



**MEJOR EDUCACIÓN PARA MUCHOS MÁS**

**Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales**  
**Trabajo de Integración Final de Psicología**

Tabaquismo y Apoyo Social en estudiantes de Escuelas Secundarias.

Evaluación de la dependencia a la nicotina y su relación con los factores de apoyo social percibido en alumnos de la EEM Nro. 2, CABA

Viana, Jorge Sebastián      L.U. 1029948  
**Carrera:** Licenciatura en Psicología  
**Tutor:** Lic. Rial, Verónica      **Firma Tutor:**  
**Fecha de Presentación:**

## **INDICE**

1. Resumen.....	3
2. Abstract.....	4
3. Introducción.....	5
4. Objetivos .....	11
a. General.....	11
b. Específicos .....	11
5. Marco teórico.....	12
5.1. Adolescencia y tabaquismo .....	12
5.2. Trastornos por consumo de tabaco .....	15
5.3. Adolescencia y Apoyo social .....	17
6. Estado del Arte.....	22
7. Metodología de estudio .....	26
7.1. Diseño .....	26
7.2. Muestra .....	26
7.3. Instrumentos .....	27
a. Cuestionario socio demográfico .....	27
b. Test de adicción a la nicotina .....	27
c. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido .....	28
7.4. Procedimiento de recolección y análisis de datos .....	30
8. Resultados .....	31
8.1. Estadísticos descriptivos de la muestra .....	31
8.2. Estadísticos descriptivos de las variables de investigación .....	34
8.3. Correlaciones .....	55
8.4. Asociación entre las variables de investigación .....	56
8.5. Comparación de medias de las variables de investigación. Pruebas T. ....	58
8.6. Comparación de medias de las variables de investigación. ANOVAS de un factor ..	59
9. Discusión y Conclusiones.....	61
10. Referencias Bibliográficas .....	66
11. Anexo.....	74

## **1. RESUMEN**

El presente estudio tiene como objetivo, identificar la existencia del tabaquismo entre los estudiantes de escuela secundaria y poder establecer su relación con el apoyo social percibido.

Se utilizó un diseño no experimental. El tipo de investigación fue cuantitativa, aplicada y expofacto. Se realizó un estudio transversal, de tipo descriptivo correlacional.

La muestra estuvo conformada por 100 adolescentes de ambos sexos, entre 13 y 22 años, pertenecientes a la EEM N°2 del barrio de Belgrano en la Ciudad de Buenos Aires. Los instrumentos utilizados para dicha investigación, fueron El Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina y la Escala Multidimensional de Apoyo Social de Zimet, Dahlem, Zimet & Farley.

Los resultados arrojaron bajo nivel de dependencia a la nicotina y puntajes medios para apoyo social percibido; siendo los amigos, la red social de la cual perciben mayor contención durante los momentos difíciles y situaciones críticas.

En cuanto a las correlaciones, todas resultaron estadísticamente significativas. Las variables de investigación se encuentran inversamente relacionadas en la presente muestra. No se presentaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de investigación, según sexo, años de secundaria, ni según edad.

Palabras Clave: Adolescencia- Apoyo Social Percibido- Escuela Secundaria- Tabaquismo- Dependencia a la Nicotina.

## **2. ABSTRACT**

This study aims to identify the existence of smoking among high school students and to establish its relationship with perceived social support.

A non-experimental design was used. It was conducted a quantitative, applied and expo facto research. A transversal study was made, from correlational descriptive type.

The sample consisted of 100 adolescents of both sexes, between 13 and 22 years, belonging to the EEM N°2 from Belgrano neighborhood of Buenos Aires. The instruments used were: the Fagerström Test of Nicotine Dependence and Multidimensional Scale of Social Support from Zimet, Dahlem, Zimet & Farley.

The results showed low levels of nicotine dependence, and mean scores for total perceived support. Being friend, the social network, from whom participants perceived greater contention or support during difficult time and critical situations.

As for the correlations, all resulted statistically significant. The research variables are inversely related in this sample. There were no statistically significant differences in any of the research variables by sex, year of secondary, or by age.

Key Words: Adolescence- perceived social support- middle school- smoking – nicotine dependence

### **3. INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades no transmisibles constituyen la principal causa de muerte en la Argentina. Las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias y las lesiones producen el 58% de los óbitos y son la causa del 47% de los años potenciales de vida perdidos<sup>1</sup>. La estrategia más beneficiosa para disminuir la carga de morbimortalidad de estas enfermedades se relaciona con el control de los factores de riesgo y sus determinantes sociales. Las acciones deben tender a lograr cambios en los hábitos de vida de la población, ya que estos determinan varios de los factores de riesgo y la consecuente carga de enfermedad relacionada (Critchley, 2003; Unal 2005).

La experimentación con el tabaco es parte de una constelación de problemas comportamentales, influenciados en gran medida por variables sociales. En Estados Unidos de América, cerca del 64% de los escolares han experimentado con el tabaco, siendo la prevalencia de tabaquismo del orden del 10% al 15%<sup>2</sup>.

Según datos extraídos del Banco mundial, en el año 1999, se calculó que el número de niños y jóvenes que comienzan a fumar cada día, oscila entre 14.000 y 15.000 en los países ricos y entre 68.000 y 84.000 en países con rentas medias y bajas. Ello supone que, cada día en el mundo hay 82.000 y 99.000 niños que comienzan a fumar y a hacerse rápidamente adictos a la nicotina.

Más del 60% de los jóvenes, han probado el tabaco antes de los 15 años y casi un tercio de ellos, son fumadores activos (OMS, 2008).

En cuanto a la nicotina, podríamos conceptualizar la adicción, como la necesidad compulsiva de consumir nicotina. El consumo se puede realizar fumando o aspirando tabaco. La mayoría de los consumidores de tabaco fuman cigarrillos. Por eso también, se habla de la adicción a los cigarrillos, dependencia de los cigarrillos, adicción al tabaco o dependencia del tabaco.

La nicotina, presenta en su molécula, un enlace de nitrógeno vegetal y tóxico que actúa específicamente sobre los nervios y el cerebro y puede desencadenar una adicción.

---

<sup>1</sup>Datos extraídos de la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales: Información Básica 2007. [Acceso: 17-12-2010] Disponible en: <http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario07.pdf>

<sup>2</sup>Datos extraídos de US Department of Health and Human Services. The health and consequences of smoking nicotine addiction: a report of the Surgeon General. Washington, DC: US Gov Printing Office; 1998, y Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. MMWRRecomm Rep 2000;49:RR-16.

*Dependencia psíquica a la nicotina*: la persona dependiente psíquicamente de la nicotina, siente la necesidad irresistible de consumir nicotina constantemente.

*Dependencia física a la nicotina*: la persona dependiente físicamente de la nicotina, padece, además, síntomas de abstinencia físicos cuando le falta nicotina (Ruiz Von Felten et al., 2015).

Existen cuatro vías descritas de exacerbación de la dependencia de sustancias químicas: refuerzo positivo, refuerzo negativo, refuerzo condicionado positivo y refuerzo condicionado negativo (Wilker, 1973). El refuerzo positivo actúa como factor indispensable para la auto administración de la sustancia y clave para el mantenimiento de la dependencia (Wise, 1988).

Teorías basadas en la neuroadaptación sostienen que el mecanismo de la dependencia química se sustenta en los procesos de habituación afectiva (tolerancia hedónica) y de retracción afectiva (Solomon, 1977).

La nicotina estimula receptores cerebrales cuyo estado normal es inactivo. Estos receptores activados se constituyen como canales catiónicos de neuronas dopaminérgicas del área mesolímbica, relacionada con el sistema de recompensa involucrado en las hipótesis de dependencia descritas (Dani y Heinemann, 1996).

En nuestro país, había datos confiables de prevalencia de factores de riesgo en adultos, pero no se contaba con datos sobre la población adolescente<sup>3</sup>. En noviembre de 2007, el Ministerio de Salud de la Nación implementó por primera vez esta encuesta en la Argentina con el objetivo de proporcionar datos precisos sobre comportamientos relativos a la salud, factores de riesgo y factores protectores en alumnos del nivel medio o secundario.

La Encuesta de Tabaquismo en Adolescentes en la Argentina estableció la prevalencia e incidencia del hábito tabáquico en el país y su distribución demográfica. A nivel nacional, en el año 2007, un 52% de los alumnos habían probado fumar cigarrillos alguna vez, aunque sea 1 o 2 pitadas. La prevalencia de vida en la Provincia de Buenos Aires fue del 53,7%, mientras que la de la Ciudad Autónoma fue del 45,6% ( $p < 0,001$ ). A nivel nacional la prevalencia de mujeres que probaron fumar (54,8%) fue mayor que la de los hombres (48,9%) ( $p = 0,009$ ). Se observó una menor prevalencia de fumadores actuales en la ciudad de Buenos Aires (18,5%), comparada con la provincia de Buenos Aires (24,9%) ( $p = 0,0008$ ) y con el nivel nacional (24,5%). A su vez se observó en la ciudad capital una significativa y progresiva reducción en el porcentaje de fumadores actuales tomando como referencia los años 2000 y 2003. En todas las

---

<sup>3</sup> Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Encuesta nacional de Factores de Riesgo 2005. [Acceso:17-12-2010]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/enfr/index.asp>.

jurisdicciones la prevalencia de tabaquismo fue mayor en mujeres. El mayor porcentaje de adolescentes de nuestro país prueba fumar por primera vez entre los 12 y 13 años (44,5%), mientras que un 21,6% lo hace a los 11 años o menos. No se observan diferencias significativas en las jurisdicciones analizadas.

Los datos recolectados por la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ), muestran un panorama preocupante para las Américas (Global Tobacco Surveillance System Collaborating Group, 2005). En la región de Perú, la mitad de los adolescentes de 13 a 15 años de edad han fumado alguna vez en su vida, comparado con el 26% que lo hace en todo el mundo. El 18% de los adolescentes encuestados en las Américas ya fuman habitualmente a esta temprana edad, muy por encima del 10% que lo hace en todo el mundo. Asimismo, es preocupante que más de una cuarta parte de los que no fuman, dicen que, probablemente, empiecen a hacerlo en los próximos 12 meses. Esta es una tendencia que está nuevamente muy por encima del promedio mundial. Estas cifras no sólo son más altas que el promedio mundial, sino que son las más altas del mundo si las comparamos con el resto de las regiones del mundo.

Un indicador del grado de dependencia a la nicotina es que el 57% de los adolescentes que fuman han intentado dejarlo sin éxito. Un 7% de los encuestados manifiesta que lo primero que desea cuando se levanta es fumar. Esto es un signo de extrema dependencia a esta temprana edad. Además de los adolescentes que fuman activamente, es preocupante la cantidad de adolescentes que fuman pasivamente en lugares públicos y en sus hogares. El 59% de los encuestados respiran involuntariamente el humo de tabaco de los demás en los espacios públicos que frecuentan. La cifra de exposición al humo de tabaco ajeno en sus propios hogares, se torna algo más preocupante que en los lugares públicos. Un 43% respiran en sus casas, el aire envenenado con el humo de tabaco por los seres que supuestamente más los quieren.

Respecto al consumo de productos de tabaco diferentes a cigarrillos, se observó una prevalencia a nivel nacional de 8,9%, sin evidenciarse diferencias significativas a nivel de las distintas jurisdicciones. El consumo de estos productos a nivel nacional fue mayor en varones (11,6%) que en mujeres (6,5%) ( $p < 0,001$ )<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup>Datos obtenidos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes en Argentina. Resultados de 2007 y comparación con encuestas previas. Argentina, Mayo de 2009. Disponible en [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000005cnt-encuesta-tabaquismo-adolescentes\\_2007.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000005cnt-encuesta-tabaquismo-adolescentes_2007.pdf)

A pesar de que se conocen los efectos adversos del tabaquismo sobre el estado de salud, millones de personas continúan fumando (Ivanovic, 1997). En efecto, el tabaquismo y la exposición al humo del tabaco - fenómeno conocido como fumador pasivo o de segunda mano – constituyen una de las mayores causas prevenibles de morbimortalidad (McGinns, 1997; Simons 1999).

Las principales causas de mortalidad prematura entre los jóvenes se asocian a comportamientos de riesgo, con frecuencia relacionados entre sí, que suelen adoptarse durante esta etapa de la vida.

Es por esto que la prevención del tabaquismo cobra vital importancia. Evitar el inicio del tabaquismo en adolescentes debería ser un objetivo prioritario (Villalbí et al, 1999).

De lo expuesto puede apreciarse que la literatura describe que la edad media de inicio de consumo de tabaco se produce alrededor de los 13 años de edad (Souza, 2007). Debido a que la experimentación con el tabaco se inicia durante los primeros años de la adolescencia (Galt, 1994; Pierce, 1991), la industria tabacalera presiona, a través de sus mensajes, a esta franja de edad (Gilpin, 1994). Como forma de seducción, las compañías muestran perfiles deseables de conducta, que muestran a los jóvenes tal como ellos quisieran verse: siempre jóvenes, triunfadores, en un marco ausente de conflicto. Las agresivas campañas publicitarias de las tabacaleras consiguieron asociar los cigarrillos con valores socialmente reconocidos como la independencia, la madurez o la libertad, lo que popularizó enormemente su consumo, primero entre los hombres y posteriormente también entre las mujeres.

Varias teorías sociales han intentado explicar la adquisición del hábito de fumar. En particular, la conocida teoría del aprendizaje social de Bandura (1986). Ésta afirma que el comportamiento depende, en gran medida, de las expectativas a partir de las cuales se concibe el esquema deseado. Los adolescentes que tienen mayor tendencia a ser fumadores serían aquellos que anticipan en esa imagen la suya propia como algo que desearían ser (Simons, 1999).

Si el tabaquismo se inicia verdaderamente durante esta etapa de la vida, entonces los programas preventivos deberían tener en cuenta este hecho (Grandpre, 2003; Meijier, 1996).

Los centros escolares son el marco para el estudio de estos hábitos, como para poner en marcha programas de hábitos saludables y prevención de drogodependencias (Martínez Álvarez, 1996).

El tabaco ha sido durante el siglo XX uno de las mayores causas de mortalidad en los países industrializados. Sin embargo, paulatinamente la sociedad ha ido adquiriendo conciencia de las enormes afecciones a la salud que ocasiona el tabaco, emprendiéndose desde diversos sectores sociales e institucionales una batalla contra el consumo del mismo. En los últimos años, esta lucha contra el tabaquismo se ha intensificado mediante una legislación más restrictiva en los espacios donde se permite fumar y agresivas campañas publicitarias que evidencian las consecuencias negativas del tabaco. Estos esfuerzos están dando sus frutos puesto que ha conseguido reducirse el número de fumadores y, lo que es más importante, se ha instalado en la conciencia colectiva de la sociedad la idea de que el tabaco es muy perjudicial para la salud, algo reconocido incluso por los propios fumadores.

Estudios realizados en la población adolescente (13 a 17 años) española, demostraron que la progresiva concienciación ciudadana sobre los efectos perversos del tabaco y por ende la continua reducción del número de fumadores, sin embargo, no está siendo acompañada de una menor tasa de iniciación de la población adolescente, tal y como apuntan numerosos estudios. Este estudio se basa en el entendimiento de que el consumo de tabaco se asocia con la estructura y la dinámica de la formación social y que los contextos sociales no son naturales, pero se refieren a las condiciones concretas de las reproducciones sociales de los diferentes grupos sociales (Soares, 2009).

En esta perspectiva teórica, el tabaco, así como otra mercancía, sigue un proceso de producción que tiene la ganancia como su principal objetivo. Para estimular el consumo, la comercialización de la industria se basa en instrumentos que introducen en las representaciones sociales, dinámicas que caracterizan el consumo de tabaco como algo fundamental para la realización de una vida de plena satisfacción. Los mensajes dirigidos a los diferentes segmentos sociales exploran diversos aspectos, teniendo en cuenta las diversas posibilidades de distribución y consumo, que representan el contexto de la sociabilidad en diferentes grupos sociales (Soares, 2009).

La adolescencia es una etapa de cambios físicos y psicosociales en las que se adoptan conductas de riesgo, dentro de una difícil búsqueda de equilibrio entre la dependencia familiar y la autonomía personal, necesaria para el crecimiento individual y social. La familia influye con los escasos contactos del adolescente con el sistema sanitario y también puede influir en

algunas conductas de riesgo, como el consumo de sustancias tóxicas (como podría ser en este caso el tabaco).

Por otro lado, debemos tener en cuenta que el grupo de iguales, los amigos, son un referente social, para la búsqueda de autonomía. El tabaco, supone un tipo de relación cultural y socialmente aceptada e incluso necesaria para formar parte de un grupo (Perez-Milena y Martínez-Fernández, 2006). Es por este motivo, que el apoyo social percibido por el adolescente, puede ser influyente o determinante a la hora de iniciarse o adoptar una conducta tabáquica. Podemos definir al apoyo social, como un complejo constructo que tiene tres dimensiones: estructura, función y percepción de calidad. A nivel conceptual, en el último tiempo, adquieren vigencia las propuestas de Saranson et al. (1990) y Thoits (1992), que suponen una progresiva subjetivación del concepto de apoyo social. Se propone que la verdadera naturaleza del apoyo social, hay que buscarla en los procesos perceptivos de los sujetos implicados, lo que tradicionalmente se ha denominado apoyo social percibido. La creencia o percepción que el apoyo emocional está disponible, parece influir mucho más fuertemente sobre la salud mental que el apoyo social efectivamente recibido en un momento determinado (Arechabala Mantuliz y Miranda Castillo, 2002).

