitar la investigación será necesario determinar una muestra mediante la fórmula siguiente:

$$n1 = \frac{m1}{e^2(m1-1)+1} \quad (\text{Ec. 3.1})$$

Dónde:

n1 = tamaño de la muestra

m1 = tamaño de la población

e = error máximo admisible

Entonces:

n1 = ?

m1 = 278 Población Proyectada en el período académico Septiembre 2012 - Enero 2013

e = 7.5%

$$n = \frac{278}{0.080^2 (278 - 1) + 1}$$

$$n = \frac{278}{0.080^2 (278) + 1}$$

$$n = \frac{278}{3.12}$$

n = 89

Después de aplicar los cálculos la conclusión es que el trabajo procede con 89 estudiantes.

### 3.5. Operacionalización de Variables

#### Variable Independiente: Ansiedad

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas e instrumentos
<p>El término ansiedad, proviene del latín "anxietas", que significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida.</p>	Función fisiológica	<p>Síntomas somáticos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cardiovasculares</li> <li>Respiratorios</li> <li>Gastrointestinales</li> <li>Genitourinarios</li> <li>S.N. Autónomo</li> </ul>	<p>Pregunta 7-8 Test HRSA</p> <p>Pregunta 9 Test HRSA</p> <p>Pregunta 10 Test HRSA</p> <p>Pregunta 11 Test HRSA</p> <p>Pregunta 12 Test HRSA</p> <p>Pregunta 13 Test HRSA</p>	<p>Escala de Hamilton para la Evaluación de la Ansiedad (HRSA)</p>
	Función Intelectual	<p>Miedos</p> <p>Insomnio</p> <p>Funciones intelectuales</p>	<p>Pregunta 3 Test HRSA</p> <p>Pregunta 4 Test HRSA</p> <p>Pregunta 5 Test HRSA</p>	
	Humor y Comportamiento	<p>Humor deprimido</p> <p>Comportamiento en la entrevista</p>	<p>Pregunta 1 Test HRSA</p> <p>Pregunta 14 Test HRSA</p>	

Tabla No. 1 Variable Independiente

Elaborado por: García Marcelo. (2013)

**Variable Dependiente:** Consumo de tabaco

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas e instrumentos
<p>El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. Dicha adicción produce enfermedades nocivas para la salud del consumidor.</p>	<p>Abuso</p> <p>Conducta</p> <p>Cantidad de cigarrillos y Nicotina</p>	<p>Daños en la salud física y mental</p> <p>Incremento del consumo</p> <p>Horas de consumo</p> <p>Frecuencia del consumo</p> <p>Bajo</p> <p>Medio</p> <p>Alto</p>	<p>Pregunta 3 Test de Fagerström</p> <p>Pregunta 7 Test de Fagerström</p> <p>Pregunta 8 Test de Fagerström</p> <p>Pregunta 4 Test de Fagerström</p> <p>Pregunta 5 Test de Fagerström</p> <p>Pregunta 6 Test de de Fagerström</p> <p>Pregunta 1 Test de Fagerström</p> <p>Pregunta 2 Test de Fagerström</p>	<p>Test de Fagerström de Dependencia de Nicotina</p>

**Tabla No. 2 Variable Dependiente**

**Elaborado por: García Marcelo. (2013)**

### 3.6. Plan De Recolección De Información

Metodológicamente para (Luis Herrera E. - 2002), la construcción de la información se opera en dos fases: plan para la recolección de información y plan para el procesamiento de información.

#### Plan para la recolección de información

Dentro del análisis para la presente investigación se ha tomado en cuenta la codificación de las respuestas al cuestionario a realizar con la población, cuidando de errores, omisiones o contradicciones para una tabulación efectiva de modo que la información sea bien organizada.

Preguntas Básicas	Explicación
1. ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación
2. ¿De qué personas u objetos?	Estudiantes de la carrera de psicología clínica de la UTA
3. ¿Sobre qué aspectos?	Ansiedad y consumo de tabaco
4. ¿Quién? ¿Quiénes?	El autor Marcelo García M.
5. ¿A quiénes?	Sujetos de la muestra escogidos aleatoriamente
6. ¿Cuándo?	Periodo académico Marzo – Agosto 2013
7. ¿Dónde?	Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Psicología Clínica
8. ¿Cuántas veces?	110
9. ¿Cómo? ¿Qué técnicas de recolección?	Evaluación
10. ¿Con que?	Test Hamilton para la ansiedad Test Fargestrom para el consumo de tabaco

**Tabla No. 3 Recolección de información**

Elaborado por: García Marcelo

### 3.7. Procesamiento y análisis

Plan de procesamiento de información:

-Revisión crítica de la información recogida; es decir limpieza de la información defectuosa: contradictoria, incompleta no pertinente, etc.

-Repetición de la recolección, en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.

-Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis: cuadros de una sola variable, cuadro con cruce de variables, etc.

- Manejo de información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influyen significativamente en los análisis)
- Estudio estadístico de datos para presentación de resultados

Análisis e interpretación de resultados:

-Análisis de los resultados estadísticos, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis.

-Interpretación de los resultados, con apoyo del marco teórico, en el aspecto pertinente.

-Comprobación de hipótesis. Para la verificación estadística conviene seguir la asesoría de un especialista.

-Establecimiento de conclusiones y recomendaciones.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

#### 1. Humor Ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión, anticipación temerosa, irritabilidad)

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	10	11%
LEVE	13	15%
MODERADA	17	19%
GRAVE	30	34%
INCAPACITANTE	19	21%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 1

Elaborado por: García Marcelo



Gráfico estadístico No. 1

Elaborado por: García Marcelo

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de personas que realizaron el test se pudo observar que el 11% no padecen de Humor Ansioso; el 15% lo padece levemente, el 19% moderadamente;

el 34% gravemente y el 21% incapacitante; por lo que se puede decir que la mayoría de personas lo padece gravemente lo que puede llegar a causar problemas en su vida cotidiana debido a la inquietud que esto causa dentro de su comportamiento.

**2. Tensión ( sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)**

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	9	10%
LEVE	13	15%
MODERADA	25	28%
GRAVE	34	38%
INCAPACITANTE	8	9%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 2

Elaborado por: García Marcelo

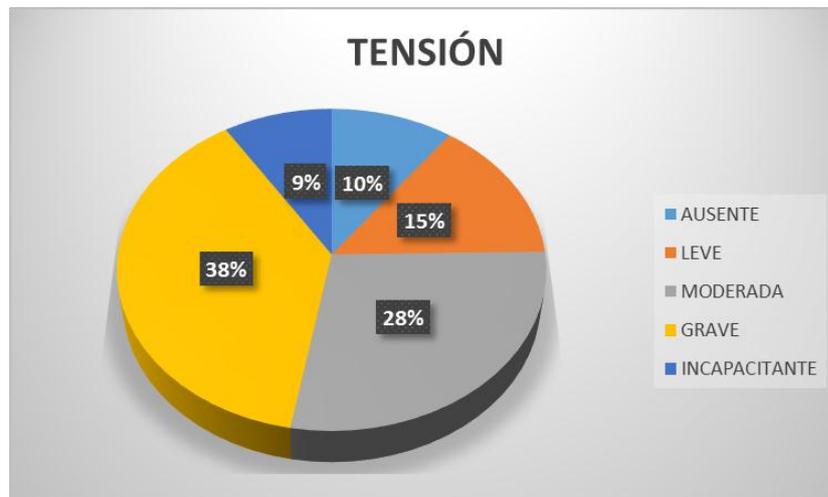


Gráfico estadístico No.2

Elaborado por: García Marcelo

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Del total de personas estudiadas el 10% no padece de tensión; el 15% la padece levemente, el 28% la padece moderadamente, el 38% la padece gravemente mientras que el 9% la padece incapacitante; por lo que se puede decir que la

mayoría de personas padecen tensión grave causándoles así reacciones como el llanto fácil, temblor, imposibilidad de relajarse entre otras; considerándose psicológicamente que esta tensión debe ser tratada de manera de que no se inmiscuya en las actividades del individuo así como también no cambie su carácter y comportamiento debido a esta causa.

**3. Miedos (a la obscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc)**

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	11	12%
LEVE	11	12%
MODERADA	35	39%
GRAVE	22	25%
INCAPACITANTE	10	11%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 3

Elaborado por: García Marcelo

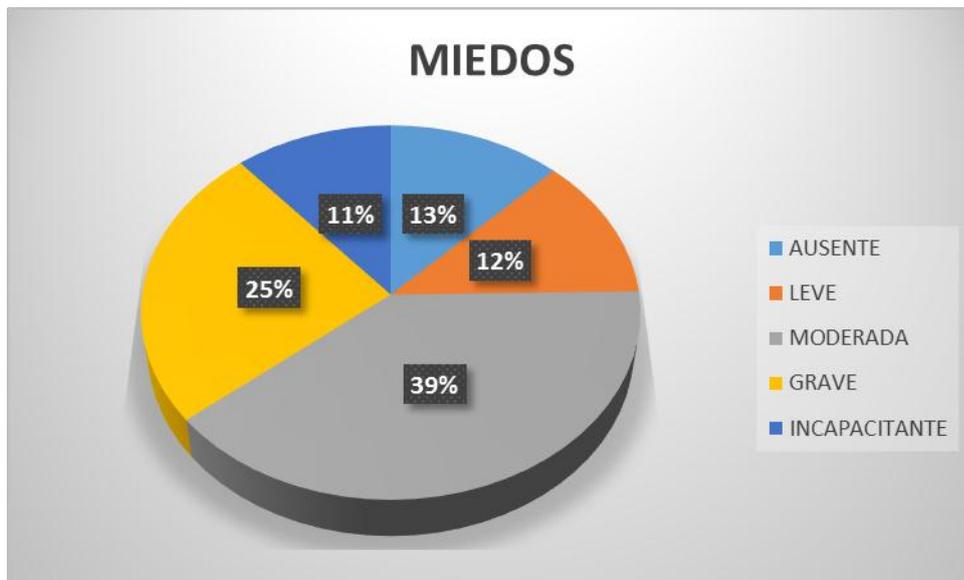


Gráfico estadístico No. 3

Elaborado por: García Marcelo

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Del total de personas estudiadas el 11% no tiene miedos; el 12% los padece levemente; el 39% los padece moderadamente, el 25% los padece gravemente

mientras que el 11% los padece incapacitante; por lo que se puede interpretar que la mayoría de personas padecen miedos moderadamente lo que nos hace ver que las fobias y miedos son un factor que padece casi la mayoría de la sociedad pero muchos no los expresan por temor a ser rechazados o víctimas de burlas y ofensas convirtiéndose hasta en mitos dentro del entorno y la sociedad en la que nos desenvolvemos actualmente.