Una revisión sistemática de la literatura resultó en una fuerte asociación entre la pobreza y la prevalencia del tabaquismo, en una relación inversa entre el nivel de ingresos y el consumo de tabaco<sup>5</sup>. También puso de manifiesto que el consumo fue mayor entre los individuos de clases sociales con dificultades en el consumo de bienes y servicios, así como la inserción en el mercado laboral formal. Por el contrario, las mayores oportunidades para el abandono del tabaco se encuentran entre las personas de clase media y alta, como se evidencia en un estudio cualitativo sobre el tema (Paul, 2011).

Estudios llevados a cabo en diferentes áreas de la socialización de los jóvenes adultos y adolescentes, describen los factores socioeconómicos, como el riesgo para el inicio del consumo de tabaco en la adolescencia: el nivel socioeconómico más bajo, asistir a una escuela pública, el trabajo remunerado y estudiar de noche (Barbosa, 2012; Pinto, 2007; Silva, 2009).

---

<sup>5</sup> Datos extraídos de: WHO. Systematic review of the link between tobacco and poverty/[project leader]: Agustín Ciapponi. Work conducted for WHO by the Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria– IECS), Argentine Cochrane Centre IECS, Iberoamerican Cochrane Network: World Health Organization; 2011.

Aunque los factores de riesgo asociados con el inicio del consumo son ampliamente estudiados, la perspectiva multifactorial del contexto y de los aspectos representacionales de inicio y mantenimiento del consumo de tabaco está poco estudiada, y eso pondría de manifiesto los determinantes sociales de consumo y acciones que podrían centrarse en el problema de una de manera más sólida. Comprender el contexto social en relación al consumo de tabaco es una preocupación explícita en la asistencia sanitaria, ya que la comprensión sociológica de las cuestiones que rodean estos contextos le dará un mejor lugar al trabajo en salud (Poland, 2006). Conocer y entender por qué el adolescente comienza a fumar es necesario para poder intervenir eficazmente desde la administración pública, diseñando políticas y campañas adaptadas a la población objeto de las mismas.

En el presente estudio partiremos de las siguientes definiciones:

Consideraremos tabaquismo a la necesidad compulsiva de consumir nicotina. Nos centraremos en la dependencia física a la nicotina (Ruiz Von Felten et al., 2015).

Consideraremos apoyo social a un complejo constructo que tiene tres dimensiones: estructura, función y percepción de calidad. Se refiere a la creencia o percepción que el apoyo emocional está disponible (Arechabala Mantuliz y Miranda Castillo, 2002).

## **4. OBJETIVOS**

De acuerdo a lo planteado como marco introductorio, este trabajo estará regido por los siguientes objetivos:

### **Objetivo general:**

Identificar la existencia del tabaquismo entre los estudiantes secundarios de la EEM Nro. 2 del Barrio de Belgrano de la CABA, y poder establecer sus relaciones con el apoyo social percibido por los adolescentes para el diagnóstico del tabaquismo en la presente muestra.

### **Objetivos específicos:**

1. Estudiar el nivel de apoyo social percibido en la presente muestra.
2. Analizar el grado de dependencia física a la nicotina en la misma muestra.
3. Examinar la relación entre apoyo social percibido y dependencia física a la nicotina.

4. Determinar los niveles de apoyo social percibido y grado de dependencia física a la nicotina según las variables sociodemográficas de la muestra.

## **5. MARCO TEÓRICO**

### **5.1. Adolescencia y Tabaquismo**

En estudios recientes, se ha identificado que el consumo de drogas es un fenómeno que se ha incrementado de manera importante en los últimos años, lo trascendente de este hecho es que cuando los jóvenes las consumen están más propensos a cometer conductas disruptivas/violentas, tanto en el exterior como en el interior de las escuelas. Las investigaciones han encontrado que el período de 12 a 17 años de edad es el más susceptible para que los adolescentes se inicien en el consumo de drogas (Rojas-Guiot, Fleiz-Bautista, Medina-Mora Icaza, Morón y Domenech-Rodríguez, 1999).

Con el término adolescente se hace referencia al individuo que se encuentra en la etapa de la adolescencia. Es la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad, hasta el completo desarrollo del organismo. El adolescente es un experimentador frustrado (Faunes, 2005).

El adolescente comienza a fumar como un proceso de experimentación, que tiene como objetivo, conocer experiencias que cree propias de un adulto. Este proceso está influido por el entorno social en el que tiene lugar y por las características biológicas, psicológicas y sociológicas del individuo (Barrueco, 2005).

Diversos autores están de acuerdo en que el consumo de drogas tiene sus inicios y sus primeros desarrollos en etapas tempranas de la adolescencia, este problema de las adicciones suele estar asociado con la participación de los adolescentes en conductas desadaptativas en el ámbito escolar (Kandel, 1980; Kandel y Logan, 1984; Luengo, Otero, Mirón y Romero, 1995).

Además de otros factores psicosociales, tenemos que constatar un hecho: la gran mayoría de jóvenes o adolescentes, tiene alrededor, alguna persona que fuma. En efecto, según los

datos de Elvira y Mañosa (1983), el 75% de los sujetos tenían algún familiar próximo fumador, el 85% algún maestro que fumaba en clase y el 63,5% algún amigo que era fumador. A ello debemos unir los datos que muestran el papel central que el aprendizaje social tiene sobre el tabaquismo de niños y adolescentes. En este sentido, los adolescentes pueden asociar el fumar con la posesión de poder, prestigio, etc. (por ejemplo, al ver a los políticos o artistas en televisión con el cigarrillo y observando cómo sus padres fuman mientras los riñen o incluso castigan a ellos por fumar, etc.). Y así, por ejemplo, se sabe que los padres aumentan la probabilidad de que sus hijos fumen si ellos fuman a pesar de las normas y valores que exponen verbalmente (Baer y Katkin, 1981).

Y desde luego, más importante aún va a ser la influencia de la conducta de los amigos del adolescente (Leventhal y Cleary, 1980). Se sabe también que a medida que el niño de edad escolar madura se produce una transición de la influencia desde los padres a los compañeros (Krosnick y Judd, 1982). Los compañeros que no fuman o los que lo han dejado ejercen su influencia, influencia que debería ser aprovechada al máximo en las campañas y programas de reducción o de prevención del consumo de tabaco.

Ahora bien, si hemos dicho que la influencia de otras personas es fundamental para la iniciación del hábito de fumar, la influencia de los llamados modelos ejemplares va a ser crucial, y estos modelos ejemplares son fundamentalmente, en este caso, los padres, los médicos y los maestros.

El tabaquismo es ante todo un hábito social bien reconocido socialmente, y por ello tan difícil de modificar, por el apoyo social que supone ese reconocimiento y el hecho de saber y ver que muchísimas otras personas también fuman y el saber que también para ellas es muy difícil dejado. En este sentido ya había mostrado Festinger (1957) que una consecuencia de la disonancia cognoscitiva consiste en buscar apoyos sociales que puedan reducir tal disonancia. Con esto se quiere explicar que, tales ideas como por ejemplo: "hábito social bien reconocido" y la "dificultad para abandonarlo", se encuentran en una desarmonía interna, la cual lleva a una situación desagradable, debido a un mantenimiento de dos ideas contradictorias al mismo tiempo.

De ahí que mientras exista tal apoyo no será fácil dejar el tabaco. Además, sabemos que el apoyo social es fácil de obtener cuando un número grande de personas se encuentran en la misma situación disonante, como es el caso de los fumadores. En cambio, cuando se pierde ese apoyo es más fácil dejar el tabaco, como está ocurriendo actualmente en algunos países, como en USA, donde el fumar está siendo mal visto socialmente y el no fumar está siendo síntoma de inteligencia, cultura y buena educación.

Ahora bien, con todo ello no queremos decir que dejar de fumar sea fácil, sino sólo afirmar que eso de que "dejar el tabaco, o cualquier otra droga, es absolutamente imposible sin intervención externa es un mito que probablemente esté militando contra el éxito incluso de las técnicas terapéuticas más sofisticadas" (Eiser, 1982b, p. 295). Y ese mito tiene unas bases claramente sociales y psicosociales.

Los datos de la situación en la Argentina provistos por la última encuesta publicada por el Ministerio de Salud (2007), confirman esta tendencia. La prevalencia de consumo de cigarrillos para la población total encuestada fue de 29%, mientras que para los adolescentes de 13 a 15 años fue del 24,5%. Un 25,5% de los encuestados fumó cigarrillos en el último mes. La mayor prevalencia de tabaquismo está en aquellos adolescentes cuyos padres fuman o en cuyos hogares se fuma. Esta información resulta de vital importancia para fomentar medidas que concienticen a la población sobre la importancia de establecer hogares 100% libres de humo de tabaco, como medida de prevención no solo de los riesgos del humo de tabaco, sino por su efecto sobre la conducta de los niños<sup>6</sup>.

El informarse e interiorizarse sobre las distintas medidas de acción /prevención sobre el tabaco y sus consecuencias, ayudan de manera significativa a la hora de combatirlo. Por eso mismo, es importante conocer las distintas etapas por las cuales atraviesan los diferentes individuos fumadores/no fumadores (Stern et al. (1987):

---

<sup>6</sup>Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes en Argentina. Resultados de 2007 y comparación con encuestas previas. Buenos Aires: MSAL, 2009. [Acceso: 17-12-2010]  
Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/htm/site\\_tabaco/pdf/ encuesta-tabaco-2008pdf](http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/pdf/ encuesta-tabaco-2008pdf).

- 1) Pre-contemplación: los jóvenes aún no han pensado siquiera en fumar: se ven como futuros no fumadores;
- 2) Contemplación: estos no fumadores consideran el probar el cigarrillo, percibiendo ciertas consecuencias positivas del fumar, aún no muy claras;
- 3) Toma de decisión: el joven se ubica en forma equidistante entre el fumar y el no fumar, con imágenes negativas - positivas del tabaquismo;
- 4) Acción: se inicia la experimentación con el tabaco, les resulta placentero y se inclinan hacia los aspectos positivos del fumar, sin todavía pensarse como adultos fumadores;
- 5) Mantenimiento: adolescentes que ya son fumadores regulares y se ven como fumadores adultos.

Por otro lado, acudiendo al DSM V (APA, 2014), podemos inferir o presumir un determinado diagnóstico en cuanto al consumo de tabaco, mediante una serie de criterios:

## 5.2. Trastornos por consumo de tabaco

A. Un modelo problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco.
5. Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. interferencia con el trabajo).
6. Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco (p. ej., discusiones con otros sobre el consumo de tabaco).
7. El consumo de tabaco provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

8. Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico (p. ej. fumar en la cama).

9. Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el tabaco.

10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado.

b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:

a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de tabaco).

b. Se consume tabaco (o alguna sustancia similar, como la nicotina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial:

Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada:

Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En terapia de mantenimiento:

El individuo está tomando una medicación de mantenimiento desde hace tiempo, como un sustituto de la nicotina, y no cumple ningún criterio del trastorno por consumo de tabaco para esa clase de medicación (salvo tolerancia o abstinencia de la medicación sustitutiva de la nicotina).

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al tabaco.

El fenómeno del consumo de drogas es un problema social y de salud pública que de manera alarmante se ha agudizado en los últimos años en la mayoría de las naciones del mundo. Los aspectos más críticos y preocupantes de este problema son la creciente presencia social de su uso, un inicio cada vez más precoz, el policonsumo, la incorporación en igualdad de las mujeres en el consumo, la utilización de espacios públicos, principalmente la calle, para su consumo (Antona et al., 2003).

El marco teórico de referencia en el cual se fundamenta este trabajo de investigación es desde los planteamientos psicosociales interaccionista, fundamentalmente ecosistémico (Bronfenbrenner, 1979) que permite tomar en consideración a la adolescencia como una etapa del ciclo vital que está en constante interacción con los diversos contextos familiar, escolar, social y comunitario en los que desenvuelve la persona a través de intercambios con su ambiente más inmediato organizados en estructuras concéntricas anidadas en los siguientes sistemas: microsistema conformado por la familia, escuela y amigos, mesosistema conformado por las interrelaciones que se producen entre los distintos microsistemas en los que la persona participa activamente, el exosistema que hace referencia a aquellos vínculos en los que la persona no participa directamente, pero se ve influida (por ejemplo las altas jornadas laborales de los padres), y macrosistemas (aquellos condicionantes culturales, económicos, geográficos o geopolíticos que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas, en cuanto a la disponibilidad y accesibilidad de la droga que predispone y facilita el acceso a su consumo, la inestabilidad laboral, desempleo, violencia y pobreza). La interacción de todos estos factores explica la conducta a través de factores de riesgo y de protección (Hawkins, Catalano y Miller, 1992).

### 5.3. Adolescencia y Apoyo Social

Está ampliamente contrastado que la calidad de las relaciones familiares es crucial para determinar la competencia y confianza con la que el adolescente afronta el periodo de transición de la infancia a la edad adulta (Butters, 2002; Steinberg y Sheffield Morris, 2001).

Estas relaciones influyen en cómo los jóvenes negocian las principales tareas de la adolescencia (adquisición de la identidad y autonomía), la medida en que se encuentran implicados en problemas comportamentales generalmente asociados a este periodo (conductas de riesgo como el consumo de sustancias) y la habilidad de establecer relaciones íntimas significativas y duraderas fuera del contexto familiar (Honesty y Robinson, 1993). Así, en la literatura más reciente sobre el consumo de drogas en la adolescencia, se constata que entre los factores del funcionamiento familiar que más se relacionan con el consumo de sustancias en los adolescentes se encuentran: una disciplina inconsistente o carencia de disciplina, unas expectativas poco claras del comportamiento de los hijos, un control o supervisión pobres, una aplicación excesiva del castigo, escasas aspiraciones acerca de la educación de los hijos, la existencia de conflictos en la familia y una pobre interacción entre padres e hijos (Gilvarry, 2000; López, Martín y Martín, 1998; Scholte, 1999). Concretamente, se ha comprobado que un clima familiar conflictivo y unas pobres relaciones familiares—escaso apoyo, baja cohesión o vinculación, rechazo y deficiente comunicación percibidos en el contexto familiar— predicen el consumo de hachís, alcohol y tabaco (Butters, 2002; Mc Gee, Williams, Poulton y Moffitt, 2000, Musitu et al., 2001). También, la posibilidad de que el adolescente se vea implicado en conductas de riesgo como el consumo de sustancias, que dificultan su desarrollo saludable en ésta y posteriores etapas de la vida, no sólo depende de la mayor o menor capacidad de adaptación, tanto individual como familiar, a los cambios de esta etapa, sino que vendrá determinada en gran medida por la cantidad de recursos disponibles para afrontar estos cambios. En este sentido, uno de los principales recursos de que dispone el adolescente es el apoyo que percibe de su red social (Demaray y Malecki, 2002; Levitt, Guacci-Franco y Levitt, 1993).

El apoyo social se define como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales percibidas o recibidas, proporcionadas por las comunidades, las redes sociales y las personas de confianza, tanto en situaciones cotidianas como de crisis (Lin y Ensel, 1989), y cumple funciones tanto expresivas (apoyo emocional) como instrumentales (apoyo material y de información). Desde el punto de vista del análisis de las fuentes proveedoras de apoyo (Van Aken, Van Lieshout, Scholte y Branje, 1999) y en lo que se refiere al consumo de sustancias, se han observado tanto relaciones de riesgo: el bajo apoyo familiar se relaciona con altos consumos de sustancias en los hijos adolescentes (Mc Gee, et al., 2000); como relaciones de

protección: el alto apoyo familiar se relaciona con un bajo consumo de drogas en la adolescencia (Farrell y Barnes, 1993; López et al., 1998; Musitu y Cava, 2003).

Por otro lado, diferentes autores han encontrado relaciones positivas entre el apoyo de los iguales y del novio/a y el consumo de alcohol (Ciriano, Bo, Jackson y Van Mameren, 2002; Musitu y Cava, 2003) mientras que la disponibilidad del apoyo de un mentor natural (profesor, vecino, etc.) se ha relacionado con efectos protectores frente al consumo de cannabis (Zimmerman y Bingenheimer, 2002). Pero el desarrollo de unas relaciones íntimas, significativas y duraderas, aquellas que son susceptibles de proveer apoyo social (Van Aken y Asendorpf, 1997), depende también de la calidad de las relaciones familiares (Honesty y Robinson, 1993; Sánchez- Queijada y Oliva, 2003). Diferentes autores han señalado que los padres regulan activamente el contexto social del niño y del adolescente, potenciando o inhibiendo su acceso a recursos sociales fuera de la familia (Parke, 2004). Así, los padres influyen en una selección positiva o negativa del grupo de iguales a través del mayor o menor grado de coerción, control y afecto de las prácticas parentales (Engels, Knibbe, De Vries, Drop y Van Breukelen, 1999; Simons, Chao, Conger y Elder, 2001). En la misma línea, otros autores han constatado que la calidez y apoyo parental contribuye a unas relaciones más satisfactorias fuera de la familia (Dekovic y Meeus, 1997; Gold y Yanof, 1985) ya que la calidad de las relaciones familiares facilita o dificulta el adecuado aprendizaje en valores y habilidades sociales básicas. Sin embargo, son pocos los estudios que ponen el énfasis en cómo se articulan ambos contextos de desarrollo del adolescente (el familiar y el de las relaciones personales) en la predicción de conductas de desajuste como el consumo de sustancias.

Algunos autores han sugerido que la relación entre características familiares estresantes y conductas de riesgo en la adolescencia puede no ser directa y unidireccional y que estén mediando terceras variables (Butters, 2002; Peisery Heaven, 1996). En este contexto, estas otras variables constituirían potenciales factores de riesgo o de protección que aumentarían o disminuirían la importancia de la relación entre las variables familiares y las conductas problemáticas en los hijos (Jackson, Sifers, Warren y Velásquez, 2003). Consideramos, entonces, el apoyo social como un recurso de protección frente a la implicación del adolescente en conductas de riesgo. Algunos estudios han planteado efectos moderadores. Elevados niveles de estrés interactuando con altos niveles de apoyo se relacionan con reducidos niveles

de conducta desajustada (Jackson y Warren, 2000), mientras que otros han sugerido más bien efectos mediadores—efectos beneficiosos del apoyo social en el ajuste del adolescente independientemente de los niveles de estrés que éste experimente (Carter Guest y Biasini, 2001; Graham- Bermann, Coupet, Egler, Mattis y Banyard, 1996). Más aún, aunque ya en 1986 Baron y Kenny señalaron la necesidad de diferenciar estos dos tipos de efectos en la investigación psicosocial, todavía encontramos trabajos recientes (Ciriano et al, 2002) en los que existe una confusión cuando se analizan los efectos mediadores y moderadores de terceras variables en la predicción del consumo de sustancias en adolescentes.

El concepto de apoyo social percibido se refiere a la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que fluyen desde ella, lo que implica destacar el grado de satisfacción que obtiene del apoyo disponible (Gracia, 1997).

El apoyo social tendría dos funciones principales. Una función instrumental que alude a la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir una meta como pudiese ser la búsqueda de trabajo o dinero, y una función expresiva que considera las relaciones sociales como un fin o un medio en sí mismas, caracterizadas por la presencia de afectos y emociones como puede ser pedir un consejo, compartir una pena, etc. (Gracia, Herrero & Musitu, 1995). En cuanto a las dimensiones que constituyen el concepto de apoyo se puede distinguir: (a) el apoyo emocional entendido como la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos y experiencias personales, constituyéndose en un poderoso recurso contra las amenazas a la autoestima y desempeñándose un importante rol en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas; (b) el consejo que alude a las guías necesarias que moldean las estrategias de afrontamiento emocional y conductual ante las distintas demandas del entorno y (c) el apoyo instrumental, definido como la prestación de ayuda material directa o servicios (Gracia, Herrero & Musitu, 2002).

Se ha señalado que los efectos beneficiosos de las relaciones sociales en el bienestar individual se producen a través de su influencia en el auto concepto, los sentimientos de valía personal, de control personal y la conformidad con las normas conductuales (Gracia & Herrero,

2006), por lo cual se podría considerar la falta de vínculos sociales como un factor predictor de la delincuencia juvenil (Vásquez, 2003).

Diversas investigaciones señalan que las personas en condición de riesgo que se sienten apoyadas por sus amigos y familia, presentan menores índices de depresión y ansiedad y un mayor nivel de autoestima. Ello les permite afrontar de manera más adecuada los problemas cotidianos, proporcionándoles además mejores condiciones para enfrentar su situación de pobreza y posibilitar el mejoramiento de su condición económica, como también mantener un ajuste psicológico más adecuado (Gracia & Herrero, 2006; Palomar & Lanzagorta, 2005). Al respecto se puede señalar que las personas construyen y se involucran en diferentes tipos de redes con el objeto de ampliar los recursos que favorezcan su desempeño social (Filgueira, 2001).

El apoyo social permite a la persona lograr una mayor estabilidad, predictibilidad y control de sus procesos, refuerza la autoestima favoreciendo la construcción de una percepción más positiva de su ambiente, promueve el auto cuidado y el mejor uso de sus recursos personales y sociales (Barra, 2004).

Diversas investigaciones han constatado la influencia que la disponibilidad y satisfacción con la red de apoyo social tiene en la percepción de la propia salud y en las conductas de salud preventivas y estilos de vida saludables (Cava 2002; Gracia & Herrero, 2006). Así también se ha podido establecer que la existencia de relaciones humanas positivas permiten alcanzar estados de relativo bienestar y superar acontecimientos estresantes durante las distintas etapas de la vida (Galván et al., 2006). Es por ello que el estudio de las percepciones de apoyo social pretende reconocer que los patrones relacionales surgidos desde los distintos niveles que conforman la estructura social, macro (comunidad), medio (red social) e íntimo (relaciones de confianza), contribuyen de distinta manera al bienestar de cada persona. En función de este último nivel se ha postulado que la calidad de la relación que los adolescentes mantienen con sus fuentes de apoyo próximas y de confianza, es considerada como el mejor predictor de ajuste psicosocial (Gracia, Herrero & Musitu, 1995).

## **6. ESTADO DEL ARTE**

Almonacid Galvis, Burgos Torres y Utria Rodríguez (2010) realizaron un estudio con el objetivo de identificar si existen diferencias en los estilos de aprendizaje entre jóvenes universitarios con y sin dependencia a la nicotina residentes en la ciudad de Bogotá.

Se trabajó con un grupo de 100 jóvenes universitarios con edades entre los 18 y 25 años, para determinar la dependencia a la nicotina se utilizó el test de Fargerström.

Los resultados evidenciaron que en los jóvenes sin dependencia a la nicotina predomina una preferencia moderada por el estilo de aprendizaje activo. Los individuos con dependencia a la nicotina presentan una preferencia muy alta por el estilo Activo. La mayoría de los jóvenes sin dependencia se encuentra en la categoría moderada con un total de 27. Los jóvenes dependientes presentan preferencia alta o muy alta por el estilo de aprendizaje reflexivo. Los jóvenes sin dependencia a la nicotina muestran mayor preferencia por la categoría moderada, en esta se encuentran 20 sujetos. En los jóvenes dependientes, la categoría con mayor número de sujetos es la moderada con un total de 24.

Dentro del grupo de jóvenes que no presentan dependencia a la nicotina se encuentra una preferencia en el estilo pragmático por la categoría moderada, con un total de 15 sujetos. En los jóvenes dependientes se encuentra que la categoría de mayor preferencia es moderada, con 18 individuos, al comparar los estilos de aprendizaje de jóvenes con dependencia y sin dependencia a la nicotina a través de la estadística inferencial (se calcula la U de Mann Whitney) se evidencia que hay una diferencia estadísticamente significativa, puesto que en todas las categorías el puntaje es inferior a un alpha de 0.5.

En una investigación realizada en la ciudad de la Plata (Bena, Bruno, Gulayin, Marelli y Urrutia, 2013), se pretendía determinar en primera instancia, la prevalencia del hábito tabáquico en los jóvenes adolescentes que cursan el colegio secundario. Como objetivos secundarios, se propusieron conocer las diferencias del tabaquismo por sexo y edad, los predictores independientes de tabaquismo, el grado de dependencia a la nicotina y la motivación para dejar de fumar. Se incorporaron estudiantes del nivel secundario de dos colegios públicos de la ciudad de La Plata. En total se incorporaron 2003 alumnos de los dos colegios. Los estudiantes tenían entre 12 y 18 años de edad.

Para la recolección de los datos se utilizó una encuesta anónima y estructurada. El cuestionario contaba con un total de 23 preguntas, dividido en una primera parte para ser respondida tanto por fumadores como por no fumadores, y una segunda sección destinada exclusivamente a fumadores. En esta última se encontraban incorporadas las pruebas de Fagerström, destinada a medir el grado de dependencia a la nicotina, y la de Richmond, utilizada para evaluar la motivación para dejar de fumar.

Al interrogar sobre el consumo de tabaco se encontró una prevalencia del 8% de tabaquismo en la población estudiada. El 67% nunca probó el cigarrillo, el 22% respondió no fumar, pero haber probado el cigarrillo, el 3% refirió haber dejado de fumar, el 4% fuma, pero no diariamente y otro 4% fuma diariamente. En lo que concierne al tabaquismo en el hogar y los amigos, el 49% (989) de los estudiantes afirmó convivir con uno o más fumadores.

Respecto a la opinión sobre el cigarrillo en el hogar, un 57% refirió que le desaconsejan fumar, mientras que un 35% respondió que no le dicen nada acerca de fumar. En el total de la población, un 76% afirmó tener un amigo fumador. Un 41% (813) de los alumnos encuestados respondió no conocer los efectos nocivos del cigarrillo sobre el corazón.

Con respecto a la posición de los no fumadores frente al tabaco, un 75% refirió no querer probar el cigarrillo, un 5% pensó en comenzar a fumar y un 3% en volver a fumar (el 17% restante no respondió).

En otra investigación realizada en la provincia de Angola (Gutiérrez y Romero, 2014), el objetivo fue investigar las relaciones entre autoestima, inteligencia emocional, apoyo social, resiliencia, satisfacción con la vida y actitudes hacia el consumo de drogas en los adolescentes. Participaron 2506 adolescentes (1231 varones y 1275 mujeres) de edades comprendidas entre 14 y 18. Se administraron los siguientes instrumentos para la recolección de datos: Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Apoyo Social de Zimet et al, Escala de Inteligencia Emocional de Wong y Law, Escala de Resiliencia de de Smith et. al, Escala de Satisfacción con la vida de Pavot y Diener y Cuestionario de actitudes hacia el consumo de drogas. Se utilizó un Modelo de Ecuaciones Estructurales para analizar los efectos de la autoestima, el apoyo social y la inteligencia emocional sobre la resiliencia, y de ésta sobre la satisfacción con la vida y las actitudes hacia el consumo de drogas de los adolescentes. Los resultados mostraron efectos positivos de la autoestima, el apoyo de la familia y el control emocional sobre la satisfacción.

Por otro lado, fueron negativos los efectos del apoyo de la escuela, la evaluación de las emociones propias y la evaluación de las emociones de otros sobre la resiliencia; y de ésta sobre la satisfacción con la vida, la presión social y el efecto placentero de las drogas. Se discuten los resultados en el marco de la psicología positiva.

Una investigación realizada en España por Clemente Jiménez; Rubio Aranda; Pérez Trullén; Marrón Tundidor; Herrero Labarga; Fuertes Fernández y Espinar en el año 2003, quiso determinar la dependencia nicotínica en escolares fumadores, el grado de ésta y los factores asociados a su aparición.

Se entrevistaron 2.647 escolares, de 10 a 17 años, de 41 centros escolares. Para cada edad el muestreo fue estratificado por sexo y tipo de centro, con afijación en cada estrato proporcional al número de individuos. La elección de los centros y alumnos se llevó a cabo mediante tabla de números aleatorios. Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron: una encuesta que, además de recoger los principales datos personales, comprendía una versión adaptada a adolescentes del Test de Fagerström para la Dependencia de Nicotina. Dicha investigación arrojó los siguientes resultados: La edad media fue de 13,77 años (varones, 51,5 %). El 23,1% se declararon fumadores (54,5% mujeres y 45,5 % varones). El 86,6 % de los adolescentes fumadores tienen dependencia nicotínica baja-moderada y el 3,3 % alta, sin que se observen diferencias en función del sexo ni edad.

La mayor parte de los adolescentes fumadores presentan dependencia nicotínica baja. Este estudio concluye que las campañas de prevención del consumo de tabaco se deben realizar antes de los 10 años, retrasando en lo posible, el consumo del primer cigarrillo y el paso a fumador diario, pues ambos factores se han mostrado determinantes en la presencia de dependencia nicotínica.

Auteri, Itcovici, Schottlender y Zabert (2012) han realizado un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de tabaquismo y evaluar las características de la adicción a la nicotina en pacientes internados por patología respiratoria. Realizaron un estudio de corte transversal en 9 Hospitales de Buenos Aires. Se encuestaron pacientes cuyo motivo de ingreso fueron enfermedades respiratorias. Las variables estudiadas fueron reporte de consumo de tabaco

(fumador actual, ex fumador, nunca fumador), dependencia mediante test de Fagerström (TF), abstinencia mediante Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS); y motivación para dejar de fumar mediante test de Richmond. Se evaluó la implementación del consejo breve y del tratamiento farmacológico.

Se encuestaron 376 pacientes, la edad media fue de  $53 \pm 16$  años; el 54.5% eran varones. La prevalencia de fumadores actuales fue 30.3 % (IC:25.8-35.3). Los pacientes fumadores actuales presentaron TF promedio de  $4.59 \pm 2.9$  puntos (dependencia moderada) y MNWS promedio de  $1.14 \pm 0.85$  puntos (abstinencia leve). El 79.7% presentaba motivación moderada a alta para dejar de fumar. El 77% (IC: 64.5-86.8%) de los fumadores actuales recibió consejo breve, pero solo 10.2% (IC:3.8-20.8) recibió tratamiento farmacológico.

Almagiá, Fajardo, Muñoz, Gonzales y Vera (2005) han examinado la relación entre los problemas de salud informados por adolescentes y diversas variables psicosociales. Los participantes fueron 194 estudiantes de ambos sexos de la ciudad de Concepción, Chile, con edades de entre 13 y 16 años. Para evaluar los problemas de salud y los sucesos estresantes experimentados, se elaboraron dos inventarios. Para evaluar el ánimo depresivo, se utilizó la escala de depresión (dicha escala, utilizada por el Ministerio de Salud de Chile, se basa en los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, o CIE- 10, de la Organización Mundial de la Salud) y para evaluar el apoyo social se utilizó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988). Los problemas de salud informados mostraron relaciones significativas con los sucesos estresantes experimentados y con el ánimo depresivo, y en menor grado con el apoyo social percibido; a su vez, los sucesos estresantes mostraron una relación significativa con el ánimo depresivo, y este último una relación negativa con el apoyo social familiar. Las mujeres informaron mayor ocurrencia de problemas de salud, mayor impacto de los sucesos estresantes y, especialmente, mayor ánimo depresivo. Se propusieron diversas explicaciones de los resultados obtenidos.

Mosqueda Díaz, Parra, Aravena y Barriga (2015) se propusieron determinar la confiabilidad y validez de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, en población adolescente chilena. El instrumento fue aplicado a 247 estudiantes de educación secundaria, previo consentimiento informado de un adulto responsable y asentimiento de los adolescentes. Se estableció la confiabilidad a través de la evaluación de la consistencia interna mediante el alpha

de Cronbach, la validez de criterio concurrente a través de la correlación con la escala de auto-eficacia y la validez de constructo mediante un análisis factorial.

La confiabilidad es adecuada para la escala total ( $\alpha=0,88$ ) y para cada sub-escala ( $\alpha= >0,76$ ), la estructura de la escala demostró ser tridimensional al igual que la escala original y positivamente relacionada con auto-eficacia. Se logró determinar que dicho instrumento es confiable y válido para ser utilizado en población adolescente chilena.

## **7. METODOLOGÍA DE ESTUDIO**

### **7.1. Diseño**

Se utilizó un diseño no experimental. Se llevó a cabo una investigación cuantitativa, aplicada y expofacto. Se realizó un estudio transversal, de tipo descriptivo correlacional.

### **7.2. Muestra**

La muestra fue de tipo intencional, no probabilística. Participaron de este estudio 100 sujetos que se encontraban cursando el secundario en el turno vespertino en el colegio EEM Nro. 2 del Barrio de Belgrano de la CABA. La edad promedio de la muestra fue de 18,03 años con un desvío típico de 2,14. La media del año de secundario en curso fue de 2,39 años, con un desvío típico de 1,08. El 56 % eran hombres y el 44 % eran mujeres.

Para formar parte del estudio los participantes debieron cumplir los siguientes criterios de inclusión:

Firmar el consentimiento informado (Ver Anexo)

Ser hombre o mujer

Tener entre 13 y 22 años

Estar cursando la escuela secundaria en turno vespertino en EEM n 2

### 7.3. Instrumentos

#### a. Cuestionario sociodemográfico

Se construyó un breve cuestionario sociodemográfico para rastrear las siguientes variables: edad, sexo y año de secundario en curso. Dichas variables fueron utilizadas para el análisis de datos con el programa SPSS 20.0 (Ver Anexo).

#### b. Test de adicción a la nicotina (Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND, 1978; traducción de Becoña y Vazquez, 1998).

Este test fue seleccionado para evaluar la dependencia física generada por la nicotina. La escala original fue construida por Karl Olov Fagerström en el año 1978. En la presente investigación se utiliza la traducción de Becoña y Vazquez del año 1998.

Está formado por 6 ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. La puntuación oscila entre 0 y 10. Los ítems se contestan de dos formas diferentes: 4 ítems son dicotómicas 0 (no) y 1 (si), y 2 ítems tienen 4 opciones de respuesta que va de 0 a 3. Se obtiene un puntaje total mediante una suma. Una puntuación mayor a 6 nos indica una dependencia importante o alta. Puntuaciones altas en el test de Fagerström indican un alto grado de dependencia; por el contrario, puntuaciones bajas no necesariamente indican un bajo grado de dependencia.

En función del valor de la suma de puntos resultantes se establece un diagnóstico del grado de dependencia física a la nicotina y su correlato en la terapéutica y el pronóstico correspondiente.

De 0 a 2 puntos: no dependencia

- En este caso es posible dejar de fumar sin recurrir a sustitutos de nicotina.
- Es necesario ser precavido y abandonar de inmediato estos primeros hábitos de fumar.
- Para evitar el deseo de fumar es recomendable beber un vaso de agua, comer una manzana, practicar deporte.

De 3 a 4 puntos: bajo nivel de dependencia

- En este caso es posible dejar de fumar sin recurrir a sustitutos de nicotina.
- Sin embargo, si dejar de fumar por su cuenta resulta imposible, entonces puede recurrir a los sustitutos nicotínicos.