**4. Insomnio ( dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, temores nocturnos)**

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	7	8%
LEVE	14	16%
MODERADA	38	43%
GRAVE	20	22%
INCAPACITANTE	10	11%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 4  
Elaborado por: García Marcelo

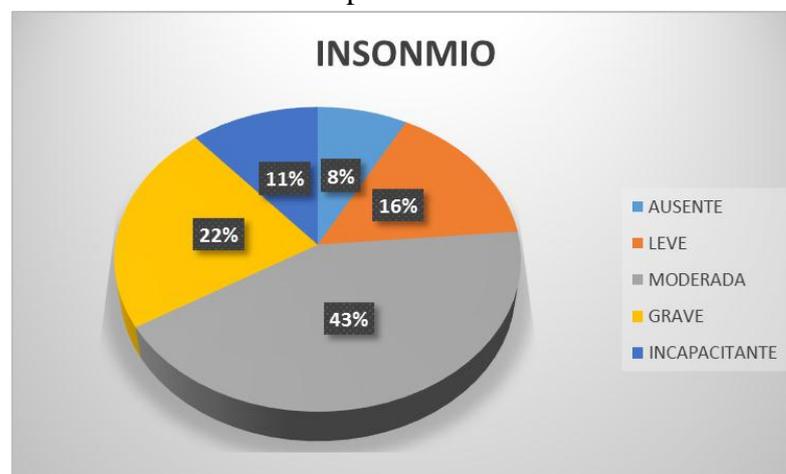


Gráfico estadístico No. 4  
Elaborado por: García Marcelo

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Del total de personas estudiadas el 8% no padece de insomnio; el 16% lo padece levemente, el 43% lo padece moderadamente; el 22% lo padece

gravemente mientras que el 11% lo padece incapacitante; por lo que se puede decir que la mayoría de personas padece de un insomnio moderado lo que hace del insomnio uno de los trastornos más comunes de sueño impidiendo la recuperación que el cuerpo necesita al momento del descanso haciendo del sueño difícil; dependiendo de muchos factores como es el estrés, la ansiedad, depresión entre otros

### 5. Funciones Intelectuales (Dificultad de Concentración, Mala memoria)

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	6	7%
LEVE	20	22%
MODERADA	25	28%
GRAVE	29	33%
INCAPACITANTE	9	10%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 5

Elaborado por: García Marcelo

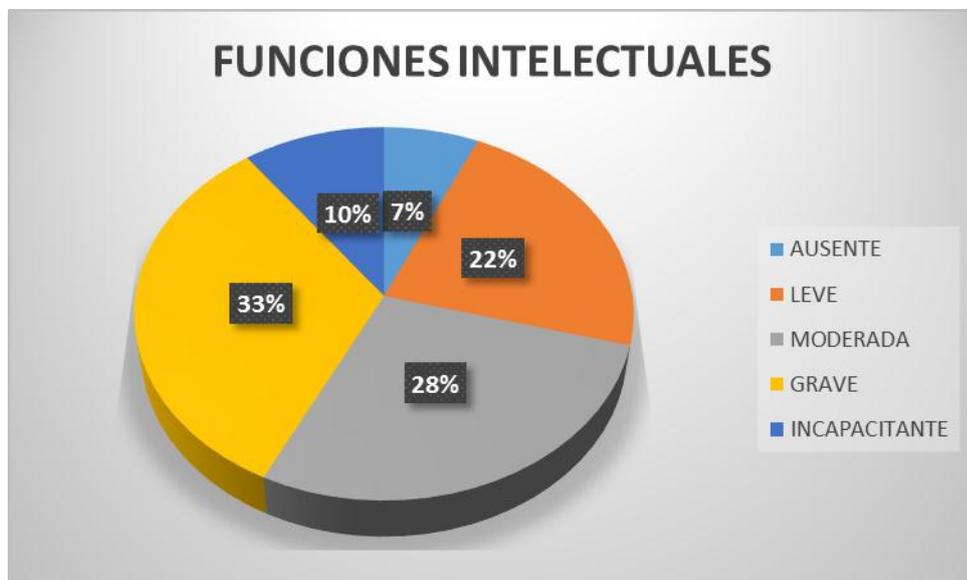


Gráfico estadístico No. 5

Elaborado por: García Marcelo

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de personas estudiadas el 7% no posee problemas en sus funciones intelectuales; el 22% lo padece levemente; el 28% lo padece moderadamente; el

33% lo padece gravemente; mientras que el 10% lo padece incapacitante; por lo que se puede decir que la mayoría de personas padece problemas dentro de sus funciones intelectuales gravemente lo que les causa desconcentración en sus actividades diarias al no poder tener en cuenta las acciones que están realizando y las que deben realizar debido a su falta de concentración y memoria y en algunos casos costándoles los empleos que poseen actualmente.

**6. Humor deprimido (Falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)**

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	10	11%
LEVE	13	15%
MODERADA	21	24%
GRAVE	34	38%
INCAPACITANTE	11	12%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 6

Elaborado por: García Marcelo



Gráfico estadístico No. 6

Elaborado por: García Marcelo

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Del total de personas encuestadas el 11% no padece de humor deprimido; el 15% lo padece levemente; el 24% lo padece moderadamente; el 38% lo padece

gravemente mientras que el 12% lo padece de forma incapacitante por lo que se puede interpretar que la mayoría padece humor deprimido gravemente lo que hace que las personas suelen tener poco compromiso con la vida, aislarse, llegándolos a perturbar en su sistema de vida diario haciendo difícil evidenciar los factores que están causando este problema.

## 7. Síntomas Somáticos Musculares

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	10	11%
LEVE	16	18%
MODERADA	29	33%
GRAVE	26	29%
INCAPACITANTE	8	9%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 7

Elaborado por: García Marcelo

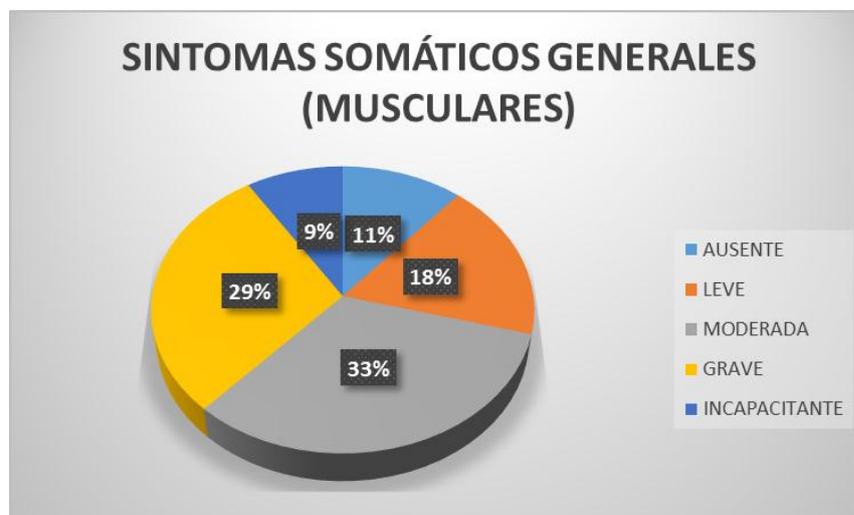


Gráfico estadístico No. 7

Elaborado por: García Marcelo

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de las personas estudiadas el 11% no padece de síntomas somáticos generales (musculares); el 18% los padece levemente; el 33% los padece moderadamente, el 29% los padece gravemente mientras que el 9% los padece

incapacitante; por lo que se puede decir que la mayoría de personas padece de síntomas somáticos generales moderadamente lo que no permite que las personas desarrollen sus actividades normales debido a dolores musculares que son presentados especialmente en los músculos de cuello y espalda haciendo incomoda la posición o el sostenerse erguido.

### 8. Síntomas Somáticos Generales (Sensoriales)

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	13	15%
LEVE	20	22%
MODERADA	26	29%
GRAVE	21	24%
INCAPACITANTE	9	10%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 8

Elaborado por: García Marcelo

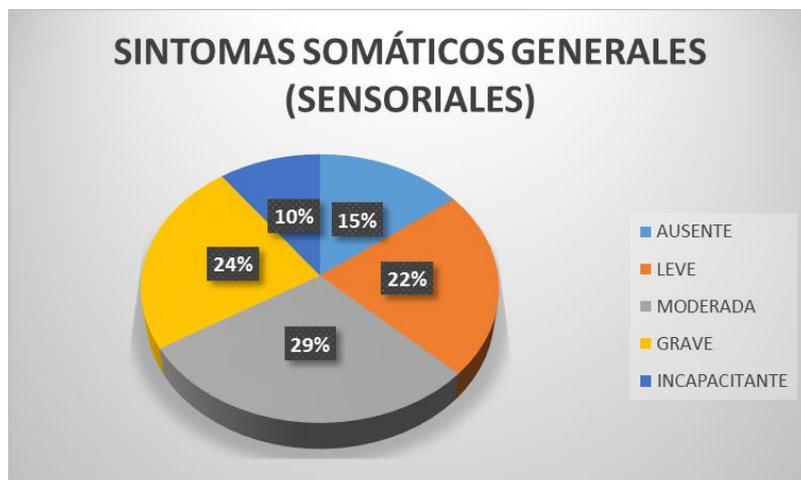


Gráfico estadístico No. 8

Elaborado por: García Marcelo

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de personas estudiadas el 15% no padece de síntomas somáticos generales (sensoriales); el 22% lo padece levemente; el 29% lo padece moderadamente; el 24% lo padece gravemente; mientras que el 10% lo padece

incapacitante; por lo que se puede decir que la mayoría de personas los padecen moderadamente; este tipo de síntomas incluyen zumbidos en los oídos, temblores, sensación de debilidad, hormigueo entre otros que los hacen sentir mayor desesperación y ansiedad debido a su estado físico y de salud.

## 9. Síntomas Cardiovasculares

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	12	13%
LEVE	20	22%
MODERADA	30	34%
GRAVE	15	17%
INCAPACITANTE	12	13%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 9

Elaborado por: García Marcelo

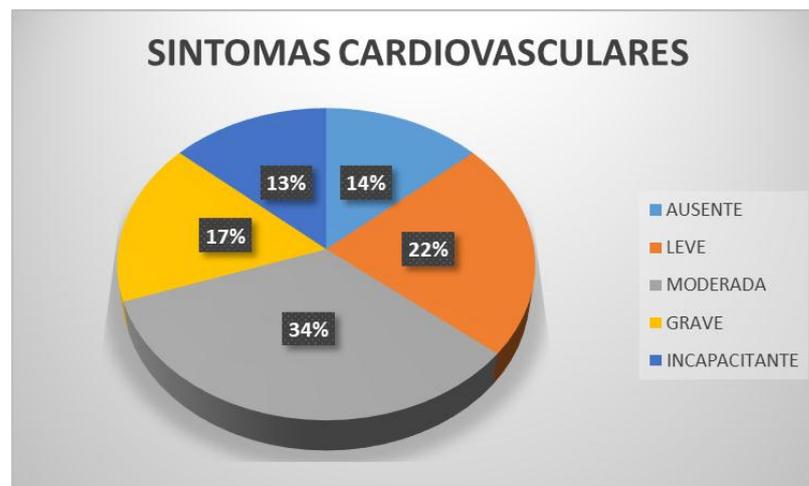


Gráfico estadístico No. 9

Elaborado por: García Marcelo

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de personas estudiadas el 14% no padecen de síntomas cardiovasculares; el 22% los padecen levemente; el 34% los padecen moderadamente; el 17% los padecen gravemente; mientras que el 13% los padecen incapacitante; por lo que se puede decir que la mayoría de personas padecen síntomas cardiovasculares

moderadamente; los síntomas cardiovasculares van desde taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho entre otros que mas que causar cansancio o algún efecto físico en la persona le causan ansiedad y nerviosismo y le dan a pensar que padecen de alguna enfermedad grave.

### 10. Síntomas Respiratorios

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	8	9%
LEVE	18	20%
MODERADA	26	29%
GRAVE	27	30%
INCAPACITANTE	10	11%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 10

Elaborado por: García Marcelo

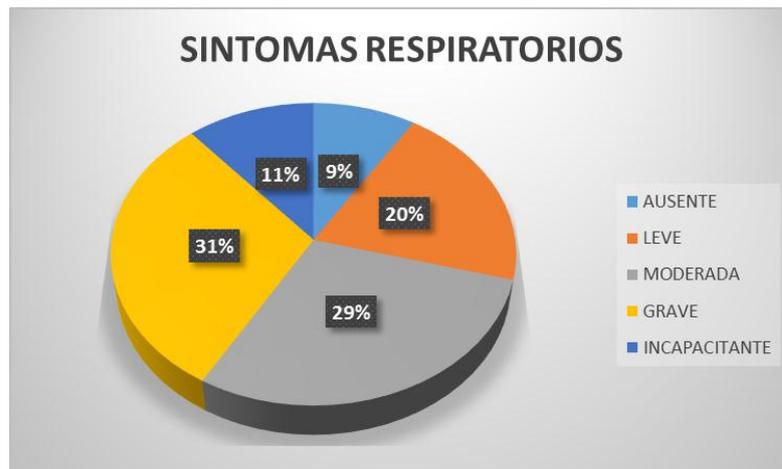


Gráfico estadístico No. 10

Elaborado por: García Marcelo

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de personas estudiadas el 9% considera que no tiene síntomas respiratorios; el 20% los padece levemente; el 29% los padece moderadamente; el 31% los padece gravemente mientras que el 11% los padece incapacitante por lo que se puede decir que la mayoría de personas padecen síntomas respiratorios los

mismos que se reflejan como peso en el pecho o sienten opresión; muchos de estos son síntomas típicos de la ansiedad la cual al presentarse hace que el individuo se desespere; altere su respiración y el organismo reaccione a la falta de oxígeno que llega hacia los órganos y el cerebro

### 11. Síntomas Gastrointestinales

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	8	9%
LEVE	18	20%
MODERADA	26	29%
GRAVE	27	30%
INCAPACITANTE	10	11%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 11  
Elaborado por: García Marcelo

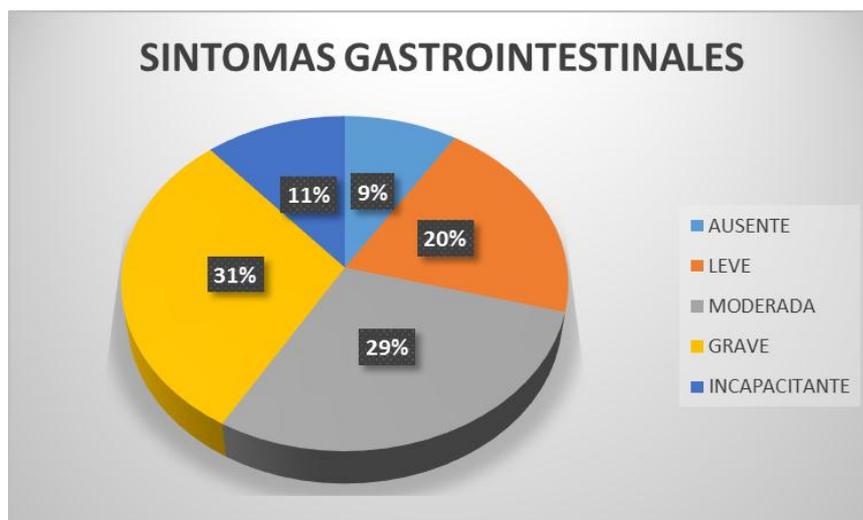


Gráfico estadístico No. 11  
Elaborado por: García Marcelo

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de personas estudiadas el 9% no padecen de síntomas gastrointestinales; el 20% padecen síntomas gastrointestinales levemente; el 29% lo hacen moderadamente; el 31% lo hacen gravemente mientras que el 11% lo hacen incapacitante ; por lo que se puede decir que la mayoría de personas sufren de

problemas gastrointestinales gravemente los que les producen dificultad para tragar, meteorismo, sensación de ardor, distensión abdominal entre otros que hacen que los hábitos de alimentación se dificulten y se mantengan como deben mantenerse.

## 12. Síntomas Genitourinarios

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	18	20%
LEVE	20	22%
MODERADA	20	22%
GRAVE	20	22%
INCAPACITANTE	11	12%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 12

Elaborado por: García Marcelo

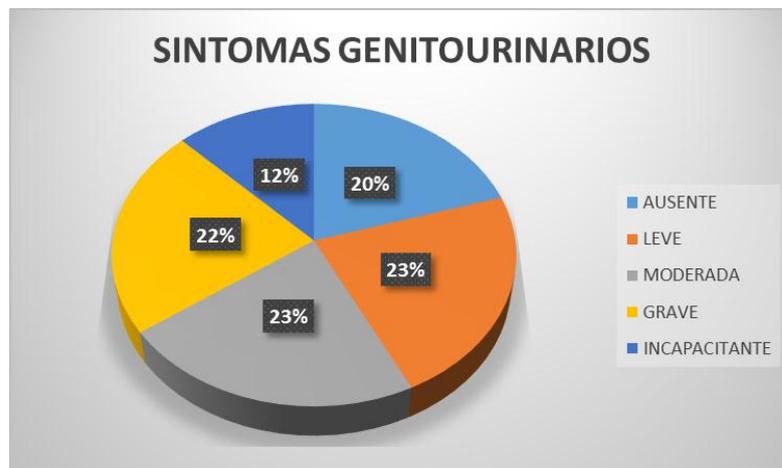


Gráfico estadístico No. 12

Elaborado por: García Marcelo

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de personas estudiadas el 20% no sufren de síntomas genitourinarios; el 23% lo hace levemente; el 23% lo hace moderadamente; el 22% lo hace gravemente mientras que el 12% lo hace incapacitante; por lo que se puede decir

que la mayoría de personas sufren de síntomas genitourinarios leve y moderadamente; los que les hacen tener amenorrea; eyaculación precoz entre otros; los que están directamente relacionados a influir sobre el correcto desarrollo de la vida sexual del individuo.

### 13. Síntomas del Sistema Nervioso Autónomo

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	8	9%
LEVE	17	19%
MODERADA	27	30%
GRAVE	27	30%
INCAPACITANTE	10	11%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 13

Elaborado por: García Marcelo

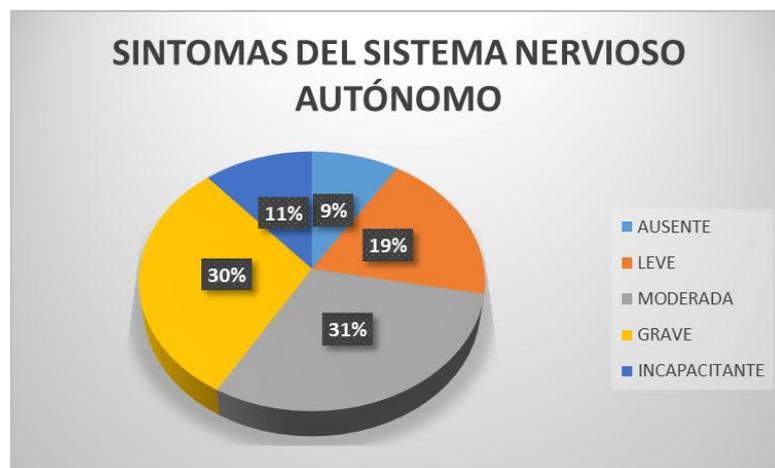


Gráfico estadístico No. 13

Elaborado por: García Marcelo

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de personas estudiadas el 9% no padece de síntomas en el sistema nervioso autónomo; el 19% lo padecen levemente; el 31% lo padecen moderadamente; el 30% lo padecen gravemente mientras que el 11% los padecen

incapacitante; por lo que se puede decir que la mayoría de las personas sufren síntomas en el sistema nervioso autónomo moderadamente; los síntomas del sistema nervioso autónomo van desde sequedad de la boca, palidez, enrojecimiento, sudoración excesiva entre otros los que se dan debido a la ansiedad que está presentando el individuo en el momento.

#### 14. Comportamiento durante la entrevista

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	9	10%
LEVE	30	34%
MODERADA	26	29%
GRAVE	17	19%
INCAPACITANTE	7	8%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 14

Elaborado por: García Marcelo

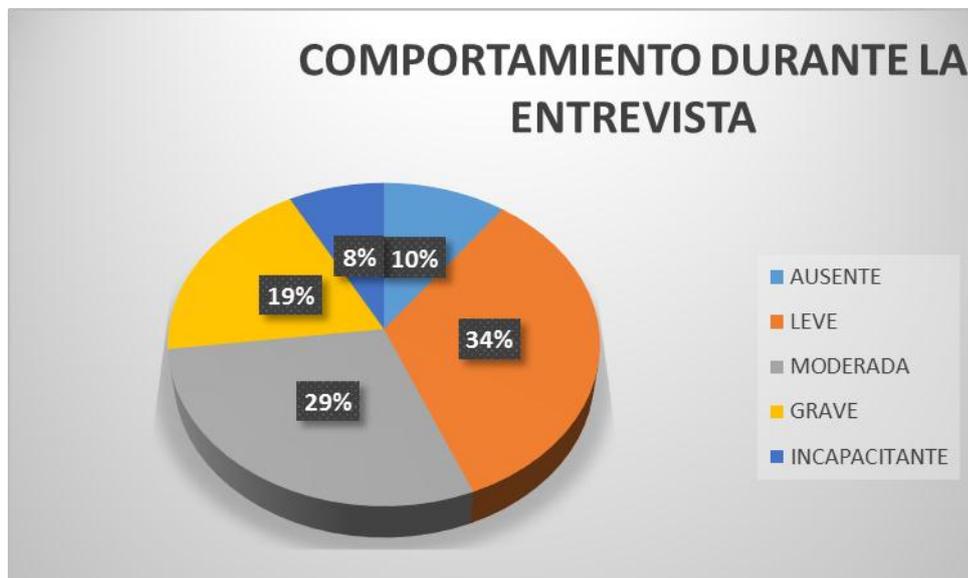


Gráfico estadístico No. 14

Elaborado por: García Marcelo

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de personas estudiadas el 8% se comportó ausente durante la entrevista realizada; el 34% estuvo levemente ansioso; el 29% estuvo moderadamente

ansioso; el 19% estuvo gravemente ansioso mientras que el 8% estuvo incapacitante ansioso; por lo que se puede decir que la mayoría de personas estuvieron levemente ansiosas durante la entrevista; lo que refleja que los datos son reales debido al alto nivel de tranquilidad con el que los entrevistados respondieron a las preguntas incluidas dentro del test.

## TEST DE FAGERSTROM DE DEPENDENCIA DE NICOTINA

### 1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

CANTIDAD DE CIGARRILLOS	OPCION	PORCENTAJE
<15	26	29%
16-25	25	28%
>25	38	43%
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>100%</b>

Tabla estadística No. 15

Elaborado por: García Marcelo

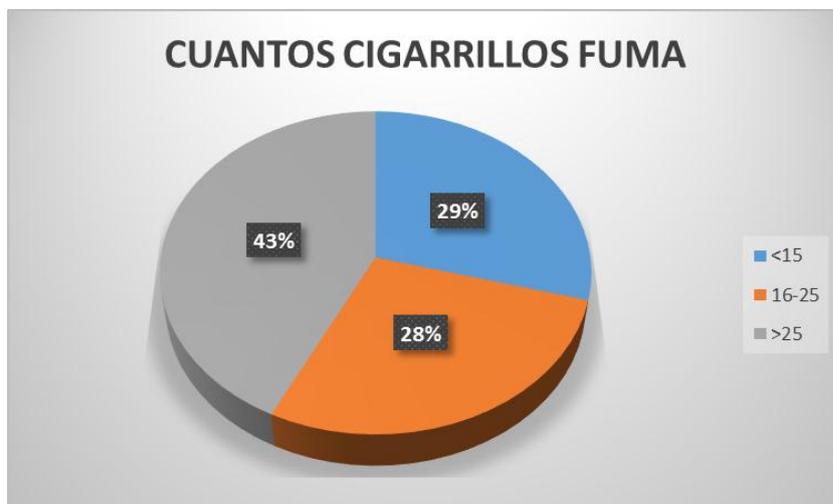


Gráfico estadístico No. 15

Elaborado por: García Marcelo

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de personas entrevistadas el 29% fuma menos de 15 cigarrillos diarios; el 28% fuma entre 16 y 25; mientras que el 43% fuma más de 25 cigarrillos diarios;

por lo que se puede decir que la mayoría fuma una cantidad superior de 25 cigarrillos diarios lo que hace ver fácilmente que son dependientes del tabaco y lo consumen con mayor frecuencia de la recomendada siendo esto nocivo para la salud

## 2. Que cantidad de Nicotina tienen tus cigarrillos?

CANTIDAD DE NICOTINA	OPCION	PORCENTAJE
BAJA	18	20%
MEDIA	26	29%
ALTA	45	51%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 16

Elaborado por: García Marcelo

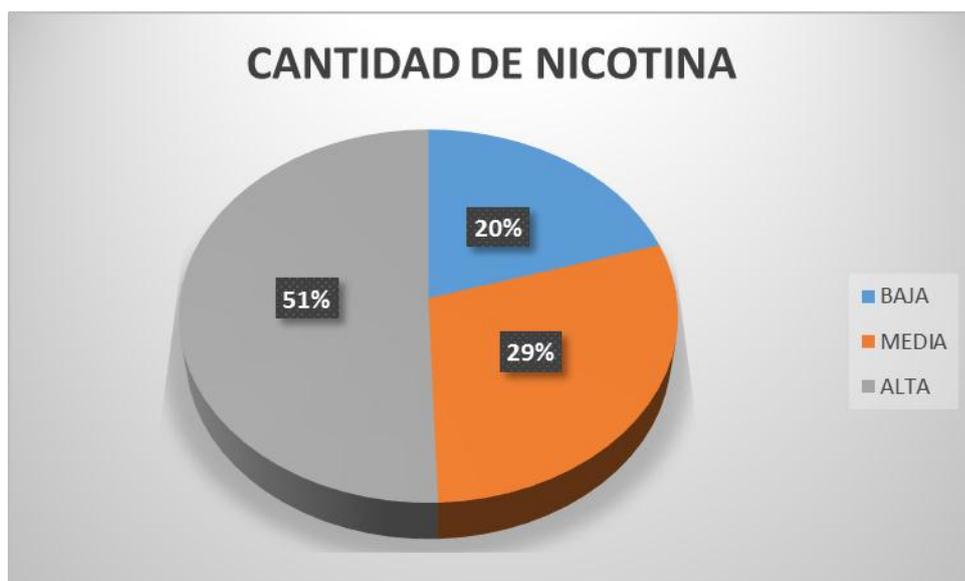


Gráfico estadístico No. 16

Elaborado por: García Marcelo

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de personas encuestadas el 20% consume cigarrillos con baja cantidad de nicotina; el 29% con cantidad media mientras que el 51% consume cigarrillos con

una cantidad alta de nicotina; por lo que se puede decir que la mayoría de personas consume cigarrillos con alto grado de nicotina dentro de ellos; al ser la nicotina el químico más dañino que tiene el cigarrillo en su composición se puede decir que todas estas personas son propensas a padecer un sinnúmero de enfermedades físicas y problemas psicológicos a partir del consumo de esta sustancia.