De 5 a 6 puntos: nivel medio de dependencia

En este caso se recomienda el uso de sustitutos nicotínicos.

De 7 a 10 puntos: un alto o muy alto grado de dependencia

- En este caso es indispensable recurrir a un especialista en el tratamiento de la adicción al tabaco.
- Según el grado de dependencia (alto o muy alto), el especialista puede recetar sustitutos nicotínicos o algún otro medicamento.

Con respecto a su validez el instrumento muestra relaciones con otras medidas bioquímicas de consumo (0.25 - 0.40) y con número de años como fumador (0.52). Se muestra útil para predecir la severidad del deseo, el grado de sintomatología y la cantidad de recaídas (Becoña. Gomez-Duran, Álvarez-Soto y García, 1992).

El instrumento tiene un coeficiente de consistencia interna de 0.55 a 0.74 según el alfa de Cronbach siendo ésta moderada (Meneses-gaya, Zuardi, Loureiro & Crippa, 2009 en Galvis, Burgos & Utria Rodríguez, 2010).

c. Escala Multidimensional de Apoyo social Percibido de Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988; traducción de Arechabala Mantuliz y Miranda Castillo, 2002.

Se utilizó esta escala para evaluar apoyo social percibido. La escala fue construida originalmente por Zimet et al (1988) y fue traducida al español por Arechabala y Miranda en el año 2002. La escala se presentó respetando los ítems de la escala original y el método de evaluación (ver anexo).

La Escala de Apoyo Social Percibido (Zimet et al, 1988) ha resultado un mecanismo de evaluación de variables como la percepción subjetiva que tienen las personas del apoyo social informal con el que cuenta. Esta escala ha sido validada en diversos estudios de investigación que estudiaron la incidencia del apoyo del entorno social de un sujeto en el pronóstico de diferentes situaciones sanitarias (Arechabala y Miranda, 2002; Jausent et al, 2004; Lynch, 1995).

De acuerdo a los conceptos considerados en estos estudios de validación, el apoyo social se entiende como un conjunto complejo de dimensiones múltiples, entre las que pueden identificarse tres fundamentales (Lynch, 1995):

1. Estructura
2. Función
3. Percepción de calidad

Resulta importante destacar el aspecto subjetivo de esta prueba en cuanto a que lo que se evalúa es la percepción del encuestado. Esta subjetivación, sin embargo, cobra trascendencia científica dado que es a partir de esta percepción que el sujeto condiciona su conducta.

Saranson et al. (1990), Martínez y Thoits (1995), proponen que la verdadera naturaleza del apoyo social no existe sino en los procesos perceptivos de los sujetos implicados, lo que tradicionalmente se ha denominado apoyo social percibido incluso destaca que la percepción o creencia firme de la existencia y/o posibilidad de apoyo emocional resulta más eficaz como soporte para la salud mental del sujeto que el apoyo social que el sujeto ha recibido positivamente, aunque, quizás, no siempre percibido de tal manera.

La escala utilizada en el presente estudio consta de 12 ítems que se puntúan de 1 a 4 en un formato de respuesta de tipo Likert (Número 1= Casi nunca; Número 2= A veces; Número 3= Con frecuencia; Número 4= Casi siempre). Se obtiene un puntaje total y 3 puntuaciones correspondientes a 3 subescalas: familia (comprendida por los ítems 3, 4, 8, 11), amigos (ítems 6, 7, 9, 12) y otro significativo (ítems 1, 2, 5, 10).

A mayor puntaje obtenido mayor apoyo social percibido. Un puntaje total mayor de 36 indica un Apoyo social alto; un puntaje comprendido entre 12 y 36 puntos indica un apoyo social medio y valores menores a 12 indican bajo apoyo social percibido.

La evaluación factorial en estudios con adolescentes, confirmó que se trata de una escala con tres dimensiones, el análisis de la confiabilidad arrojó un alfa de Cronbach mayor a 0,85 tanto para las subescalas, como en la escala total. Los análisis métricos han evidenciado, que en la población chilena, la escala replica las tres dimensiones originales con niveles de fiabilidad óptimos (Mosqueda Díaz, 2015).

#### **7.4. Procedimiento de recolección y análisis de datos**

Para llevar a cabo esta investigación, se contactó a la Escuela de educación media N°2, del barrio porteño de Belgrano. Se explicaron los objetivos de la investigación y se solicitaron los permisos correspondientes para administrar los instrumentos de recolección de datos (Ver Anexo). La administración de los instrumentos fue llevada a cabo en los meses de Junio/Julio de 2015.

Previo a la administración de los instrumentos se les explicó a los participantes que era una prueba anónima, y que los datos de la misma eran confidenciales. Asimismo, se procedió a indicarles que no existiría una devolución personal ni institucional acerca de los resultados.

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el spss 20.0. Se calcularon los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas y de investigación. Se realizaron las pruebas t de comparación de medias y ANOVAS de un factor para estudiar la incidencia de las variables sociodemográficas en las variables de investigación. Se realizaron pruebas post hoc –Scheffé– para estudiar los contrastes específicos entre las medias.

Asimismo, y a los fines de estudiar la asociación entre las variables se calcularon los coeficientes de correlación r de Pearson. Se utilizaron también pruebas de contingencia y pruebas de Chi Cuadrado.

## **8. RESULTADOS**

### **8.1. Estadísticos descriptivos de la muestra**

La muestra estuvo conformada por cien adolescentes, pertenecientes a la EEM N°2 del barrio de Belgrano de la Ciudad de Buenos Aires, de los cuales el 56% (n=56) corresponde al sexo masculino, mientras que el 44% (n=44) corresponde al sexo femenino. La edad promedio de las personas incluidas en este estudio es de 18,03 años, con un desvío típico de 2,14; y el promedio, en cuanto al año de secundario que se encuentran cursando es de 2,39 con un desvío típico de 1,08 (Ver Tablas 1, 2 y Gráficos 1, 2, 3).

**Tabla 1. Estadísticos descriptivos de Sexo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	M	56	56,0	56,0	56,0
	F	44	44,0	44,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Gráfico 1. Sexo

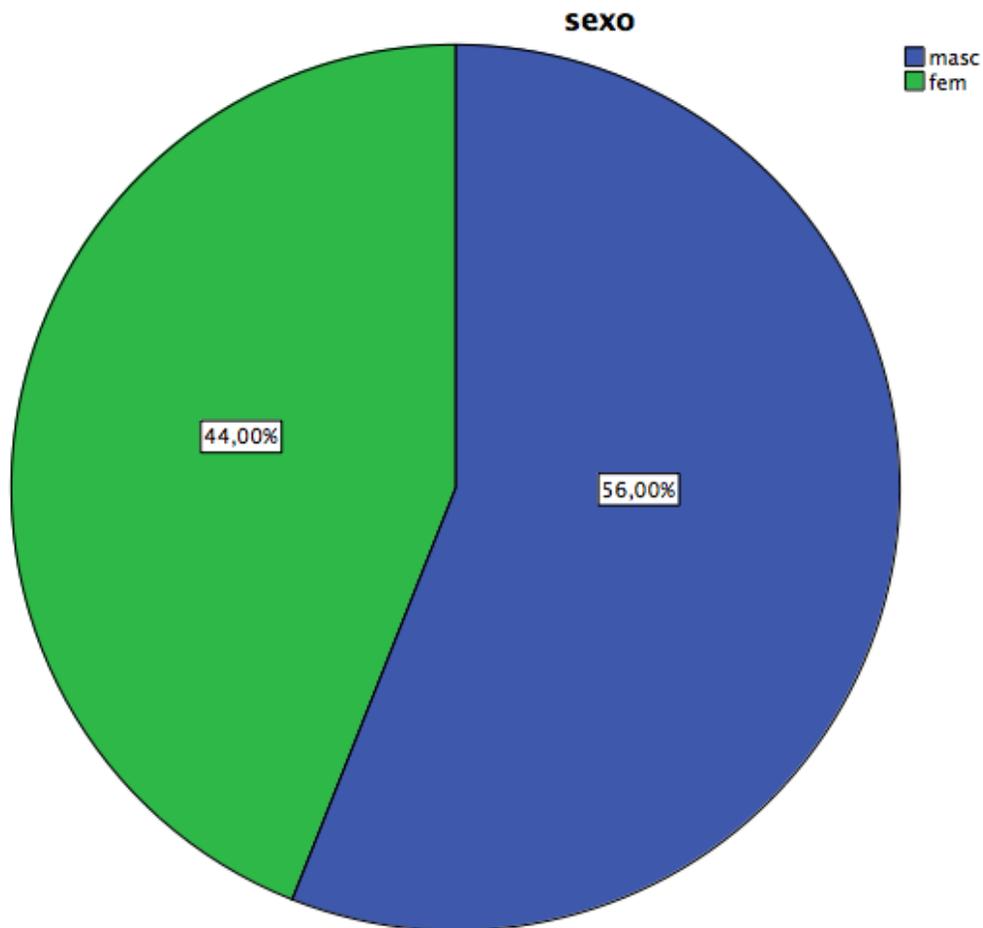
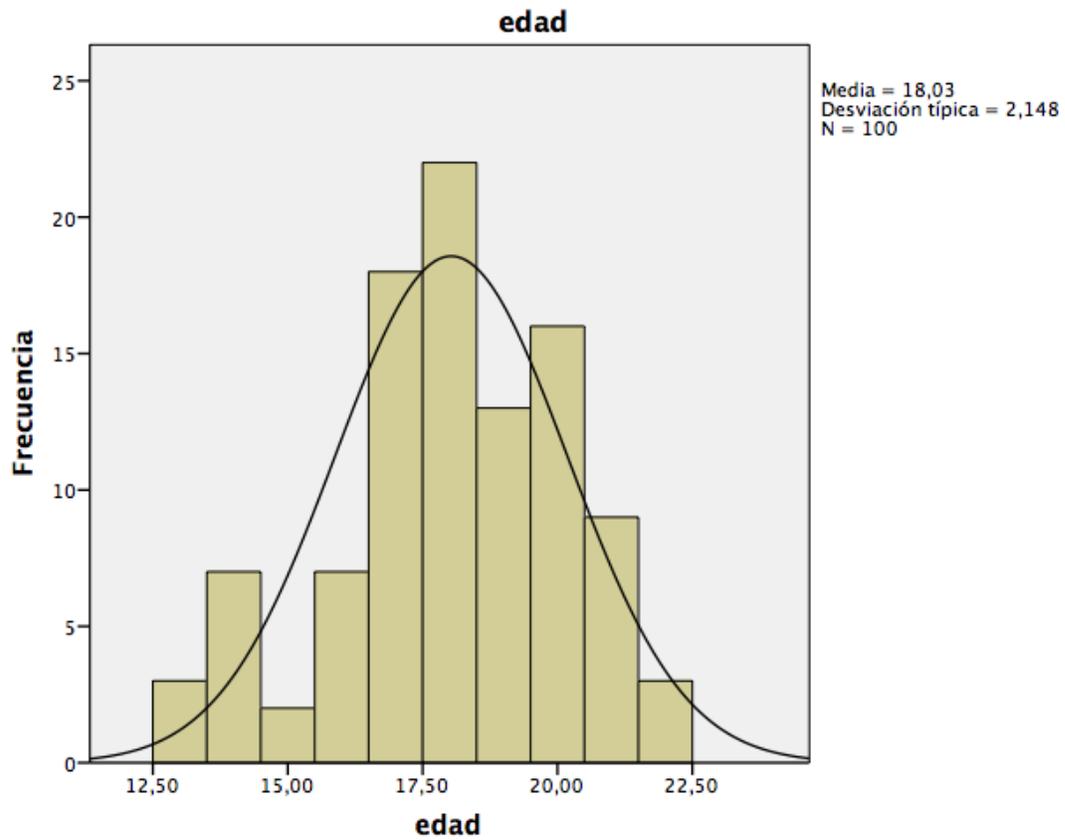


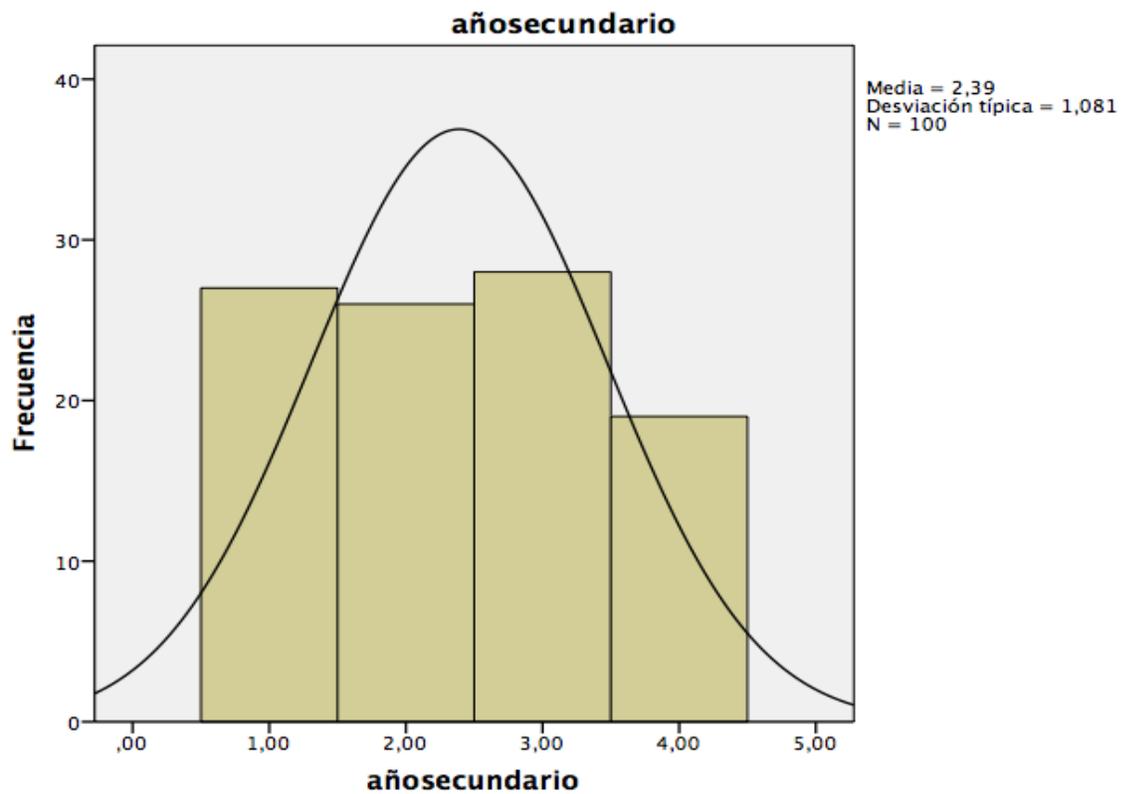
Tabla 2. Estadísticos descriptivos de edad y año de secundario en curso

		Edad	Año secundario
N	Válidos	100	100
	Perdidos	0	0
	Media	18,0300	2,3900
	Mediana	18,0000	2,0000
	Desv. típ.	2,14831	1,08148
	Asimetría	-,433	,094
	Error típ. de asimetría	,241	,241
	Curtosis	-,185	-1,266
	Error típ. de curtosis	,478	,478
	Rango	9,00	3,00
	Mínimo	13,00	1,00
	Máximo	22,00	4,00

## Gráfico 2. Edad



**Gráfico 3. Año de Secundario en curso**



## 8.2. Estadísticos Descriptivos de las Variables de Investigación

En primer lugar se calcularon los estadísticos descriptivos para el puntaje total y para cada uno de los ítems del Test de Fagerström de dependencia a la Nicotina. Se obtuvo para el puntaje total una media de 3,33 y un desvío típico de 2,59 (Ver Tabla 3 y Gráfico 4). Para el ítem 1 “¿Cuánto tiempo después de despertarte, fuma su primer cigarrillo?” Se obtuvo una media de 0,98 con un desvío típico de 1,10. Para el ítem 2 “¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido?” se obtuvo una media de 0.33 y un desvío típico de 0.47. Para el ítem 3 “¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?”, una media de 0.54 y un desvío típico de 0.57. Para el ítem 4 “¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?” se obtuvo una media de 0.84, con un desvío típico de 0.87. Para el ítem 5 “¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse, que durante el resto del día?” una media de 0.32 y un desvío típico de 0.46 y para el ítem número 6 “¿Fuma aunque estés tan enfermo que tenga que estar en cama todo el día?” una media de 0.32 con un desvío típico de 0.46. Estos puntajes indican puntuaciones bajas, según el puntaje total, interpretándose una dependencia a la nicotina baja en la presente muestra.

Con respecto a las medias obtenidas para cada ítem los puntajes más altos fueron para el ítem 1, siguiendo con el ítem 4, 3, 2, 5 y 6 en orden decreciente (Ver Tabla 4).