### 3. Inhala Humo?

INHALA HUMO	OPCION	PORCENTAJE
NUNCA	20	22%
A VECES	31	35%
SIEMPRE	38	43%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 17

Elaborado por: García Marcelo

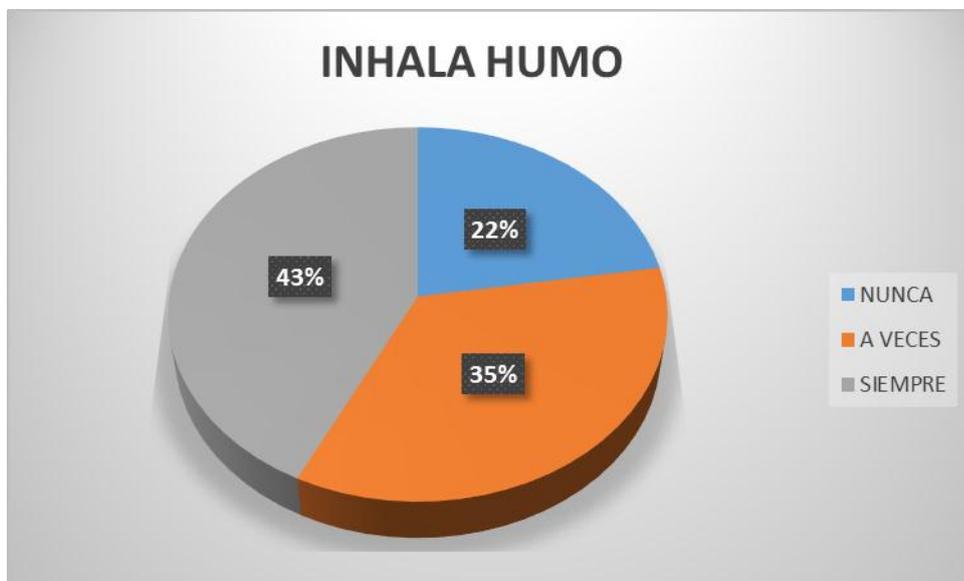


Gráfico estadístico No. 17

Elaborado por: García Marcelo

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de personas estudiadas el 22% no inhala humo; el 35% lo hace a veces mientras que el 43% lo hace siempre; por lo que se puede interpretar que la

mayoría de personas inhalan humo lo que es perjudicial para su salud en especial para su sistema respiratorio debido a la contaminación que supone el cigarrillo.

#### 4. Fumas por la mañana

PREGUNTA	OPCION	PORCENTAJE
SI	73	82%
NO	16	18%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 18

Elaborado por: García Marcelo



Gráfico estadístico No. 18

Elaborado por: García Marcelo

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de personas estudiadas el 82% fuma por la mañana mientras que el 18% no lo hace; por lo que se puede interpretar que la mayoría de personas fuman por la mañana; lo que quiere decir que necesitan mucho del cigarrillo y no pueden esperar al transcurso del día para consumir uno.

## 5. Tiempo transcurrido desde que se levanta hasta el primer cigarrillo

PREGUNTA	OPCION	PORCENTAJE
AL DESPERTAR	33	37%
DESPUES DE DESAYUNAR	56	63%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 19

Elaborado por: García Marcelo

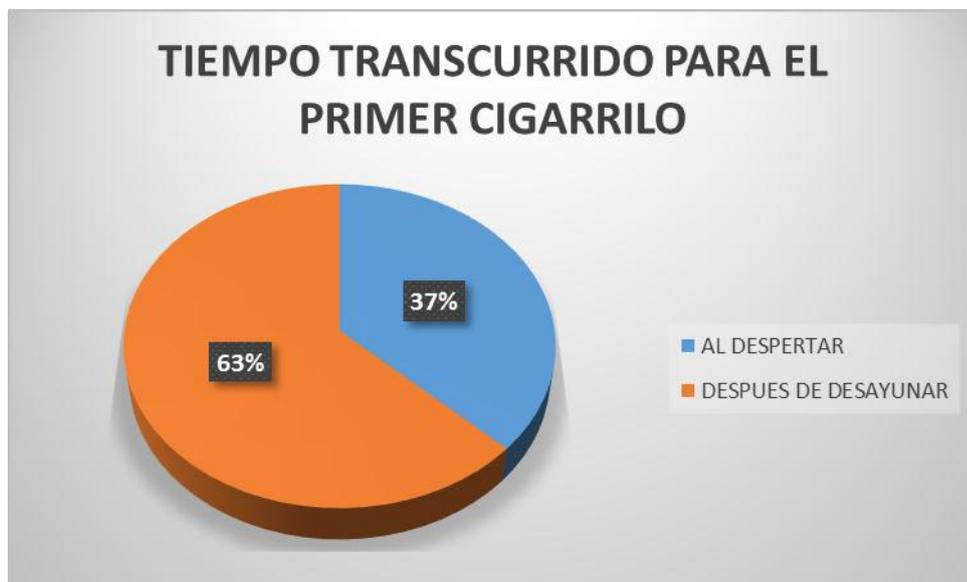


Gráfico estadístico No. 19

Elaborado por: García Marcelo

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de personas estudiadas el 63% consume el primer cigarrillo luego del desayuno mientras que el 37% lo hace al despertar; por lo que se puede interpretar que la mayoría de personas primeramente desayunan y luego consumen un cigarrillo lo que es considerado como un hábito atenuante ante la adicción al cigarrillo puesto que muchos adictos no esperan a desayunar para encender el primer cigarrillo teniendo más riesgos de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

## 6. Que cigarrillo le produce la mayor satisfacción en el día?

PREGUNTA	OPCION	PORCENTAJE
EL PRIMERO DEL DIA	37	42%
CUALQUIER OTRO	52	58%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 20

Elaborado por: García Marcelo



Gráfico estadístico No. 20

Elaborado por: García Marcelo

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de personas encuestadas el 42% considera que el cigarrillo que les causa mayor satisfacción es el primero del día mientras que el 58% considera que cualquier otro por lo que se puede interpretar que la mayoría de personas consideran que cualquier cigarrillo del día es igual de satisfactorio lo que nos hace notar que estas personas no necesitan fumar a primera hora en el día.

## 7. Fuma cuando está enfermo

PREGUNTA	OPCION	PORCENTAJE
SI	32	36%
NO	57	64%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 21

Elaborado por: García Marcelo

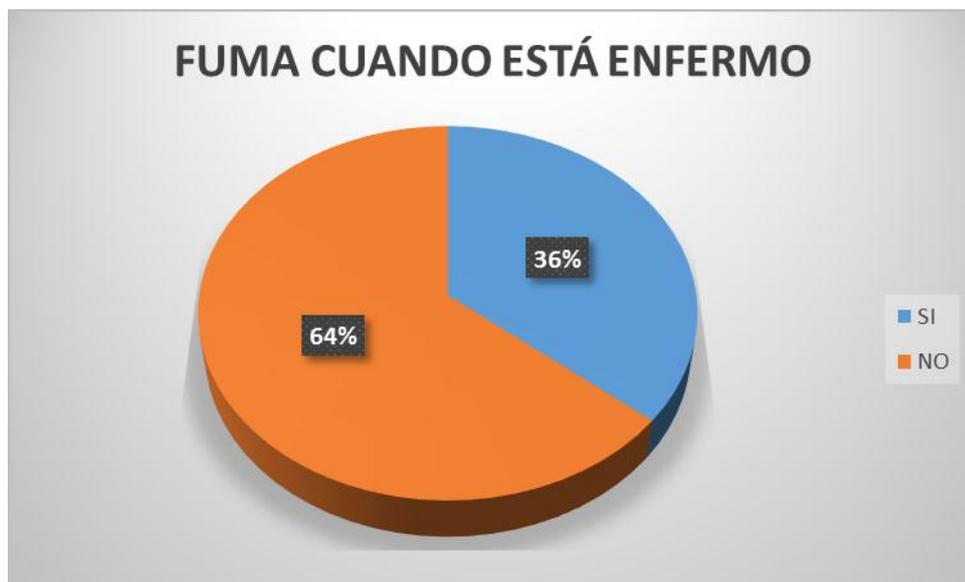


Gráfico estadístico No. 21

Elaborado por: García Marcelo

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de personas encuestadas el 36% fuma cuando está enfermo mientras que el 64% no lo hacen lo que quiere decir que la mayoría de personas encuestadas no fuma cuando tiene algún tipo de enfermedad

## 8. Fuma en lugares prohibidos

PREGUNTA	OPCION	PORCENTAJE
SI	39	44%
NO	50	56%
TOTAL	89	100%

Tabla estadística No. 22

Elaborado por: García Marcelo

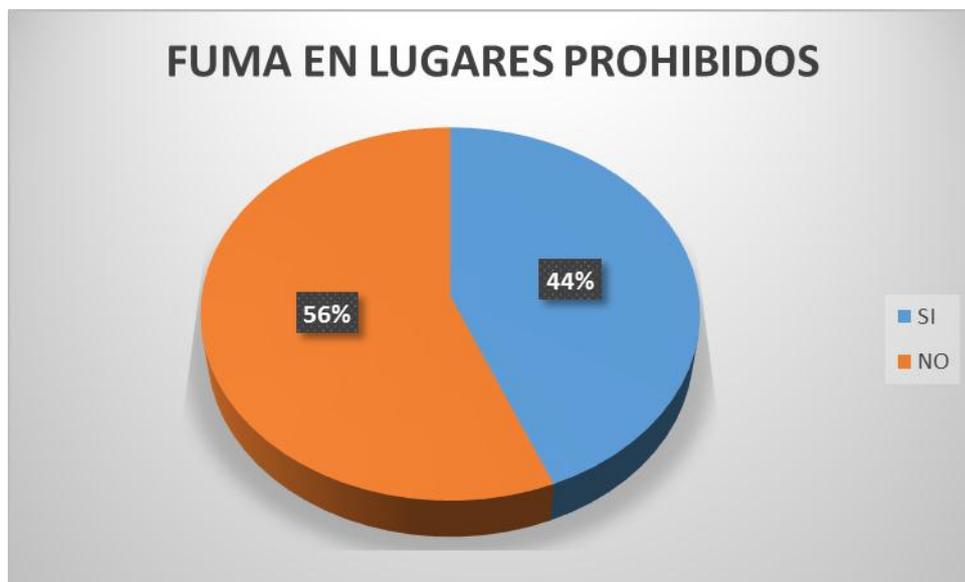


Gráfico estadístico No. 22

Elaborado por: García Marcelo

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de personas estudiadas el 44% fuma en lugares prohibidos mientras que el 56% no lo hacen lo que quiere decir que la mayoría de personas estudiadas no fuman en lugares públicos

## VERIFICACION DE HIPOTESIS

Para la comprobación de la hipótesis es necesario contar con la utilización de la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ), por medio del cual permite establecer la correspondencia de valores observados y esperados, permitiendo la comparación global del grupo de frecuencias a partir de la hipótesis que se quiere verificar.

La hipótesis de la investigación a estudiar es:

“La ansiedad tienen incidencia en el consumo de tabaco en los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica, de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, en el período marzo - agosto 2013”

### 4.3.1 Planteamiento de la Hipótesis

**Ho:** La ansiedad tienen incidencia en el consumo de tabaco en los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica, de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, en el período marzo - agosto 2013

$$O=E \quad \Longrightarrow \quad O-E=0$$

**Hi:** La ansiedad NO tienen incidencia en el consumo de tabaco en los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica, de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, en el período marzo - agosto 2013

$$O \neq E \quad \Longrightarrow \quad O-E \neq 0$$

### Nivel de significancia y grados de libertad

#### Simbología:

Ho= Hipótesis Nula

Hi= hipótesis alternativa

fo= Frecuencia Observada

fe= Frecuencia Esperada

$\alpha$ = Nivel de Significancia

**gl**= Grados de libertad

**nf**= Número de filas

**mc**= Número de columnas

$x^2$  = Chi cuadrado Tabulado

$x^2c$  = Chi cuadrado Calculado

**Determinación tabla de contingencia frecuencias observadas y frecuencias esperadas**

**TABLA DE CONTINGENCIAS**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>TAL VEZ</b>	<b>TOTAL</b>
Pregunta No 1 Escala Hamilton	60	20	9	89
Pregunta No 1 Test Fagerstrom	65	15	9	88
<b>TOTAL</b>	125	35	17	177

Tabla Estadística No. 23

Fuente: Investigación de campo 2013

Elaborado por: García Marcelo

**TABLA DE FRECUENCIAS OBSERVADAS**

	<b>FRECUENCIAS OBSERVADAS</b>	<b>FRECUENCIAS ESPERADAS</b>	<b>fo-fe</b>	<b>(fo-fe)<sup>2</sup></b>	<b>(fo-fe)<sup>2</sup>/FE</b>
	70	62,85310734	7,1468927	51,078075	0,81
	26	17,59887006	8,4011299	70,578984	4,01
	85	62,14689266	22,853107	522,26452	8,40
	18	17,40112994	0,5988701	0,3586453	0,02
	14	8,548022599	5,4519774	29,724058	3,48
	8	8,451977401	-0,451977	0,2042836	0,02

Tabla Estadística No. 24

Fuente: Investigación de campo 2013

Elaborado por: García Marcelo

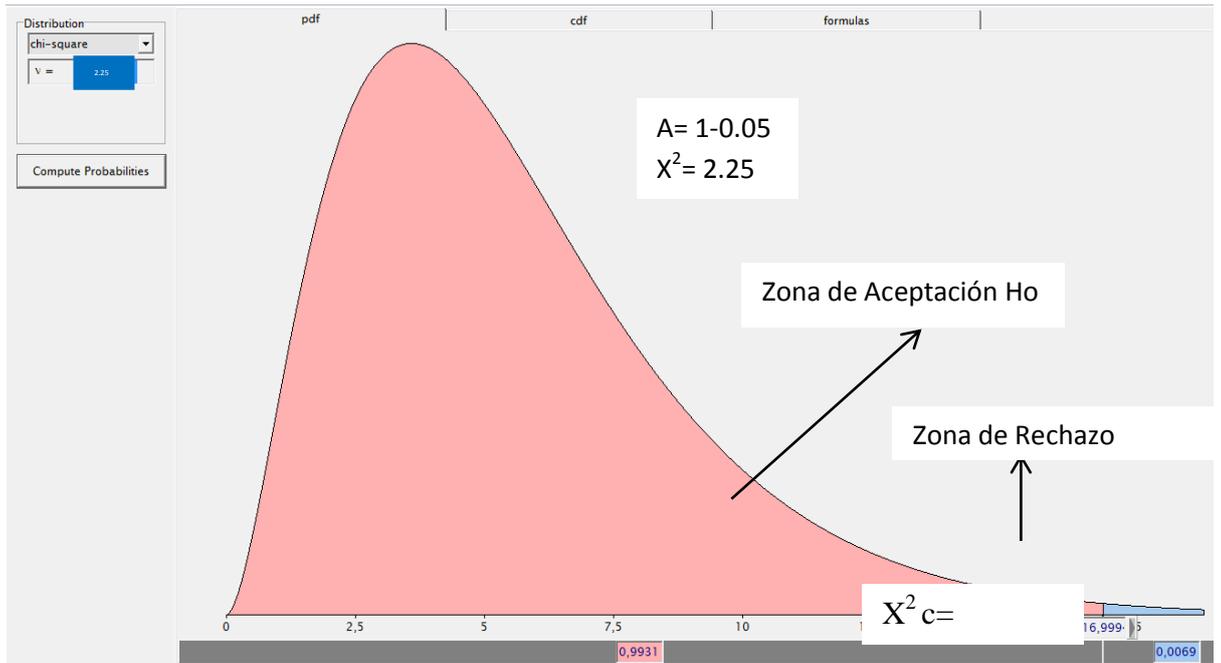


Gráfico estadístico No. 23

Elaborado por: García Marcelo. (2013)

### PASO 6 CÁLCULO DE CHI CUADRADO CALCULADO ( $X^2C$ )

$$X^2C = \sum \left[ \frac{(fo - fe)^2}{fe} \right]$$

$$X^2C = 2.25$$

#### Decisión

**Por lo que se concluye que:** Se acepta la Hipótesis La ansiedad tienen incidencia en el consumo de tabaco en los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica, de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, en el período marzo - agosto 2013

## **CAPÍTULO V**

### **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

- A partir de los resultados de la investigación se concluye que la ansiedad tiene incidencia en el consumo de tabaco de los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato.
- Se puede evidenciar que la sintomatología fisiológica de la ansiedad está marcada con un 31% moderada y 30% grave, lo cual afecta la cotidianidad y la calidad de vida de los estudiantes, lo cual deteriora clínicamente a los individuos
- Se observa que el humor ansioso también predomina los resultados con un 34% grave y un 21% de forma incapacitante, por lo tanto los individuos se encuentran sometidos a altos niveles de ansiedad que los afectan biopsicosocialmente, impidiendo un normal desarrollo en lo académico, social y personal.
- Se evidencia que el consumo de tabaco es alto, tanto en cantidad como en dosis de nicotina diaria, afectando al estudiante en su salud física y mental, que combinado con la ansiedad resultan en un círculo vicioso.

#### **5.2 RECOMENDACIONES**

- Organizar programas permanentes para la atención primaria y secundaria en casos de ansiedad y consumo de tabaco, especialmente con prevención y psicoeducación.
- Promover hábitos saludables en el entorno universitario y en la comunidad en general.

- Poner énfasis en el grupo estudiantil más vulnerable, para generar programas de ayuda más personalizados, dividiéndolos en grupos según la necesidad terapéutica.
- Trabajar con equipos multidisciplinarios, profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud para abordar esta problemática desde todos los ámbitos.
- Actualizar los datos estadísticos y comparar si existe un incremento o una disminución en la prevalencia del problema.
- Socializar los avances terapéuticos tanto en la universidad como en la comunidad, para así generar una atmósfera de confianza y participación
- Se recomienda ampliar la investigación y las opciones terapéuticas hacia todas las carreras de la Universidad Técnica de Ambato, ya que la ansiedad y el consumo de tabaco son un problema que afecta a muchos individuos en la sociedad.
- Implementar políticas de salud mental para estudiantes, docentes y personal administrativo de la Universidad Técnica de Ambato.
- Prestar mayor atención en las temporadas en las cuales se evidencia un incremento de la ansiedad, como la época de exámenes o a finales del semestre, y así brindar atención terapéutica oportuna.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1. PROPUESTA**

**TEMA:** “FORMACIÓN DE GRUPOS TERAPEÚTICOS PARA LOS ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA QUE PADECEN ANSIEDAD Y CONSUMO DE TABACO A TRAVÉS DE UN ENFOQUE PSICOSOCIAL”

#### **6.2. Datos Informativos**

**Provincia**

Tungurahua

**Cantón**

Ambato

**Beneficiarios**

- Estudiantes que debido a su ansiedad consumen tabaco
- Familiares
- El Investigador

**Responsables:**

- Marcelo García (Investigador)
- Tutor del Trabajo Investigativo

#### **6.3. Antecedentes de la Propuesta**

De la investigación previamente realizada se pudo evidenciar la necesidad de trabajar con la ansiedad de las personas que consumían tabaco puesto que se consideró que es la causa predominante para dicho consumo; y debe atenderse con la mayor brevedad posible.

Luego de considerar e investigar previamente que los altos niveles de ansiedad son los que llevan al consumo de tabaco es necesario plantear alternativas que lleven al paciente a manejar la ansiedad de una forma adecuada y partiendo de esto disminuir el consumo de tabaco en los grupos previamente establecidos.

Es necesario dar una solución a este panorama ya que el tabaquismo es una adicción que afecta a un gran porcentaje de la población y a sus familias puesto que el fumador pasivo es quien padece también los síntomas del tabaquismo.

#### **6.4. Justificación**

La presente propuesta es importante porque la implementación de grupos de ayuda para personas que padecen ansiedad y por este motivo consumen tabacos, ayudara a reducir los niveles de ansiedad y tabaquismo en la ciudad de Ambato.

Esta tentativa de solución es necesaria ya que ninguna entidad ya sea pública o privada de la ciudad ha tratado de solucionar este problema; por lo que se debe plantear un modelo que no solamente sirva para solucionar los inconvenientes de la investigación sino ayude a entidades y personas preocupadas por el bienestar comunitario a imitar el modelo propuesto y establecer soluciones a grupos con mayor número de individuos.

La propuesta tiene un impacto positivo, porque existirá una terapia adecuadamente formulada para el tratamiento de la ansiedad y consumo de tabaco que aqueja a distintos grupos de personas teniendo esto buenos resultados en muchos aspectos.

#### **6.5. Objetivos**

##### **6.5.1. Objetivo General**

Implementar grupos terapéuticos para estudiantes que padezcan ansiedad y esto conlleve al consumo de tabaco basado en un entrenamiento cognitivo- conductual dentro de la ciudad de Ambato en el último trimestre del año 2012

### **6.5.2. Objetivos Específicos**

- Recolectar Información necesaria para el diseño de grupos terapéuticos, como edad, sexo, semestre al que pertenece el estudiante
- Socializar el planteamiento de implementación de una propuesta de atención sobre la ansiedad y el tabaquismo.
- Monitorear el desarrollo de la propuesta
- Evaluar permanentemente para la toma de correctivos y mejoras

### **6.6. Análisis De La Factibilidad**

La viabilidad de realización de la presente propuesta se presenta de la siguiente manera:

#### **1. Ambiental**

La propuesta propiamente dicha no compromete de ninguna forma al medio ambiente puesto que para su realización no se necesita realizar ningún proceso que lo comprometa directamente.

#### **2. Rentabilidad Social:**

Se considera una propuesta socialmente beneficiosa ya que ayudara a las personas que padecen de ansiedad y a causa de esto consumen tabaco a que modifiquen los hábitos haciendo así que la propuesta sea beneficiosa no solo para ellos sino para la salud de toda la sociedad.

### **6.7. Fundamentación**

#### **DEFINICIÓN DE GRUPO**

- Formado por 2 o más personas
- Se comparten: contenidos, sentimientos que forman la cultura del grupo

- Interacción mutua
- Permanencia temporal

**GRUPO:** conjunto de personas que, unidas por un objetivo común, pueden interactuar entre sí, aceptando ciertas normas y compartiendo emociones pero, sobre todo, participando de un sentimiento común: el “nosotros” grupal, espíritu de equipo que los mantiene unidos al menos durante el tiempo que permanece la locomoción hacia el objetivo propuesto.