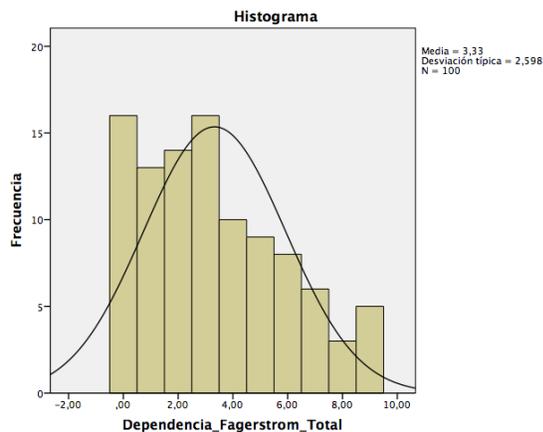
Tabla 3. Estadísticos descriptivos del Test de Fagerström de Dependencia a la nicotina. Puntaje Total

N	Válidos	100
	Perdidos	0
	Media	3,3300
	Mediana	3,0000
	Desv. típ.	2,59780
	Asimetría	,542
	Error típ. de asimetría	,241
	Curtosis	-,606
	Error típ. de curtosis	,478
	Rango	9,00
	Mínimo	,00
	Máximo	9,00

**Tabla 4. Estadísticos descriptivos del Test de Fagerström de Dependencia a la nicotina. Medias obtenidas Ítem por Ítem**

		dfn1	dfn2	dfn3	dfn4	dfn5	dfn6
N	Válidos	100	100	100	100	100	100
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		,9800	,3300	,5400	,8400	,3200	,3200
Mediana		1,0000	,0000	1,0000	1,0000	,0000	,0000
Desv. típ.		1,10992	,47258	,57595	,87294	,46883	,46883
Asimetría		,673	,734	,812	,784	,784	,784
Error típ. de asimetría		,241	,241	,241	,241	,241	,241
Curtosis		-,994	-1,491	1,542	-,159	-1,415	-1,415
Error típ. de curtosis		,478	,478	,478	,478	,478	,478
Rango		3,00	1,00	3,00	3,00	1,00	1,00
Mínimo		,00	,00	,00	,00	,00	,00
Máximo		3,00	1,00	3,00	3,00	1,00	1,00

**Gráfico 4. Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina. Puntajes Totales**



En las tablas número 5, 6, 7, 8, 9 y 10 y en los gráficos 5, 6, 7, 8, 9 y 10 puede observarse el porcentaje de sujetos que optó por cada una de las opciones de respuesta de cada ítem del Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina.

**Tabla 5. Frecuencia de respuestas para las categorías del ítem 1 del test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina: “¿Cuánto tiempo después de despertarse, fuma su primer cigarrillo?”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	+ de 60 minutos	48	48,0	48,0	48,0
	31-60 minutos	20	20,0	20,0	68,0
	6-30 minutos	18	18,0	18,0	86,0
	- de 5 minutos	14	14,0	14,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Tabla 6. Frecuencia de respuestas para las categorías del ítem 2 del test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina: “¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido?”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	67	67,0	67,0	67,0
	Si	33	33,0	33,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Tabla 7. Frecuencia de respuestas para las categorías del ítem 3 del test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina: “¿Qué cigarrillo le desagrade más dejar de fumar?”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Otros	49	49,0	49,0	49,0
	El primero	49	49,0	49,0	98,0
	2,00	1	1,0	1,0	99,0
	3,00	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Tabla 8. Frecuencia de respuestas para las categorías del ítem 4 del test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina: “¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	-11	42	42,0	42,0	42,0
	11-20	37	37,0	37,0	79,0
	21-30	16	16,0	16,0	95,0
	+30	5	5,0	5,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Tabla 9. Frecuencia de respuesta para las categorías del ítem 5 del test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina: “¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse, que durante el resto del día?”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	68	68,0	68,0	68,0
	Si	32	32,0	32,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Tabla 10. Frecuencia de respuesta para las categorías del ítem 6 del test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina: “¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que estar en cama todo el día?”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	68	68,0	68,0	68,0
	Si	32	32,0	32,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Gráfico 5. Test de Fagerström, ítem 1 “¿Cuánto tiempo después de despertarse, fuma su primer cigarrillo?”

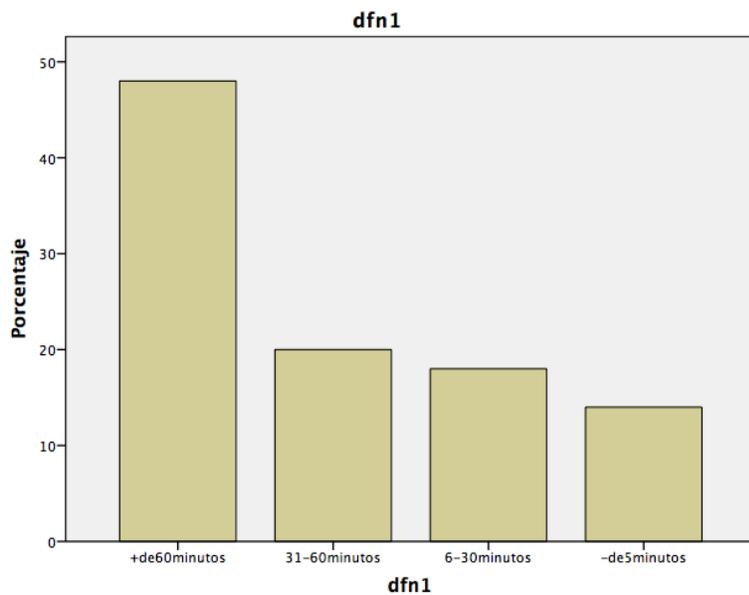
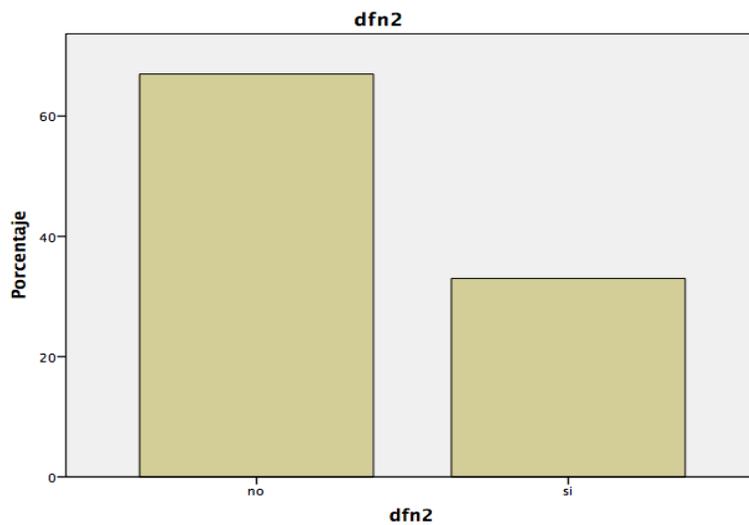
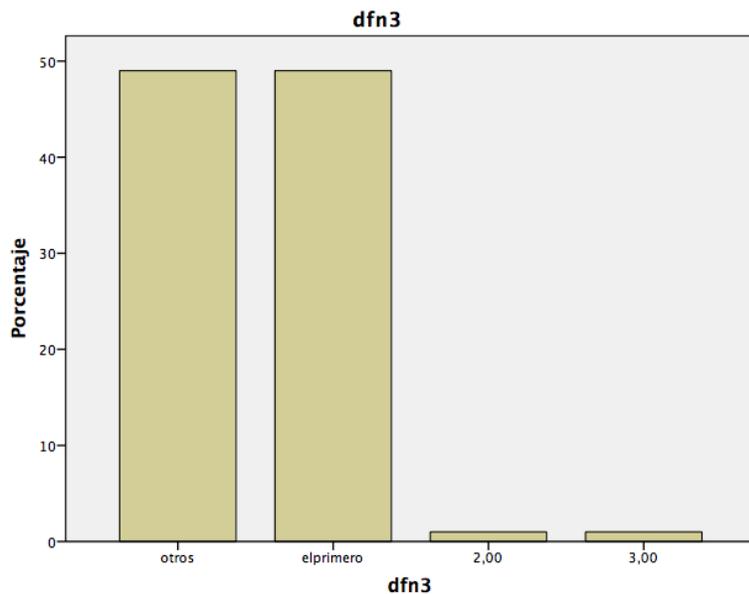


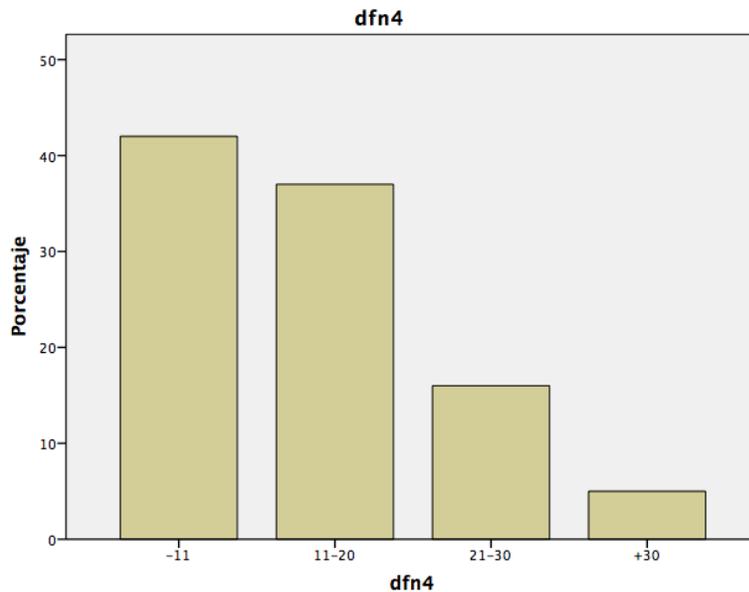
Gráfico 6. Test de Fagerström, ítem 2 “¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido?”



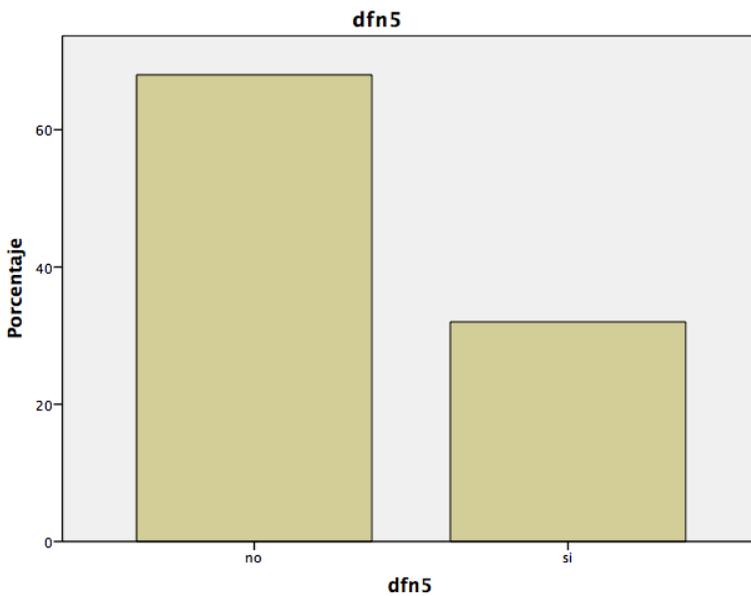
**Gráfico 7. Test de Fagerström, ítem 3 “¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?”**



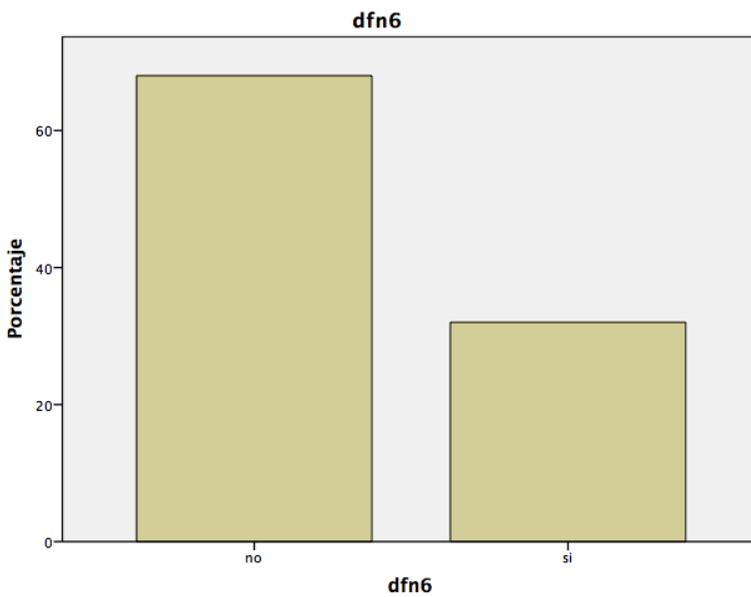
**Gráfico 8. Test de Fagerström, ítem 4 “¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?”**



**Gráfico 9. Test de Fagerström, ítem 5 “¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse, que durante el resto del día?”**



**Gráfico 10. Test de Fagerström, ítem 6 “¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que estar en cama todo el día?”**



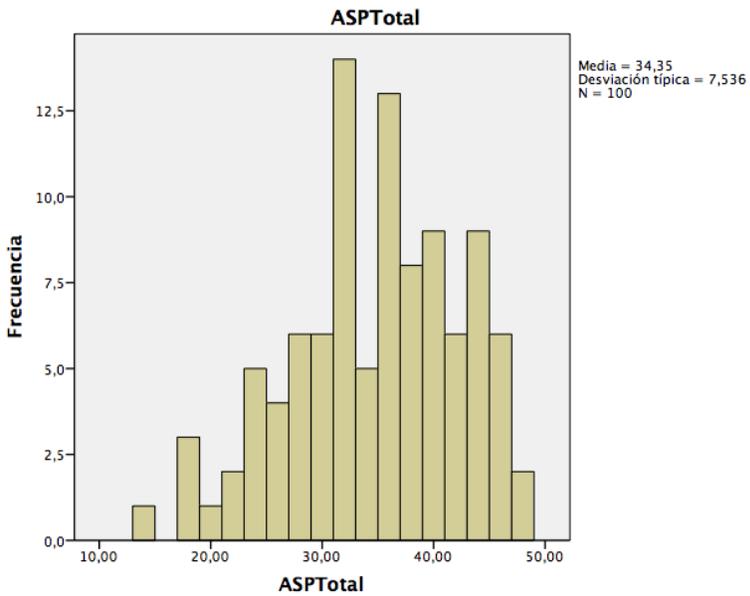
En segundo lugar se calcularon los estadísticos descriptivos del Test de Apoyo Social Percibido. Se obtuvieron el puntaje total, los puntajes para las tres subescalas y los puntajes ítem por ítem. El puntaje total arrojó una media de 34,35 y un desvío típico de 7,53. El puntaje correspondiente a la subescala de Apoyo Social vinculado a la familia, una media de 11,18 y un desvío típico de 3,29. El puntaje de la subescala Apoyo Social relacionado a amigos, arrojó una media de 11,70 con un desvío típico de 3,12. Por último, el puntaje de la subescala de Apoyo Social vinculado a otro significativo, una media de 11,47 con un desvío típico de 3,23 (Ver Tabla 11 y Gráficos 11, 12, 13 y 14). Estos resultados indican que se obtuvieron puntajes medios para el total, como así también, para cada una de las subescalas de Apoyo Social Percibido.

Considerando los niveles de las dimensiones por separado la subescala que más alto puntaje obtuvo fue la de Amigos, siguiendo la de Otros significativos y finalmente la de Familia. Esto último indica que las personas que conformaron la presente muestra perciben mayor apoyo social de parte de sus amigos, en segundo lugar de parte de otros significativos y por último de parte de su familia.