Todos los grupos tienen ciertos rasgos comunes y ciertas propiedades que se relaciona entre sí de muchos modos, de manera que sólo pueden ser estudiados provechosamente si estos parámetros o propiedades que son aplicables a todos los grupos quedan establecidos, definidos y entendidos.

Todo pequeño grupo, incluyendo naturalmente el grupo académico, tiene propiedades comunes por las cuales puede definirse. Un grupo no solo son varias personas, como las que se puede coincidir en un momento dado, por ejemplo, en un autobús, sino además un grupo reúne además ciertas características, entre las que cabe destacar al menos estas tres:

En primer lugar, la interacción, esto significa que un grupo es un conjunto de personas que interactúan, que se relacionan entre sí, que se comunican y se influyen mutuamente. En segundo lugar, la interdependencia, significa que los miembros de un grupo se necesitan unos a otros y por tanto deben cooperar para conseguir cosas que no podrían conseguir por separado. En tercer lugar, la identidad social. Esto significa que los miembros de un grupo desarrollan una conciencia de grupo.

Además de las características señaladas anteriormente a continuación se presentan otras esenciales para definir claramente un grupo

### **OBJETIVO COMÚN:**

Define y da vida al grupo

Conductas orientadas al logro

Metas individuales, subgrupos: complemento compaginación divergencia

### **ESTRUCTURA:**

Configuración que adquiere al constituirse

Conjunto interactivo de roles y posiciones

Lo permanente: roles y posiciones.

Variable: actividades y relaciones

### **ROLES:**

“Un modelo organizado de conductas, relativo a determinada posición del individuo en un conjunto interaccional”

Atribuidos por el grupo o asumidos directamente

Reflejados en la estructura

Desempeño de roles otorga un status.

## **LA PSICOLOGÍA Y LOS GRUPOS**

Se describe la evolución de la Psicología de grupo como un proceso de integración de la dimensión socio-emocional del grupo con la dimensión de la tarea. Los grupos centrados en las personas tienden a reforzar el polo de la identificación grupal, mientras los grupos centrados en la tarea tienden a reforzar el polo de la interacción.

Los equipos de trabajo permiten una integración de los procesos de identificación e interacción a través de la integración de la competición con la cooperación. Esta doble integración permite transformar la identificación grupal, entendida como dependencia, en identificación grupal, entendida como interdependencia.

A menudo se ha definido en términos amplios, abarcando muchas clases de grupos con objetivos tan variables, como desde cambios de comportamientos hasta cambios educacionales. Toda la terapia de grupo tiene el propósito de aliviar enfermedades o preocupaciones-angustias con la ayuda de un guía cualificado. Lo que distingue el tratamiento en grupo de otros métodos es el uso de la interacción con el grupo como agente para el cambio.

Es necesario hacer una semblanza histórica de los grupos, es así que en 1905, el Dr. Joseph Pratt, un médico de Boston, reunió todos sus pacientes de tuberculosis juntos para hacer semanalmente intercambios de opiniones en grupo y encontró que esas sesiones parecía que favorecían un soporte mutuo, aliviaban las depresiones y hacían decrecer la sensación de aislamiento. Moreno, que es considerado como el mejor para desarrollar el psicodrama, fue el primero que utilizó el término “terapia de grupo” en 1920. Los tratamientos en grupo fueron considerados ineficaces hasta la Segunda Guerra Mundial.

Las numerosas bajas neuropsiquiátricas a consecuencia de la guerra obligaron a los gobiernos de USA e Inglaterra a encontrar la manera más eficiente y económica de tratar a esos veteranos, Desde entonces, el campo de la terapia de grupo ha crecido vertiginosamente y actualmente se aplica en diferentes marcos clínicos para variados tipos de problemas.

### **La teoría psicosocial del grupo**

Para explicar esta evolución se utiliza la teoría psicosocial del grupo (Ayestarán, Martínez-Taboada y Arrospide, 1996), elaborada a partir de tres procesos: Interacción, Identificación y Distribución del poder en el grupo.

Se ha propuesto que el tratamiento de los trastornos adictivos requiere un abordaje multidisciplinar, donde las intervenciones psicoterapéuticas desempeñan un importante papel. Una aproximación que ha adquirido gran expansión en el

tratamiento de los trastornos adictivos ha sido la terapia cognitivo conductual (TCC).

Las teorías y terapias conductuales y cognitivas han servido de fundamento y contribuyen significativamente al enfoque cognitivo conductual en el tratamiento de las conductas adictivas. La asunción básica de la TCC es el reconocimiento de que existe una relación recíproca entre los procesos cognitivos de las personas (lo que piensan), su afectividad (lo que sienten) y su conducta (lo que hacen).

Los orígenes de la TCC se hallan en la teoría del aprendizaje, tanto en las contribuciones del condicionamiento clásico como operante, en la teoría de aprendizaje social cognitivo, con aportaciones del aprendizaje observacional, la influencia del modelado y el papel de las expectativas cognitivas como determinantes del comportamiento y en la teoría y terapia cognitiva que enfatiza la importancia de los pensamientos.

#### **Proceso de la Interacción Social en el grupo:**

La Interacción social en el grupo consiste en el intercambio de percepciones, ideas, sentimientos y proyectos que permite a los miembros del grupo construir percepciones, ideas, sentimientos y proyectos compartidos.

#### **El proceso de la Distribución del Poder en el grupo:**

La Interacción social tiene efectos diferentes sobre el grupo y sus relaciones con otros grupos según sea el proceso de distribución del poder en el grupo: En el caso de una alta jerarquización intragrupal, la interacción social conduce al reforzamiento de la identidad social del grupo y al reforzamiento del conflicto intergrupalo. En cambio, en el caso de baja jerarquización intragrupal, la interacción social conduce a una permanente redefinición de las creencias, valores, sistemas de comunicación y normas de comportamiento.

Se acentúa el conflicto individuo-grupo. Se cuestiona la identidad del grupo. Se favorece la definición y clarificación de las identidades personales, a través de

procesos de comunicación que acentúan el intercambio de percepciones, ideas, sentimientos y proyectos individuales. Los conflictos interpersonales son el resultado de la competición por controlar el grupo. El aprendizaje en el manejo de estos conflictos intragrupal constituye el instrumento básico para el desarrollo de la identidad personal de los individuos.

### **El proceso de la Identificación Grupal:**

Consiste en la autoidentificación de los miembros del grupo con las propiedades psicosociales que definen al grupo psicológica y socialmente. Los grupos institucionales tienen una identidad grupal, definida en términos de creencias, valores, sistema de comunicación y normas de comportamiento.

Estos grupos tienen una historia anterior a la interacción interpersonal y los miembros del grupo, al integrarse en él, se ven obligados a asumir como propias las características que definen la identidad grupal. El reforzamiento de la identidad social supone la dependencia de los individuos con respecto al grupo.

Sin embargo, cuando se introduce una fuerte competición interna en el grupo, sus miembros tienen la oportunidad de aprender a resolver de una manera constructiva los conflictos internos del grupo y acceder a una cooperación que desembocará en la conciencia de interdependencia.

### **La dialéctica entre interacción e identificación**

Cualquier grupo humano tiene que mantener su identidad, pero, al mismo tiempo, debe responder a las demandas del entorno y facilitar el crecimiento personal de sus miembros.

Cuando acentúa el polo de la identificación, el grupo favorece la aparición de conductas de no confrontación entre sus miembros. La cohesión grupal adopta entonces la forma de la identificación con los objetivos del grupo. Este tipo de

cohesión no soporta bien las diferencias entre los individuos y tiende a uniformar sus pensamientos y sus comportamientos, lo que supone un funcionamiento colectivista con pérdida de creatividad, de iniciativa y de capacidad de respuesta a las demandas del entorno por parte del grupo. Aumenta la probabilidad de que las decisiones tomadas en grupo sean erróneas.

Cuando el grupo favorece la interacción entre sus miembros y permite el cuestionamiento de los objetivos, de los valores y de las normas de funcionamiento del grupo, facilita la aparición del conflicto tanto interpersonal como grupal y refuerza la identidad personal de sus miembros.

### **Identificación como dependencia e identificación como interdependencia**

En los años 90, la Psicología aplicada de grupo se ha ido desplazando hacia los Equipos de trabajo. Se sigue utilizando el grupo, y mucho, en el área de la salud y en el área de la psicología comunitaria, pero, en los años 90, se ha ampliado su campo de aplicación a la psicología del trabajo.

Ésta ha sido la evolución más clara en la Psicología de grupo de los años 90. Pero esta evolución en el campo de la psicología aplicada viene acompañada de una evolución teórica importante en la conceptualización de las relaciones Individuo-

Grupo. Se ha pasado del concepto de identificación como dependencia a una concepción de la identificación grupal como interdependencia. El grupo no se construye a partir de la identificación de los sujetos con los objetivos, con los valores y los sistemas de comunicación del grupo (los sujetos no asumen un pensamiento grupal preexistente, lo que conduciría a la identificación como dependencia), sino a partir de la conciencia que adquieren los miembros del grupo de que cooperando consiguen mejor encontrar una respuesta a sus intereses personales (los sujetos construyen un pensamiento grupal y un objetivo común que ayuda a todos a alcanzar sus objetivos personales).

El paso de la concepción de la identificación grupal como dependencia a la concepción de la identificación grupal como interdependencia supone otro cambio teórico: la integración de los procesos de competición y cooperación. La cooperación no excluye la competición interna, siempre que, en la competición, todos los miembros del grupo pongan sus conocimientos al servicio de los objetivos del grupo.

### **Las Nuevas Tecnologías y la creación de equipos de trabajo**

La distinción entre grupos centrados en los procesos cognitivos y emocionales de las personas y grupos centrados en la tarea es una distinción que proviene de los clásicos de la psicología de los grupos. Sin embargo, esta distinción ha sido perjudicial para el desarrollo de la psicología de los grupos dentro de la psicología social.

Mientras la psicología académica se centraba en el estudio de los procesos de la interacción y de la identificación, la Psicología aplicada de los grupos ha estado excesivamente ligada a los grupos de Terapia y a los grupos de Autoayuda y de Apoyo. Tal como predijeron Levine y Moreland (1990), la psicología de los grupos comenzó a desarrollarse, en los últimos años, fuera de la psicología social y, concretamente, en el marco de la psicología de las organizaciones.

En España, como en el resto del mundo, se ha dado un evolución en la Psicología del grupo en la dirección de un mayor interés por los equipos de trabajo. Trabajar en equipo significa crear nuevos conocimientos sobre los procesos laborales y sobre los procesos psicosociales, con miras a la mejora de estos mismos procesos (Mankin, Cohen y Bikson, 1996; Moreno y González, 1996; González de Chávez García, 1994). La creación de nuevos conocimientos se realiza a través de tres procesos psicosociales.

1. Participación de todos. Todos los miembros del equipo tienen experiencia del proceso que se trata de mejorar. Todos los conocimientos son válidos y tienen que ser tomados en consideración.

2. La construcción de un objetivo compartido, capaz de integrar los diferentes intereses personales de los miembros del equipo. Dicha construcción supone aprender a pensar a partir de las aportaciones de todos. La técnica de los equipos consiste en analizar y clasificar las aportaciones de todos los miembros y buscar un objetivo a partir de las aportaciones de todos.

3. Integración de ideas opuestas, lo que se consigue profundizando sobre las ideas aportadas y tratando de relacionar ideas aparentemente opuestas.

La informática permite recoger las ideas producidas por el equipo, acumular las aportaciones de diferentes equipos, clasificar y analizar las ideas con miras a la búsqueda de soluciones capaces de aportar una mejora de los procesos. En este sentido, las tecnologías de la información son inseparables del trabajo en equipo.

Por otra parte la telemática permite el trabajo de equipo a distancia. El trabajador está menos ligado a un lugar y más ligado a una metodología de trabajo en equipo (Peiró, Prieto y Zornoza, 1993).

El trabajo en equipo permite superar la distinción entre grupos centrados en las personas y grupos centrados en la tarea, de la misma forma que permite superar la oposición entre competición y cooperación. La competición intragrupal no excluye la cooperación, ni la identificación con el grupo supone reducción de la competición interna. Aquí se pasa de una concepción de la identificación grupal como dependencia del grupo a una identificación grupal considerada como interdependencia real entre los miembros del grupo.