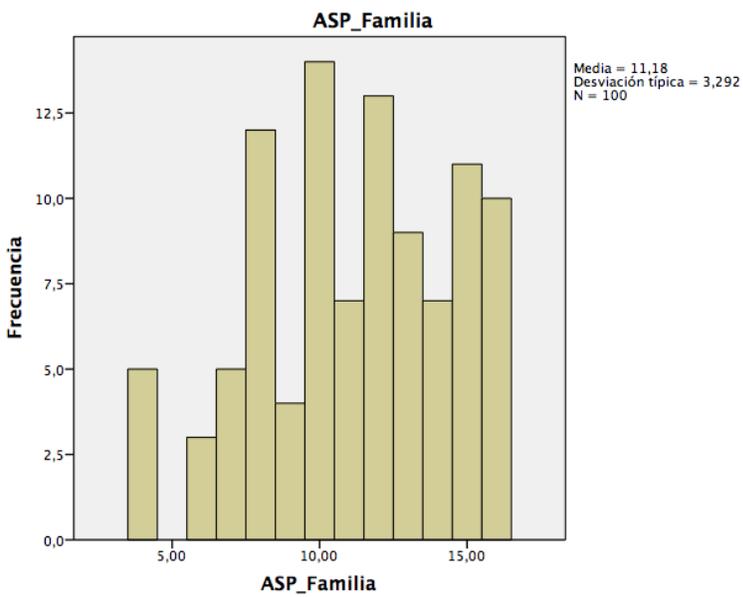
**Tabla 11. Estadísticos descriptivos de Apoyo Social Percibido, Total y subescalas**

		ASPTotal	ASP_Familia	ASP_Amigos	ASP_Otro_Signifi cativo
N	Válidos	100	100	100	100
	Perdidos	0	0	0	0
Media		34,3500	11,1800	11,7000	11,4700
Mediana		35,5000	11,5000	12,0000	12,0000
Desv. típ.		7,53628	3,29180	3,12533	3,23008
Asimetría		-,412	-,327	-,777	-,449
Error típ. de asimetría		,241	,241	,241	,241
Curtosis		-,307	-,661	,119	-,654
Error típ. de curtosis		,478	,478	,478	,478
Rango		34,00	12,00	12,00	12,00
Mínimo		14,00	4,00	4,00	4,00
Máximo		48,00	16,00	16,00	16,00

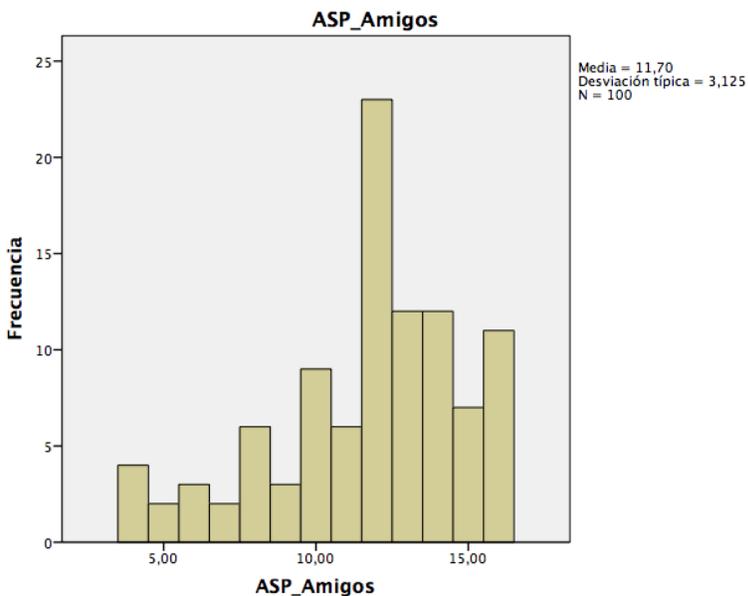
**Gráfico 11. Apoyo Social Percibido Total**



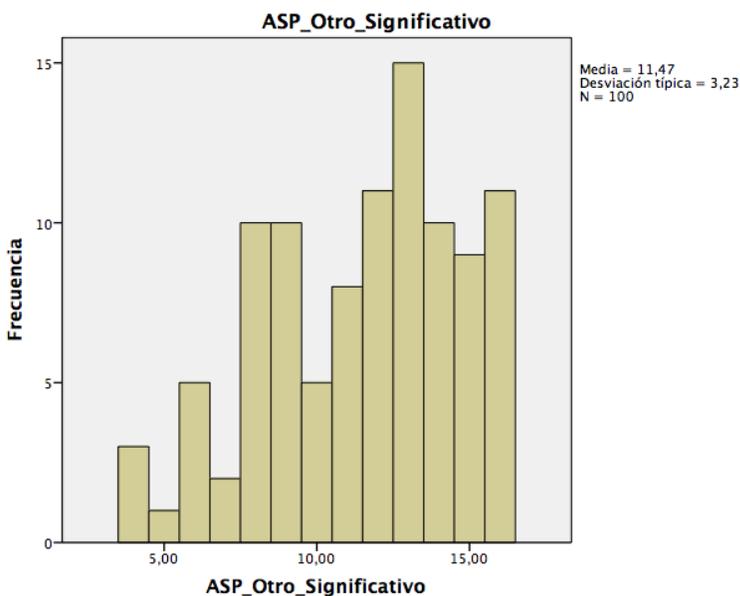
**Gráfico 12 Apoyo Social Percibido, subescala Familia**



**Gráfico 13. Apoyo Social Percibido, subescala Amigos**



**Gráfico 14. Apoyo Social Percibido, subescala Otro Significativo**



En las tablas número 12 a 24 y en los gráficos 15 a 26 puede observarse el porcentaje de sujetos que optó por cada una de las opciones de respuesta de cada ítem del Test de Apoyo Social Percibido. Las medias de los puntajes correspondientes a cada ítem fluctuaron entre 2,67 y 2,96.

**Tabla 12. Estadísticos descriptivos de Apoyo Social Percibido Ítem por ítem**

		as1	as2	as3	as4	as5	as6	as7	as8	as9	as10	as11	as12
N	Válidos	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		2,7800	2,9200	2,8700	2,8400	2,9300	2,9000	2,9600	2,6700	2,9200	2,8400	2,8000	2,9200
Mediana		3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000
Desv. típ.		,99066	,97110	,98119	1,01225	1,01757	,95874	,90921	1,02548	,98144	1,02218	1,03475	,91762
Asimetría		-,242	-,513	-,323	-,446	-,503	-,498	-,661	-,213	-,622	-,424	-,368	-,479
Error típ. de asimetría		,241	,241	,241	,241	,241	,241	,241	,241	,241	,241	,241	,241
Curtosis		-1,026	-,730	-1,010	-,889	-,915	-,686	-,243	-1,072	-,571	-,951	-1,027	-,591
Error típ. de curtosis		,478	,478	,478	,478	,478	,478	,478	,478	,478	,478	,478	,478
Rango		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Mínimo		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Máximo		4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00

**Tabla 13. Frecuencias de respuesta para cada una de las categorías del ítem 1 “Hay una persona cerca, cuando estoy en una situación difícil” de ASP**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	11	11,0	11,0	11,0
	A veces	29	29,0	29,0	40,0
	Con frecuencia	31	31,0	31,0	71,0
	Casi siempre	29	29,0	29,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Tabla 14. Frecuencia de respuesta para cada una de las categorías del ítem 2 “Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías” de ASP**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	10	10,0	10,0	10,0
	A veces	21	21,0	21,0	31,0
	Con frecuencia	36	36,0	36,0	67,0
	Casi siempre	33	33,0	33,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Tabla 15. Frecuencia de respuesta para cada una de las categorías del ítem 3 “Mi familia realmente intenta ayudarme” del ASP**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	9	9,0	9,0	9,0
	A veces	28	28,0	28,0	37,0
	Con frecuencia	30	30,0	30,0	67,0
	Casi siempre	33	33,0	33,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Tabla 16. Frecuencia de respuesta para cada una de las categorías del ítem 4 “Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito” del ASP**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	13	13,0	13,0	13,0
	A veces	21	21,0	21,0	34,0
	Con frecuencia	35	35,0	35,0	69,0
	Casi siempre	31	31,0	31,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Tabla 17. Frecuencia de respuesta para cada una de las categorías del ítem 5 “Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí” del ASP**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	11	11,0	11,0	11,0
	A veces	22	22,0	22,0	33,0
	Con frecuencia	30	30,0	30,0	63,0
	Casi siempre	37	37,0	37,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Tabla 18. Frecuencia de respuesta para cada una de las categorías del ítem 6” Mis amigos realmente tratan de ayudarme” del ASP**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	10	10,0	10,0	10,0
	A veces	21	21,0	21,0	31,0
	Con frecuencia	38	38,0	38,0	69,0
	Casi siempre	31	31,0	31,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Tabla 19. Frecuencia de respuesta para cada una de las categorías del ítem 7 ”Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal” del ASP**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	9	9,0	9,0	9,0
	A veces	16	16,0	16,0	25,0
	Con frecuencia	45	45,0	45,0	70,0
	Casi siempre	30	30,0	30,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Tabla 20. Frecuencia de respuesta para cada una de las categorías del ítem 8 “Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia” de ASP**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	16	16,0	16,0	16,0
	A veces	26	26,0	26,0	42,0
	Con frecuencia	33	33,0	33,0	75,0
	Casi siempre	25	25,0	25,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Tabla 21. Frecuencia de respuesta para cada una de las categorías del ítem 9 “Tengo amigos con los que puedo compartir penas y alegrías” de ASP**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	12	12,0	12,0	12,0
	A veces	16	16,0	16,0	28,0
	Con frecuencia	40	40,0	40,0	68,0
	Casi siempre	32	32,0	32,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Tabla 22. Frecuencia de respuesta para cada una de las categorías del ítem 10 “Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos” de ASP**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	13	13,0	13,0	13,0
	A veces	22	22,0	22,0	35,0
	Con frecuencia	33	33,0	33,0	68,0
	Casi siempre	32	32,0	32,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

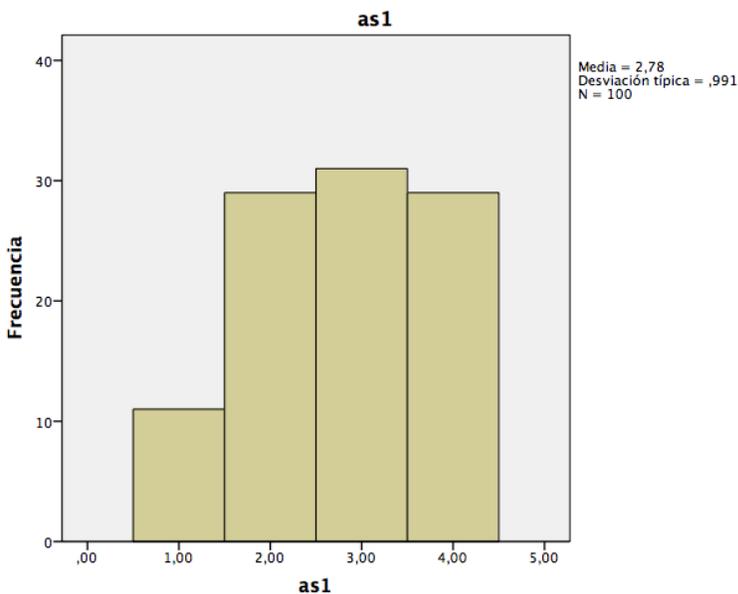
**Tabla 23. Frecuencia de respuesta para cada una de las categorías del ítem 11 “Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones” de ASP**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	14	14,0	14,0	14,0
	A veces	23	23,0	23,0	37,0
	Con frecuencia	32	32,0	32,0	69,0
	Casi siempre	31	31,0	31,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

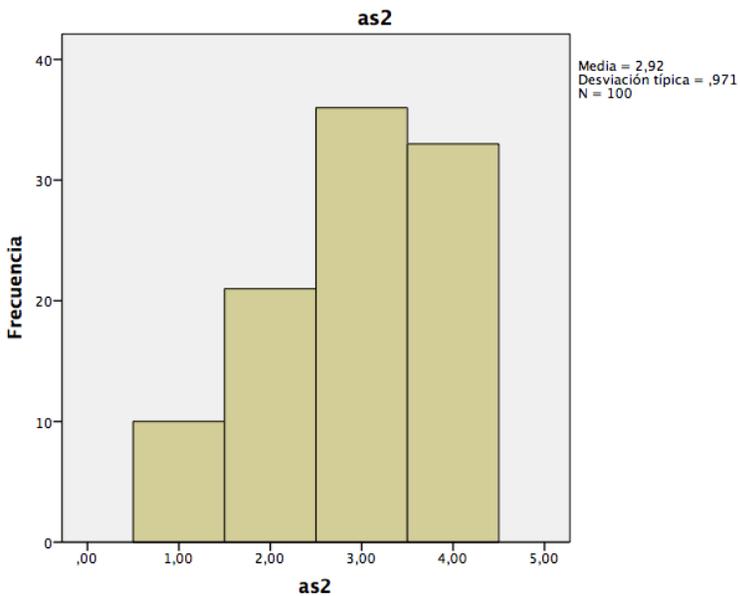
**Tabla 24. Frecuencia de respuesta para cada una de las categorías del ítem 12 “Puedo hablar de mis problemas con mis amigos” de ASP**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	8	8,0	8,0	8,0
	A veces	22	22,0	22,0	30,0
	Con frecuencia	40	40,0	40,0	70,0
	Casi siempre	30	30,0	30,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

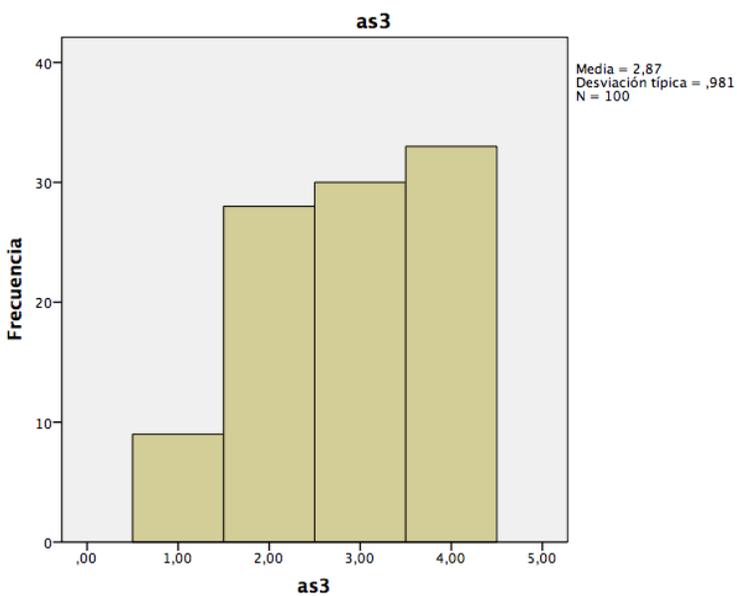
**Gráfico 15. ASP, ítem 1: “Hay una persona que está cerca cuando estoy en situación difícil”**



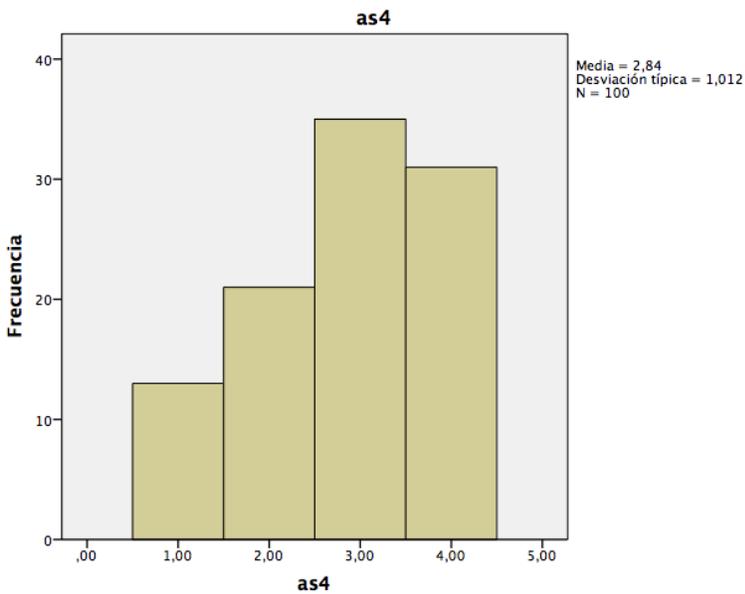
**Gráfico 16. ASP, ítem 2 “Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías”**



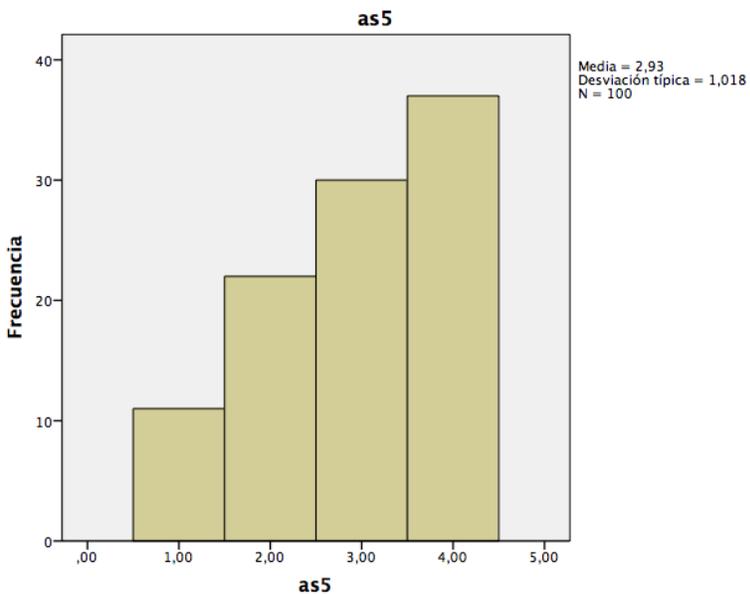
**Gráfico 17. ASP, ítem 3 “Mi familia realmente intenta ayudarme”**



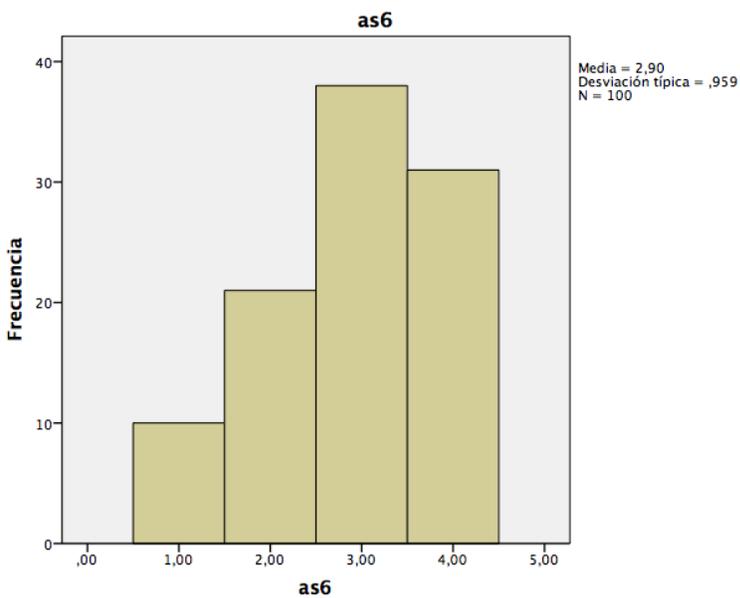
**Gráfico 18. ASP, ítem 4 “Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito”**