En el caso de los equipos de trabajo cobra pleno sentido la hipótesis de la covariación de Deschamps (1996): cuanto más fuerte es la identificación de los miembros con su grupo, más importante es la diferenciación interindividual dentro del mismo grupo.

Cuanto más se identifiquen los sujetos con el objetivo del grupo, tanto más se acepta la competición interna, porque esta competición interna favorece el

crecimiento del grupo. Esto se relaciona también con el mecanismo grupal del "Primus inter pares" descrito por Codol.

La integración de la competición y la cooperación en el grupo nos llevará a conceptualizar de otra forma las relaciones entre lo intragrupal y lo intergrupalo: el aumento de la competición intragrupal no va a suponer necesariamente reducción de la competición intergrupalo, ni el aumento de la competición intergrupalo va a suponer reducción de la competición intragrupal.

### **Los grupos centrados en las personas**

Las técnicas grupales de psicoterapia, en sus diferentes orientaciones teóricas y técnicas, tienden a reforzar el polo de la identificación grupal. Fomentan la interacción entre los miembros del grupo, pero se refuerzan solamente aquellas interacciones que favorecen el desarrollo de los valores terapéuticos. Los valores y normas de funcionamiento grupal están preestablecidos. El terapeuta trata de orientar el grupo hacia un funcionamiento que sea realmente "terapéutico".

Inicialmente, el poder radica en el terapeuta, pero, a medida que avanza la terapia, los miembros del grupo participan más en la gestión de los procesos de grupo. Muchas de las terapias llamadas grupales son, en realidad, terapias realizadas en grupo, en el sentido de que utilizan el grupo como caja de resonancia, fuente de refuerzos, de apoyo emocional y de modelos de imitación. No se establece ninguna relación entre la evolución psicológica de los miembros del grupo y la evolución de los procesos de grupo. Esto se puede afirmar, de manera especial, respecto a los grupos psicoanalíticos y respecto a los grupos de orientación humanística. No es, sin embargo, del todo cierto respecto a los grupos de terapia breve.

El grupoanálisis es el modelo terapéutico grupal que trata de relacionar los procesos psicológicos individuales con los procesos sociales del grupo (Martínez Azumendi, 1990; Campos, 1990; Roldán, 1990). Se parte de la idea de que los

síntomas provienen de bloqueos en los sistemas de comunicación entre cada individuo y los demás, que acaban convirtiéndose en bloqueos intrapsíquicos. Lo social es anterior a lo personal. La terapia consiste en cambiar el sistema de comunicación social para transformar el diálogo intrapsíquico. Por lo mismo, el crecimiento personal tiene una doble dimensión:

- Vertical: dimensión intrapsíquica. Es la definición de la identidad personal, la desculpabilización y la asunción de la propia responsabilidad.
- Horizontal: Dimensión interpersonal y grupal. Es la definición de las pautas de comunicación y del rol que juega cada uno en el grupo.

El cambio cultural que se opera en los grupos grupoanalíticos conduce a un reforzamiento de la identidad personal a través de los siguientes mecanismos:

Un sistema de comunicación más abierto a las experiencias que los sujetos viven en los grupos sociales, lo que facilita la transferencia de los aprendizajes realizados en el grupo terapéutico a los grupos sociales.

Un estilo más activo en el manejo de los conflictos, tanto de los conflictos que surgen entre los miembros del grupo como de los conflictos que surgen entre éstos y los valores, objetivos y normas de funcionamiento que definen la identidad social del grupo. El paso del estilo pasivo al estilo activo en el manejo de los conflictos significa el abandono gradual de los estilos de evitación y conformidad y acentuación de los estilos de compromiso, competición y cooperación.

La adopción de nuevos roles, diferentes a los utilizados por los miembros del grupo en sus grupos sociales.

El cambio estructural que se opera en los grupos grupoanalíticos se traduce en una mayor participación de los miembros del grupo en la gestión del grupo. Sin embargo, esta descentralización del poder en el grupo es limitada porque la presencia del terapeuta mantiene en el grupo una asimetría de poder que es insuperable en los grupos terapéuticos.

En resumen, los grupos terapéuticos, incluso los de orientación grupoanalítica, mantienen una gran dependencia del grupo. La razón fundamental es que su objetivo es propiciar el crecimiento de las personas, reforzar su identidad personal, pero evitando la competición interpersonal que necesariamente, al no tener una tarea objetiva que realizar, se establecería en torno a las clásicas dimensiones del amor y del poder.

En ausencia de una tarea objetiva, la competición interpersonal se traduce en las siguientes preguntas: ¿Quién es mejor? ¿Quién tiene más poder? ¿Quién es más querido? Esta competición se da inevitablemente en los grupos centrados en las personas, pero el terapeuta tiene que compensarla con preguntas que favorecen la cooperación: ¿Quién escucha mejor? ¿Quién percibe mejor las necesidades ajenas? ¿Quién está más dispuesto a ayudar a los demás? En los grupos centrados en las personas, la competición interpersonal se opone realmente a la cooperación.

### **Los grupos centrados en la tarea**

En los equipos de trabajo existe una tarea objetiva: mejorar la calidad de los procesos de trabajo. La competición se establece en torno a los conocimientos que puede aportar cada uno para realizar la tarea común. Todos los miembros del grupo ponen en común los conocimientos que tienen. Una vez aportadas las ideas, el grupo las clasifica y las analiza sin atribuirles a nadie en particular. Son ideas del grupo en su conjunto. De la misma forma, cuando se llega a una discusión entre ideas diferentes, no se trata de decidir cuál de ellas es la buena, sino que se trata de profundizar en las ideas confrontadas hasta encontrar entre ellas una relación que nos permita integrarlas en una idea superior. A la hora de tomar decisiones, se evita cualquier votación que desemboque en mayorías y minorías. Hay que lograr el consenso. Para ello, una vez más, no hay otro camino que buscar entre las diferentes propuestas presentadas alguna relación que nos permita integrarlas.

La competición se establece en torno a una tarea que interesa a todos. Aquí se puede competir porque la competición beneficia a todos. Esta competición no supone ataque alguno a las personas y puede coexistir con la cooperación. La competición interpersonal, en términos de quién es mejor, quién tiene más poder, quién es más querido, ni siquiera es planteada abiertamente. Los conflictos interpersonales se dejan en estado latente y no se abordan directamente. Se ponen entre paréntesis. Esta es la forma de trabajar en equipo de los ingenieros, economistas y técnicos de empresa.

Pero no es posible ignorar los conflictos interpersonales indefinidamente. Los conflictos latentes, con una fuerte carga emocional, perjudican la actividad racional de los equipos de trabajo, como ya lo vieron hace mucho tiempo tanto Lewin como Bion.

Aquí es donde los psicólogos podemos aportar algo que es importante para el éxito de los equipos de trabajo: integrar el análisis de los procesos laborales con el análisis de los procesos grupales e individuales (Alcover de la Hera, 1998).

Al haber separado el estudio de los grupos centrados en las personas del estudio de los grupos centrados en la tarea y haber orientado la psicología de grupo a los grupos centrados en las personas, hemos abandonado un terreno extremadamente importante para el desarrollo y cambio de las organizaciones y para el crecimiento personal de los trabajadores.

## **Conclusión**

La psicología social, hoy, en España, intenta recuperar un campo de trabajo para el que está preparada mejor que algunos que provienen de otras titulaciones. La misión del psicólogo en el campo de los Equipos de trabajo es integrar el cambio organizacional, el cambio grupal y el cambio individual. El cambio no puede darse en un plano sin que repercute inmediatamente en los otros dos planos. Sería

fácil desarrollar esta idea desde una perspectiva sistémica, pero no es el objetivo de este trabajo.

A medio plazo, esto supondrá un avance profesional de la Psicología en España y una nueva forma de abordar los temas básicos de la psicología de grupo como la competición, cooperación, dependencia, interdependencia, identidad social e identidad personal.

### **6.8. Modelo Operativo**

## RESUMEN DEL PLAN OPERATIVO

INDICADORES	RESPONSABLES	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACION
Formación de los grupos de terapia	Investigador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indagar</li> <li>• Recopilar</li> <li>• Poner en marcha</li> </ul>	El investigador  Computador  Apuntes Varios	Funcionalidad de los Grupos
Evaluación de los grupos de terapia	Investigador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escoger terapeutas</li> <li>• Evaluar</li> <li>• Establecer correctivos</li> </ul>	El Investigador  Computador  Apuntes Varios	Depuración  Clasificación, y  Análisis
Socializa importancia de la propuesta	Sociedad en General	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer saber la sociedad a cerca de las modificaciones de la propuesta</li> </ul>	El investigador  Autoridades  Computador	Presentación de resultados de la investigación
Diseño de la propuesta	El investigador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puesta en marcha de la propuesta</li> </ul>	Computador  Investigador	Evaluación periódica y mejora continua

Tabla No. 4 Plan Operativo

Elaborado por: García, Marcelo. (2014)

## Terapias a realizar

TERAPIA DE GRUPO					
OBJETIVO	SESIÓN	ACTORES	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN
Reconocer los sentimientos de ansiedad y las reacciones somáticas	Primera	Terapista y grupo de apoyo de adicción	Obtención de información sobre lo que le provoca la ansiedad	Computador	Repreguntas y definición del centro del problema
				Mesa redonda	
				Audio o Música de relajación	
	Segunda	Terapista y grupo de apoyo de adicción	Identificación de tipos de sentimientos	Computador	Trabajo escrito
				Video Ilustrativo	
	Tercera	Terapista y grupo de apoyo de adicción	Construcción de jerarquias de las situaciones que generan ansiedad	Audio o Música de relajación	Reacciones de ansiedad
					Reacciones somáticas
	Cuarta	Terapista, grupo de apoyo de adicción, familiar cercano	Entrenamiento y relajación	Audio o Música de relajación	Intercambio de experiencias que generan ansiedad

Tabla No. 5 Terapia a realizar

Elaborado por: García, Marcelo. (2014)

<b>TERAPIA DE GRUPO</b>					
<b>OBJETIVO</b>	<b>SESIÓN</b>	<b>ACTORES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Desarrollar un plan de afrontamiento de la ansiedad	Quinta	Terapista y grupo de apoyo de adicción	Reconocimiento por parte de los pacientes de frases o acciones que permitan contrarrestar la ansiedad de consumir tabaco	Computador	Escritura de frases que permitan la reducción de la ansiedad
				Mesa redonda	
				Audio o Música de relajación	
	Sexta	Terapista y grupo de apoyo de adicción	Desarrollo de estrategias de afrontamiento de la ansiedad de fumar tabaco	Video Ilustrativo	Ubicación de estrategias en un lugar visible
	Séptima	Terapista y grupo de apoyo de adicción	Ejercicios de Autoevaluación y autorrefuerzo sobre el tabaquismo	Computador	Trabajo escrito
				Video Ilustrativo	

Tabla No. 6 Terapia de Grupo

Elaborado por: García, Marcelo. (2014)

<b>TERAPIA DE GRUPO</b>					
<b>OBJETIVO</b>	<b>SESIÓN</b>	<b>ACTORES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Evaluar su propia actuación y autorreforzarse cuando sea adecuado	Octava	Terapista y grupo de apoyo de adicción	Revisión de conceptos y habilidades aprendidas en las reuniones de apoyo	Computador	Cuestionario
				Mesa redonda	
				Audio o Música de relajación	
	Novena	Terapista y grupo de apoyo de adicción	Exposición a situaciones que producen ansiedad	Técnicas de Modelado Rol playing	Observación de afrontamiento de situaciones
	Décima	Terapista y grupo de apoyo de adicción	Administración de refuerzo	Computador	Trabajo escrito
				Video Ilustrativo	

Tabla No. 7 Terapia de grupo evaluar

Elaborado por: García, Marcelo. (2014)

## **Resumen de las terapias**

Las terapias de grupos que se utilizan para trabajar con personas con ansiedad por tabaquismo están repartidos en objetivos y actividades de cada uno a cumplir y así poder ir mejorando su comportamiento.