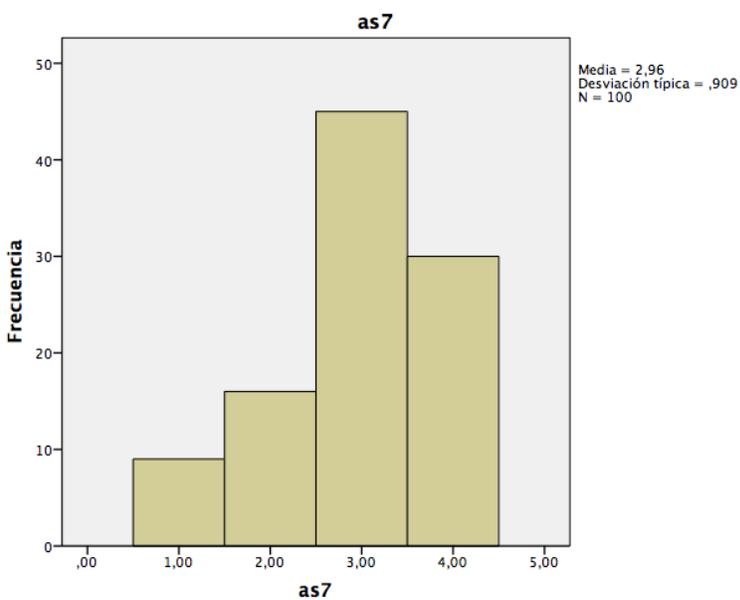
**Gráfico 19. ASP, ítem 5 “Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí”**



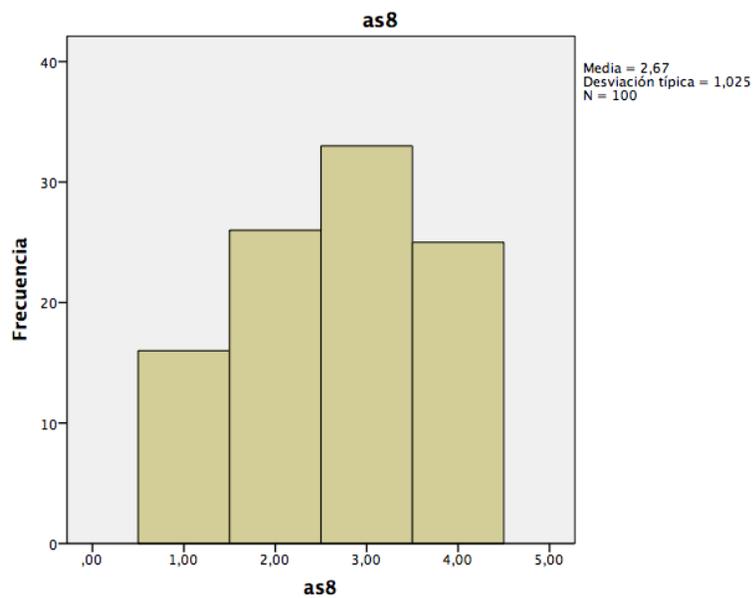
**Gráfico 20. ASP, ítem 6 “Mis amigos realmente tratan de ayudarme”**



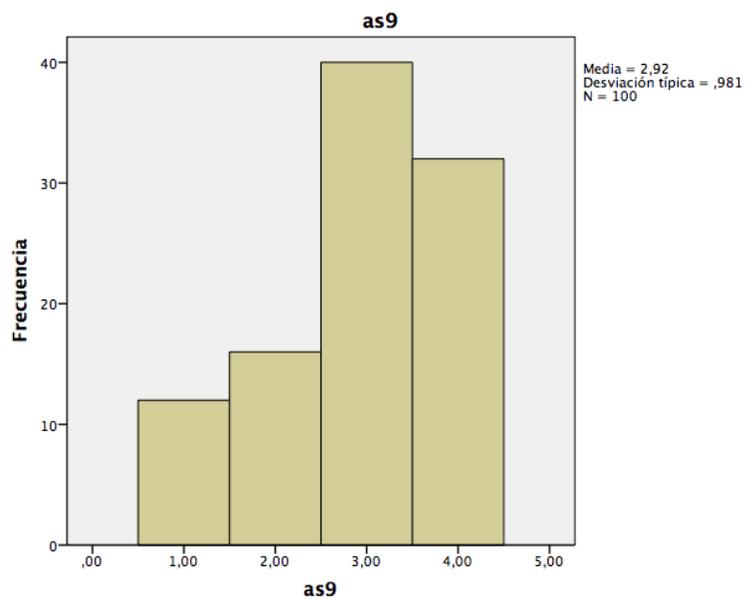
**Gráfico 21. ASP, ítem 7 “Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal”**



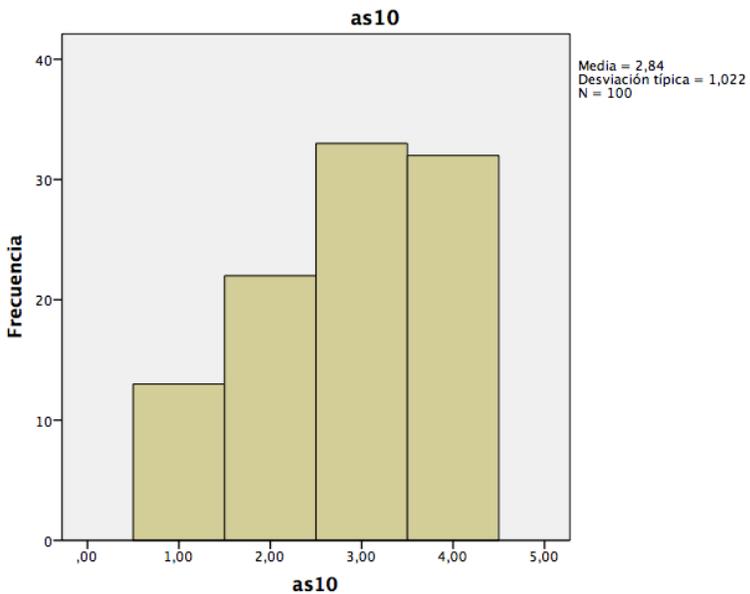
**Gráfico 22. ASP, ítem 8 “Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia”**



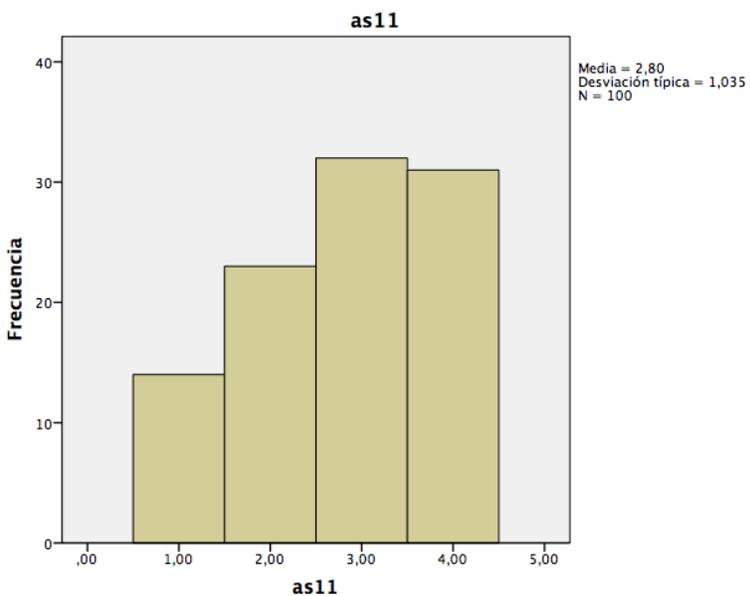
**Gráfico 23. ASP, ítem 9 “Tengo amigos con los que puedo compartir penas y alegrías”**



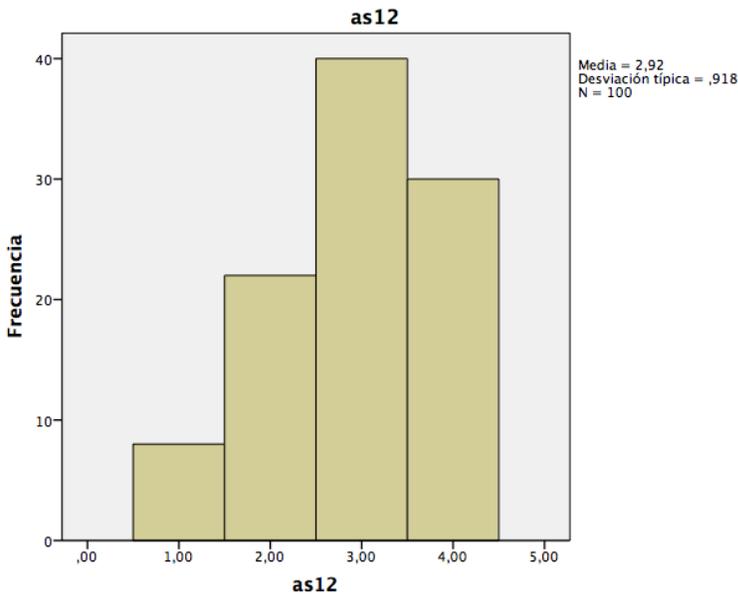
**Gráfico 24. ASP, ítem 10 “Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos”**



**Gráfico 25. ASP, ítem 11 “Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones”**



**Gráfico 26. ASP, ítem 12 “Puedo hablar de mis problemas con mis amigos”**



### 8.3. Correlaciones

Se calcularon las correlaciones entre el puntaje Total del Test de ASP y el total del Test de Fagerström. Asimismo se calcularon las correlaciones entre las subdimensiones del test de Fagerström y el Total del ASP. Para ello se utilizó el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson. Se encontró correlación entre el total del Test de Fagerström de dependencia a la nicotina y el total del test de Apoyo Social Percibido ( $r=-,491$ ;  $p=,000$ ); se encontró correlación entre la subdimensión de Apoyo social familiar y el Total del test de Fagerström de dependencia a la Nicotina ( $r=-,420$ ;  $p=,000$ ); se encontró correlación entre la subescala de Apoyo social de Amigos y el Total del test de Fagerström de dependencia a la nicotina ( $r=-,366$ ;  $p=,000$ ); y por último se encontró correlación entre la dimensión de Apoyo Social de Otros Significativos y el Total del test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina ( $r=-,363$ ;  $p=,000$ ) (Ver Tabla 25). Todas las correlaciones resultaron estadísticamente significativas y fueron negativas de grado débil/medio. Podemos afirmar que las variables de investigación Apoyo Social Percibido y Dependencia de la Nicotina se encuentran relacionadas en la presente muestra; de modo tal que a mayor apoyo social percibido menor dependencia de nicotina.

**Tabla 25. Correlaciones.**

		Dependencia_Fagerstrom _Total
ASP Total	Correlación de Pearson	-,491**
	Sig. (bilateral)	,000
ASP_Familia	Correlación de Pearson	-,420**
	Sig. (bilateral)	,000
ASP_Amigos	Correlación de Pearson	-,366**
	Sig. (bilateral)	,000
ASP_Otro_Significativo	Correlación de Pearson	-,363**
	Sig. (bilateral)	,000
		1

\*\* .La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

b.N por lista es igual a 100.

#### **8.4. Asociación entre las variables de investigación**

Se clasificó a los sujetos de la muestra en alto (36 o más puntos), medio (12 a 35 puntos) y bajo (menos de 12 puntos) grado de Apoyo Social percibido; y en Dependientes (3 a 10 puntos) y No dependientes (0 a 2 puntos) de la Nicotina.

Luego se analizó la asociación entre los niveles de apoyo social percibido y los grupos de sujetos dependientes vs No dependientes. Para ello se utilizó una tabla de contingencia y prueba de Chi Cuadrado. La asociación entre las variables de investigación resultó significativa (ver Tablas 26 y 27; Gráfico 27).

**Tabla 26. Tabla de Contingencia Grado de Apoyo Social Percibido  
 \*Dependencia Vs No Dependencia de Nicotina según Test de Fagerström.**

Recuento

		Dependencia de Nicotina Fagerstrom		Total
		1,00 No Dependientes	2,00 Dependientes	
ASP rangos	2,00 Medio	18 <sub>a</sub>	42 <sub>b</sub>	60
	3,00 Alto	25 <sub>a</sub>	15 <sub>b</sub>	40
Total		43	57	100

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

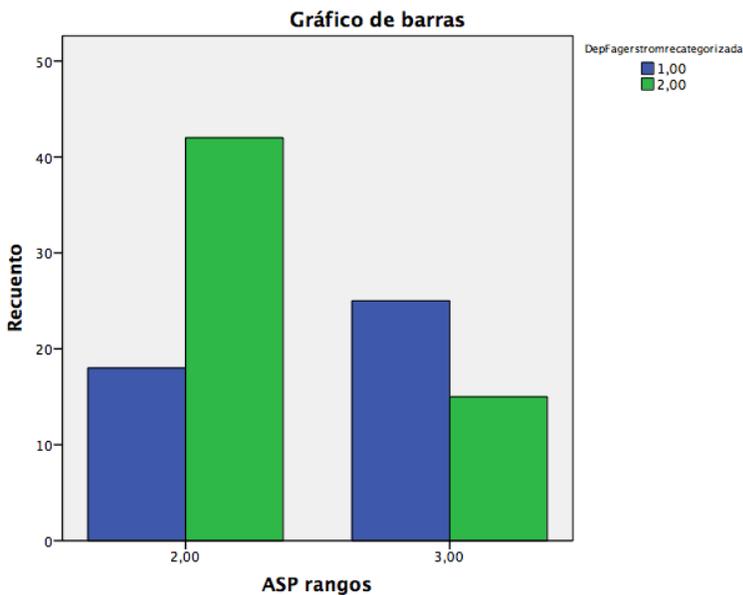
**Tabla 27. Pruebas de chi-cuadrado.**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,343 <sup>a</sup>	1	,001		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	9,059	1	,003		
Razón de verosimilitudes	10,434	1	,001		
Estadístico exacto de Fisher				,002	,001
Asociación lineal por lineal	10,239	1	,001		
N de casos válidos	100				

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17.20.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

### Gráfico 27. Asociación entre las variables de investigación



### 8.5. Comparación de Medias de las variables de Investigación. Pruebas t

En primer lugar se realizó un análisis para evaluar si existían diferencias entre hombres y mujeres en las variables de investigación: apoyo social percibido y dependencia a la nicotina. La comparación de medias mediante Pruebas t según el sexo de los participantes demostró que la diferencia entre hombres y mujeres no es estadísticamente significativa en la presente muestra (Ver Tabla 28).

Tabla 28. Comparación de medias de ASP y de Dependencia a la Nicotina -pruebas t- según sexo

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Sig. (bilateral)
ASPTotal	Masc	56	34,3393	7,61882	,987
	Fem	44	34,3636	7,51770	,987
ASP_Familia	Masc	56	11,0179	3,36015	,581
	Fem	44	11,3864	3,22934	,579
ASP_Amigos	Masc	56	11,8393	2,97124	,618
	Fem	44	11,5227	3,33751	,623
ASP_Otro_Significativo	Masc	56	11,4821	3,32479	,966
	Fem	44	11,4545	3,14350	,966
Dependencia_Fagerstrom_ Total	Masc	56	3,4286	2,52160	,671
	Fem	44	3,2045	2,71584	,674

### 8.6. Comparación de medias de las Variables de Investigación. ANOVAS de un factor

Con el objetivo de determinar si existían diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido y en la dependencia a la nicotina según el año de secundario actualmente en curso, se realizaron ANOVAS de un factor. Los resultados indican que el factor año de secundario en curso no influye en las variables de investigación. Tal como puede observarse en la tabla número 29, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas, en las medias de ASP y Dependencia a la nicotina.

Tabla 29. Comparación de medias de ASP y dependencia de nicotina-ANOVA de un factor-según año de secundario en curso

		N	Media	Desviación t	F	Sig
ASPTotal	1,00	27	34,8889	8,64395	2,050	,112
	2,00	26	35,8077	6,24192		
	3,00	28	31,4643	7,61325		
	4,00	19	35,8421	6,67718		
	Total	100	34,3500	7,53628		
ASP_Familia	1,00	27	11,8148	3,18696	1,870	,140
	2,00	26	11,8846	2,40544		
	3,00	28	10,0714	3,26518		
	4,00	19	10,9474	4,19621		
	Total	100	11,1800	3,29180		
ASP_Amigos	1,00	27	11,9630	3,81779	2,209	,092
	2,00	26	11,7308	2,77932		
	3,00	28	10,6071	3,14277		
	4,00	19	12,8947	1,91180		
	Total	100	11,7000	3,12533		
ASP_Otro_Significativo	1,00	27	11,1111	3,79608	1,139	,337
	2,00	26	12,1923	2,44980		
	3,00	28	10,7857	3,03507		
	4,00	19	12,0000	3,52767		
	Total	100	11,4700	3,23008		
Dependencia_Fagerstrom_Total	1,00	27	3,3333	2,98715		
	2,00	26	3,1538	2,78126		
	3,00	28	3,7857	2,02498		
	4,00	19	2,8947	2,60117		
	Total	100	3,3300	2,59780		

Por último y con el objetivo de determinar si existían diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido y en la dependencia a la nicotina se realizaron ANOVAS de un factor. Para ello se recategorizó a la muestra en tres rangos etáreos (Rango 1 de 13 a 16 años; rango 2 de 17 a 19 años y rango 3 de 20 a 22 años). Los resultados indican que el factor edad no influye en las variables de investigación (ver Tabla 30).