- En el primero se pretende reconocer los sentimientos de ansiedad y las reacciones somáticas que se presentan, se tendrán cuatro sesiones entre el terapeuta y el grupo que necesita la ayuda. En la primera sesión se obtendrá información sobre que genera la ansiedad y esto se lo hará a través de sonidos relajantes y videos que sean relacionados con el problema de tabaquismo. En la segunda sesión se identificarán los tipos de sentimientos que producen la ansiedad por el tabaquismo a través de un video ilustrativo. En la tercera sesión se construirán jerarquías de las situaciones que generan la ansiedad a través de trabajos de grupo que permiten exteriorizar sus sentimientos. La cuarta sesión será también con un familiar cercano y este servirá para el entrenamiento de afrontación del problema de ansiedad, enseñándoles ejercicios de relación que permitan disminuir estos sentimientos.
- El siguiente objetivo a cumplir será el desarrollar un plan de afrontamiento de la ansiedad y este se hará a través de tres sesiones, en la primera se da un reconocimiento de las frases o acciones que los pacientes usan para poder contrarrestar la ansiedad del consumo de trabajo, en la siguiente sesión se desarrollará estrategias de afrontamiento de la ansiedad de fumar. Para la séptima sesión continuando con el proceso de terapia se realizaran ejercicio de autoevaluación y autorrefuerzo de lo visto en el tabaquismo y también las formas de relajarse y contrarrestar estos síntomas.
- El tercer objetivo a cumplir es evaluar la actuación de cada paciente y conocer cuando auto reforzar. Aquí se presentan tres sesiones más a las mencionadas en las cuales se pretende hacer una revisión de los conceptos y habilidades aprendidas en el grupo de apoyo, también la exposición a situaciones que produzcan ansiedad para poder controlarla y ejercitar la

relajación aprendida, la última sesión será para administrar el refuerzo necesario cuando exista una situación crítica.

- Se han añadido cuatro sesiones más repartidos en dos objetivos a cumplir, en primer lugar el trabajar a fondo con problemas emocionales y rasgos de personalidad que incidan en la generación de ansiedad y el consumo de tabaco. Aquí se realizan tres sesiones en las cuales se describen las manifestaciones de la ansiedad en general para luego abordar específicamente el problema por tabaquismo y luego en la siguiente sesión se brindan las herramientas para combatirlos. Finalmente para este objetivo se presentan técnicas alternativas para conocer problemas emocionales profundos a través de la hipnosis.
- Y posteriormente para combatir los estilos dañinos de alimentación se presenta una charla de opciones para alimentarse y así poder contribuir con la reducción del grave impacto que produce el tabaco en la salud de los pacientes.

## **6.9 Administración de la Propuesta**

### **Recursos:**

#### **6.9.1 Institucionales**

Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Ambato

#### **6.9.2 Humanos**

Investigador: Marcelo García

Personal de Apoyo: Gabriel Jerez

Tutor: Ps.Cl. Javier López

Los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica

### 6.9.3 Materiales

- Hojas de papel bond
- Reactivos Psicológicos
- Laptop
- Proyector
- Impresiones

### 6.10. Presupuesto

Rubro de Gastos	Valor
Personal de apoyo	100
Adquisición de equipos	100
Material de Escritorio	200
Material bibliográfico	50
Transporte	20
Transcripción del informe	50
<b>Total:</b>	<b>520</b>

### Tabla No. 8 Presupuesto

Elaborado por: García Marcelo. (2014)

### 6.11. Plan de Monitoreo y Evaluación

A fin de asegurar la ejecución de la propuesta de conformidad con lo programado, para el cumplimiento de los objetivos planteados, se deberá realizar el monitoreo del plan de acción, como un proceso de seguimiento y evaluación permanente que

nos permita anticipar eventualidades, con la finalidad de asegurar la consecución de las metas.

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
¿Quiénes solicitan Evaluar?	El investigador
¿Por qué evaluar?	Porque es necesario saber si algún proceso está fallando para corregirlo con la mayor brevedad.
¿Para qué evaluar?	Para determinar si la propuesta contribuye al logro los objetivos planteados.
¿Qué evaluar?	El impacto de los grupos de terapia para personas con ansiedad
¿Quién evalúa?	Los beneficiarios de la propuesta.
¿Cuándo evaluar?	Durante el proceso e inmediatamente luego de concluida la aplicación de la propuesta.
¿Cómo evaluar?	A través de encuestas, y cuestionarios, elaboradas en base indicadores pertinentes.

**Tabla No. 9 Plan de monitoreo**

Elaborado por: García Marcelo. (2014)

## 6.12. Cronograma

Enero – Agosto 2013									
Nro.	Meses	1	2	3	4	5	6	7	8
	Activid.	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
1	Elaboración del proyecto	■							
2	Prueba piloto			■					
3	Elaboración del marco teórico				■				
4	Recolección de información					■			
5	Procesamiento de datos						■		
6	Análisis de los resultados y las conclusiones						■		
7	Formulación de la respuesta							■	
8	Redacción del informe final								■
9	Transcripción del informe								■
10	Presentación del informe								■

**Tabla No. 10 Cronograma**

Elaborado por: García Marcelo. (2014)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

Byron, W. F., Browne, E., & Poter, R. (1986). Diccionario de historia de la ciencia. Barcelona: Herder.

Cerda, H. (1998). Los elementos de la investigación. Bogota: El Búho.

Jiménez, R. C., & Solano, R. S. (2004). Tabaquismo (Vol. II). Madrid: Monografías Neumomadrid.

Lenk, H. (1988). Entre la epistemología y la ciencia social. Barcelona: Alfa.

Parra, M. L. (2005). Epistemología de las ciencias. Cuba: La Universidad de las Villas, Santa Clara.

Sedena; Semar; Gobierno Federal México. (2011). Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, Guía de Referencia Rápida, GPC, Guía de Práctica Clínica. México: Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-392-10.

Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. revista mal-estar e subjetividade / fortaleza, III(1), 10 - 59.

## LINKOGRAFÍA

Aguilar, S. (07 de Junio de 2013). Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica, ANDES. Obtenido de 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>

DIARIO EL COMERCIO. (30 de Mayo de 2013). *Ecuador gasta semanalmente USD 1,2 millones en cigarrillos*. Obtenido de: [http://www.elcomercio.com.ec/sociedad/INEC-DiaMundialsinTabaco-cigarrillo-cancer-Ecuador\\_0\\_928707259.html](http://www.elcomercio.com.ec/sociedad/INEC-DiaMundialsinTabaco-cigarrillo-cancer-Ecuador_0_928707259.html)

DIARIO EL COMERCIO . (Julio de 2011). *El consumo de tabaco es mayor entre 18 y 29 años*. Obtenido de: [http://www.elcomercio.com.ec/sociedad/consumo-tabaco-mayor-anos\\_0\\_517148409.html](http://www.elcomercio.com.ec/sociedad/consumo-tabaco-mayor-anos_0_517148409.html)

Herrero, i. V. (2012). *Recomendaciones para la salud del hombre*. Obtenido de: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/consumo-tabaco-alcohol-hombres.shtml>

Martín, E. (2009). *Ansiedad* . (e. e. Revisado por Dr. Pablo Rivas, Editor) Obtenido de: <http://www.webconsultas.com/ansiedad/causas-de-la-ansiedad-399>

Muñoz, A. (2012). *Qué es la ansiedad y por qué se produce*. Obtenido de: <http://motivacion.about.com/od/ansiedad/a/Que-Es-La-Ansiedad-Y-Por-Que-Se-Produce.htm>

Muñoz, A. (2013). *Los síntomas de ansiedad*. Obtenido de: <http://motivacion.about.com/od/ansiedad/a/Los-Sintomas-De-Ansiedad.htm>

Organización Mundial de la Salud OMS . (2013). *Tabaquismo*. Obtenido de: <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>

Trujillo, B. M. ( 2010). Modelo Cognitivo – Conductual. (F. d. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ed.) *Obtenido de Teorías de la Personalidad II*: <http://www.monografias.com/trabajos82/modelo-cognitivo-conductual/modelo-cognitivo-conductual2.shtml#elmodeloca>

Universidad del Desarrollo Profesional UNIDEP. (Marzo de 2012). *Formación de Valores I*. Obtenido de *Formación de Valores I*. Obtenido de: <http://formaciondevalores1.files.wordpress.com/2012/05/5-los-valores.pdf>

## **CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA**

**SCIELO:** Edgar, Merchán-Hamann; Bruna, Brands; Carol, Strike; Robert, Mann; Akwatu, Khenti (2012) *Comorbilidad entre abuso/dependencia de drogas y el distrés psicológico*

Recuperado el 20 de Noviembre de 2013, de

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000500014&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000500014&lang=pt)

**SCIELO:** Luis A. Tafur-Calderón, Juan C. Millán-Estupiñan, Helmer Zapata-Ossa, Gustavo A. Ordoñez-Arana Y Jesús M. Varela (2010) *Tabaquismo y supervivencia estudiantil en la Universidad Santiago de Cali. 2004-2007*

Recuperado el 15 de Diciembre de 2013, de

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642010000200007&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000200007&lang=pt)

**SCIELO:** J. Hernández, C. Guevara, F. García, J. Tascón (2006) *Hábito de fumar en los estudiantes de primeros semestres de la Facultad de Salud: características y percepciones. Universidad del Valle, 2003*

Recuperado el 30 de Diciembre de 2013, de

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342006000100005&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342006000100005&lang=pt)

**SCIELO:** Elsa Siabato, Xiomara Forero, Concepción Paguay (2013) *Relación entre ansiedad y estilos de personalidad en estudiantes de Psicología*

Recuperado el 8 de Enero de 2014, de

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-23862013000200007&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862013000200007&lang=pt)

**SCIELO:** Serafín Balanza, Isabel Morales, Joaquín Guerrero (2009) *Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados*

Recuperado el 15 de Enero de 2014, de

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742009000200006&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200006&lang=pt)

## **Anexos**

### **Anexo # 1**

#### **Cuestionario: Escala de Hamilton para la ansiedad**

#### **Test: M. Hamilton, (1959)**

Objetivo: Evaluar el nivel de intensidad de la ansiedad.

1.- Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión, irritabilidad). 0 1 2 3 4

2.- Tensión (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un solo lugar). 0 1 2 3 4

3.- Miedos (a la obscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, a las multitudes etc.). 0 1 2 3 4

4.- Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio, cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos).  
0 1 2 3 4

5.- Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria). 0 1 2 3 4

6.- Humor deprimido (falte de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día). 0 1 2 3 4

7.- Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura). 0 1 2 3 4

8.- Síntomas somáticos generales (sensoriales) (zumbidos de oído, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo). 0 1 2 3 4

9.- Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores del pecho, latidos vasculares, extrasístoles). 0 1 2 3 4

10.- Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire). 0 1 2 3 4

11.- Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío). 0 1 2 3 4

12.- Síntomas genitourinarios (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de la frigidez, eyaculación precoz, impotencia). 0 1 2 3 4

13.- Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de la boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección). 0 1 2 3 4

14.- Comportamiento durante la entrevista:

-General: el sujeto se demuestra tenso incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensas, aumento de tono muscular, respiración jadeante, palidez facial.

- Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia, de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp / min, reflejos tendinosos vivos, temblor dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonias palmares.

0 1 2 3 4

Anexo # 2

### **Test de Fagerström**

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

< 15	0
16-25	1

> 26 2

2. ¿Qué cantidad de nicotina contienen sus cigarrillos?

Baja (< 0,5 mg) 0

Media (0,6 a 1,1 mg) 1

Alta (> 1,2 mg) 2

3. ¿Inhala el humo?

Nunca 0

A veces (de vez en cuando) 1

Siempre 2

4. ¿Fuma más frecuentemente por la mañana que por la tarde?

Sí 0

No 1

5. Tiempo transcurrido desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo:

Al despertar (menos de 30 minutos) 0

Después de desayunar (más de 30 minutos) 1

6. ¿Qué cigarrillo le produce mayor satisfacción o le costaría más suprimir?

El primero del día 0

Cualquier otro 1

7. ¿Fuma cuando está enfermo?

Sí 0

No 1

8. ¿Fuma en lugares prohibidos (hospitales, cine, metro)?

Sí 0

No 1