**Tabla 30. Comparación de medias de ASP y Dependencia de Nicotina- ANOVA de un factor- según rangos de edad**

		N	Media	Desviación típica	F	SIG
ASPTotal	1,00	19	36,4737	8,16747	1,024	,363
	2,00	53	34,1132	7,73519		
	3,00	28	33,3571	6,65117		
	Total	100	34,3500	7,53628		
ASP_Familia	1,00	19	12,6316	2,90995	2,343	,101
	2,00	53	10,8302	3,57198		
	3,00	28	10,8571	2,77174		
	Total	100	11,1800	3,29180		
ASP_Amigos	1,00	19	12,1579	4,07244	,329	,720
	2,00	53	11,4906	3,12325		
	3,00	28	11,7857	2,39377		
	Total	100	11,7000	3,12533		
ASP_Otro_Significativo	1,00	19	11,6842	3,49687	1,074	,346
	2,00	53	11,7925	3,33604		
	3,00	28	10,7143	2,80023		
	Total	100	11,4700	3,23008		
Dependencia_Fagerstrom_Total	1,00	19	2,4211	2,26852	1,734	,182
	2,00	53	3,6981	2,79137		
	3,00	28	3,2500	2,33532		
	Total	100	3,3300	2,59780		

## **9. Discusión y Conclusión**

El presente trabajo, tuvo como protagonistas, a adolescentes de entre 13 y 22 años, pertenecientes a la EEM N°2 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En cuanto al objetivo general de la investigación, se puede afirmar que se ha encontrado una baja dependencia a la nicotina en los estudiantes de escuela secundaria, como así también una correlación entre el apoyo social percibido y la dependencia a la nicotina.

Con respecto al objetivo número 1 que refiere al nivel de apoyo social percibido, se manifestaron puntajes medios para el total, como así también, para cada una de las subescalas: amigos, otro significativo y soporte familiar. Aisenson (2006) manifiesta que los jóvenes perciben apoyo social de su entorno. La familia, los amigos y otros significativos como novios, vecinos, etc., parecen ser la fuente principal de este apoyo. El puntaje obtenido más elevado fue para la subescala de amigos, siguiendo la de otro significativo y finalmente la familia. Estos resultados indican que la presente muestra percibe un mayor apoyo social, por parte de los amigos, dejando en un segundo lugar a otros significativos y por último a la familia. Dichos resultados, pueden ser comparados, con los obtenidos por Novoa y Barra (2015) en el cual, se reflejaron puntajes relativamente altos en cuanto al apoyo social percibido global. Algo similar se da respecto a las distintas dimensiones de apoyo social percibido, posicionando a la subescala de amigos, como primera fuente de apoyo percibida por los adolescentes.

Podemos relacionar los resultados obtenidos, con el momento evolutivo adolescente en el cual los jóvenes están cuestionando las figuras parentales y buscando nuevas identificaciones: la adolescencia trae un cambio en la imagen de los padres y requiere el trabajo de revisión de los primitivos vínculos familiares y su integración con otros vínculos sociales. Es así que los amigos aparecen como una fuente de gran importancia en este proceso de desarrollo y revisión de sus medios. Estos resultados corroboran estudios anteriores del equipo de Psicología de la Orientación (Aisenson et al., 2002). Esta percepción de poseer apoyos es de relevancia para el desarrollo personal en momentos de transición como lo es el pasaje de la escuela media al mundo del trabajo y/o los estudios superiores, así como para la construcción de los proyectos de futuro.

Asímismo, Mosqueda Díaz, Mendoza Parra, Jofré Arevana y Viviane Barriga (2015) obtuvieron una alta percepción de apoyo social, por parte de la muestra, tanto en la escala general (Media:

38,7; DS: 7,5), como en las subescalas: apoyo familiar (Media: 12,6; DS: 3,35), apoyo de amigos (Media: 12,93; DS: 3,35), y apoyo de una persona significativa (Media: 13,9; 2,78).

Es importante destacar que Lin y Ensel, (1989) definen el apoyo social, como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales percibidas o recibidas, proporcionadas por las comunidades, las redes sociales y las personas de confianza, tanto en situaciones cotidianas, como de crisis y cumple funciones tanto expresivas (apoyo emocional) como instrumentales (apoyo material y de información).

Con respecto al objetivo número 2, el grado de dependencia física a la nicotina se encontraron puntuaciones bajas, según el puntaje total del test de Fagerström, interpretándose una dependencia a la nicotina baja en la presente muestra. Dichos resultados, podrían compararse con los obtenidos, en una investigación realizada en España (Clemente Jiménez; Rubio Aranda; Pérez Trullén; Marrón Tundidor; Herrero Labarga; Fuertes Fernández y Espinar, 2003) en la cual, los adolescentes fumadores, presentan una dependencia nicotínica baja-moderada, sin que se observen diferencias en función del sexo ni edad.

Esto puede relacionarse con el buen apoyo social (puntajes medios), que los adolescentes perciben por parte de su grupo de pares (incluso más alto en subescala amigos que en las demás subescalas). Se ha constatado la influencia que la disponibilidad y satisfacción con la red de apoyo social tiene en la percepción de la propia salud y en las conductas de salud preventivas y estilos de vida saludables (Cava, 2002; Gracia y Herrero, 2006). Refiriéndonos a las medias obtenidas para cada ítem, los puntajes más altos fueron para el ítem 1 ¿"Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo"? Se obtuvo una media de 0,98 con un desvío típico de 1,10 siguiendo con el ítem número 4, 3, 2, 5 y 6 en orden decreciente.

En cuanto a la nicotina, podríamos conceptualizar la adicción o su dependencia, como la necesidad compulsiva de consumirla. El consumo se puede realizar fumando o aspirando tabaco. La mayoría de los consumidores de tabaco, fuman cigarrillos, por eso también, se habla de la adicción o dependencia de los mismos.

Con respecto al objetivo número 3 y en cuanto a las correlaciones, podemos decir, que en el presente estudio todas resultaron estadísticamente significativas y negativas, por lo que se podría afirmar que las variables de investigación, Apoyo Social Percibido y Dependencia a la Nicotina, se encuentran inversamente relacionadas en la presente muestra. Resultando que a

mayor apoyo social percibido, menor dependencia a la nicotina. Consideramos, entonces, el apoyo social, como un recurso de protección frente a la implicación del adolescente en conductas de riesgo (Jackson y Warren, 2000). Estos resultados reflejan coincidencia con lo planteado por parte de Farrell y Barnes (1993) quienes mencionan que un alto apoyo familiar, se relaciona con un bajo consumo de sustancias en la adolescencia. Así mismo, Butters (2002); Mc Gee; Poulton y Moffitt (2000) y Musitu et al. (2001) plantean que un clima familiar conflictivo y unas pobres relaciones familiares o escaso apoyo, predicen el consumo de ciertas sustancias como el hachís, alcohol y tabaco, cosa que en la presente investigación, se ha manifestado.

Para analizar la asociación entre dichas variables de investigación, se utilizó también una tabla de contingencia y prueba de chi cuadrado, la cual manifestó una asociación significativa.

Con respecto al objetivo número 4 -los niveles de apoyo social percibido y grado de dependencia física a la nicotina según las variables sociodemográficas de la muestra- ; los resultados indican mediante las pruebas de comparación de medias que no se presentaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de investigación según sexo, según año de secundario en curso ni según edad.

Mediante pruebas t se determinó que no se presentaban diferencias entre hombres y mujeres en las variables de investigación. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por Clemente Jiménez; Rubio Aranda; Pérez Trullén; Marrón Tundidor; Herrero Labarga; Fuertes Fernández y Espinar en el año 2003, según los cuales no se obtuvieron diferencias en la dependencia nicotínica según sexo ni según edad. Sin embargo y en contraposición nuestros resultados, en Argentina, mediante la encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes, se reveló que la proporción de fumadores, es mayor en mujeres que en varones, una tendencia que se ha venido constatando desde hace más de 10 años. De seguir así, las afectaciones a la salud de la población femenina serán aún mayores y muchas enfermedades asociadas con el tabaquismo que hoy afectan mayoritariamente a los hombres pasarán a ser más frecuentes en la población femenina en los próximos años (Verra, Zabert, Ferrante, Morello, y Virgolini, 2009). En cuanto a la variable apoyo social, podría pensarse en relación a ciertos modelos sociales vigentes respecto a la socialización, en los que predomina la creencia de que las mujeres necesitan mayor protección que los varones (son consideradas el “sexo débil”).

Por otro lado, se pudo determinar, mediante ANOVAS de un factor, que el año de secundario en curso, no influye en las variables de investigación, por lo que no se presentaron diferencias significativas, en las medias de Apoyo Social Percibido y Dependencia a la Nicotina según dicha característica sociodemográfica. También se realizaron ANOVAS de un factor, para determinar si existían diferencias en el apoyo social percibido y en la dependencia a la nicotina según edad y se concluyó que el factor edad, no influye en las variables de investigación. Aunque si nos referimos a resultados obtenidos por la Sociedad Española de Pediatría Extra Hospitalaria y Atención Primaria (2014), el consumo de tabaco entre los adolescentes mayores de 16 a 18 años, alcanza el 50% y uno de cada cuatro adolescentes entre 12 y 14 años, (25%) fuma regularmente. Aisenson, Batlle, Legaspi, Polastri y Valenzuela (2006) demostraron mediante análisis de varianza por sexo para el constructo apoyo social, diferencias significativas al 5% entre varones y mujeres en los ítems de la prueba referidos a “amigos” y “persona especial”. Dichos resultados, revelarían que las mujeres perciben un apoyo social de los amigos y de las personas significativas en mayor medida que los varones. En la presente investigación, no se presentan diferencias entre hombres y mujeres en las variables de investigación.

## Conclusión

El presente trabajo, tuvo como protagonistas, a adolescentes de entre 13 y 22 años, pertenecientes a la EEM N°2 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En cuanto al objetivo general de dicha investigación, se puede afirmar que se ha encontrado una baja dependencia al tabaquismo en los estudiantes de escuela secundaria, como así también una correlación entre el apoyo social percibido y la dependencia a la nicotina.

Con respecto al objetivo número 1 que refiere al nivel de apoyo social percibido, se manifestaron puntajes medios para el total, como así también, para cada una de las subescalas: amigos, otro significativo y soporte familiar. El puntaje obtenido más elevado fue para la subescala de amigos.

Con respecto al objetivo número 2, el grado de dependencia física a la nicotina se encontraron puntuaciones bajas, según el puntaje total del test de Fagerström, interpretándose una dependencia a la nicotina baja en la presente muestra.

Con respecto al objetivo número 3 y en cuanto a las correlaciones, podemos decir, que todas resultaron estadísticamente significativas, por lo que se podría afirmar que las variables de investigación, Apoyo Social Percibido y Dependencia a la Nicotina, se encuentran relacionadas en la presente muestra. De esta manera, puede afirmarse que a mayor apoyo social percibido, menor dependencia a la nicotina. Para analizar la asociación entre dichas variables de investigación, se utilizó también una tabla de contingencia y prueba de chi cuadrado, la cual manifestó una asociación significativa.

Con respecto al objetivo número 4, los niveles de apoyo social percibido y grado de dependencia física a la nicotina según las variables sociodemográficas de la muestra, los resultados indican mediante la comparación de medias -pruebas t-, que el sexo, no incide en esta muestra. Por otro lado, se pudo determinar, mediante ANOVAS de un factor, que el año de secundario en curso, no influye en las variables de investigación. Y como último objetivo, se realizaron ANOVAS de un factor y se obtuvo como resultado que el factor edad, no influye en las variables de investigación.

## **10. Referencias Bibliográficas**

American Psychiatric Association. DSM-V (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5.ª ed. Barcelona: Editorial Panamericana.

Aisenson, B., Aisenson, G., Battle, S., Legaspi, L., Polastri, G., Valenzuela, V. (2006). Cocepciones sobre el estudio y el trabajo, apoyo social percibido y actividades del tiempo libre en jóvenes que finalizan la escuela media. *Anuario de Investigaciones*. Vol. XIV: 76-77.

Almagiá, Fajardo, Muñoz, Gonzales y Vera (2005). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*. Vol. 29, (1): 85-95.

Almonacid Galvis, Burgos Torres y Utria Rodríguez (2010). Estilos de aprendizaje de jóvenes universitarios con y sin dependencia a la nicotina de la ciudad de Bogotá *Psychologia*. *Avances de la disciplina*, vol.4, (1): 125-132.

Arechabala M, MC, Miranda Castillo, C (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8 (1): 49-55.

Auteri, J., Zabert, I., Itcovici, N., Schottlender, G., Zabert (2012). E. Frecuencia y caracterización de tabaquismo en pacientes internados con patología respiratoria: estudio multicéntrico en hospitales de Buenos Aires. *Revista Asociación Argentina de Medicina Respiratoria*. Vol. 12, (1),1: 3-9.

Baer, D.J., and Katkin, J. M. (1971). Imitation of smoking by sons and daughters who smoke and smoking behavior of parents. *J. Genet. Psychol.* 118: 293-296.

Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.

Bena, Bruno, Gulayin, Marelli y Urrutia (2013). Incidencia del Tabaquismo en los adolescentes de la Ciudad de La Plata. *Epidemiología y Salud*. Vol.1, (1): 7.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Barbosa, V.C.; Filho Campos, W. y Lopes, A.S. (2012). Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents: a systematic review. *Rev Saúde Pública*, 46: 901-17.

Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderato r-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6): 1173-1182.

Barrueco Ferrero, M. (2005). *Motivación y Formación de Docentes como Promotores de Salud*. IV Jornadas Nacionales de Actualización en el Control y Tratamiento del tabaquismo. Santander. Recuperado de <http://sedet.es/docs/jornadas/Barrueco.ppt>.

Becoña E, Vázquez FL. (1998). The Fagerström. Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83(3 Pt2): 1455-1458.

Bronfenbrenner, U. (1979). A future perspective. In The ecology of human development: *Experiments by nature and design*, pp. 3-13.

Butters, J. E. (2002). Family stressors and adolescent cannabis use: a pathway to problem use. *Journal of Adolescence*, 25: 645-654.

Campos, C., Panaino, E., y Soares, C. (2009). Contexto del inicio del consumo de tabaco en los diferentes grupos sociales. Rev. Latino – AM. *Enfermagem*, 22(3): 379-85.

Carter Guest, K. y Biasini, F. J. (2001). Middle childhood, poverty, and adjustment: does social support have an impact?. *Psychology in the Schools*, 38(6): 549-560.

Ciapponi, A. (2011). WHO. *Systematic review of the link between tobacco and poverty*/[project leader]:Work conducted for WHO by the Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria– IECS), Argentine Cochrane Centre IECS, Iberoamerican Cochrane Network: World Health Organization.

Ciariano, S., Bo, G., Jackson, S. y Van Mameren, A. (2002). *The mediator role of friends in psychological well-being and the use of psychoactive substances during adolescence: a comparative research in two European countries*. VIII Conference of the European Association for Research on Adolescence. Oxford.

Clemente Jiménez; Rubio Aranda; Pérez Trullén; Marrón Tundidor; Herrero Labarga; Fuertes Fernández y Espinar (2003). Determinación de la dependencia nicotínica en escolares fumadores a través de un test de Fagerström modificado. *Anales de Pediatría*. Vol. 58, (6), 58: 538-44.

Critchley, J.A. y Capewell, S. (2003). Substantial potential for reductions in coronary heart disease mortality in the UK through changes in risk factor levels. *J Epidemiol Community Health*; 57(4): 243-7.

Dani, J.A. y Heinemann, S. (1996). Molecular and cellular aspects of nicotine abuse. *Neuron*, 16: 905-908.

Demaray, M. K. y Malecki, C. K. (2002). The relationship between perceived social support and maladjustment for student at risk. *Psychology in the Schools*, 39 (3): 305-316.

Dekovic, M. y Meeus, W. (1997). Peer relations in adolescence: effects of parenting and adolescents' self concept. *Journal of Adolescence*, 20: 163-176.

Eiser, J. R. (1982b). Addiction as attributional cognitive processes in giving up smoking, en J. R. Eiser (Ed.): *Social Psychology and Behavioral Medicine*, pág. 281-299. Chichester: Wiley.

Elvira, J y Mañosa, A. (1983). Comparison of Several Techniques for Smoking Prevention. *Quaderns de Psicologia*, Vol. 7, Nº. 2 (Época II).

Engels, R. C. M. E., Knibbe, R. A., De Vries, H., Drop, M. J. y Van Breukelen, G. J. P. (1999). Influences of parental and best friends' smoking and drinking on adolescent use: a longitudinal study. *Journal of Applied Social Psychology*, 29 (2): 337-361.

Fagerstrom, K.O. y Schneider, N.G. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavior Medicine*, 12: 159-182.

Fagerstrom, K.-O. (1978). Measuring degree of physical dependency to tobacco smoking with Reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3: 235-241.

Farrell, M. P. y Barnes, G. M. (1993). Family systems and social support: a test of the effects of cohesion and adaptability on the functioning of parents and adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 55: 119-132.

Festinger, L. (1957). *A Theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Filgueira, C. (2001). *La actualidad de viejas temáticas: Sobre los estudios de clase, estratificación y movilidad en América Latina*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Galt, M. y Guillies, P. (1994). Scott A. Smoking prevalence among 15-16-year-olds in Doncaster, England. *J Public Health Med*; 16: 172-8.

Galván, J., Romero, M., Rodríguez, E., Durand, A., Colmenares, E. y Saldivar, G. (2006). La importancia del apoyo social para el bienestar físico y mental de las mujeres reclusas. *Salud Mental*, 29: 68-74.

Gilpin E.; Lee L.; Evans N. y Pierce, J. (1994). Smoking initiation, states in adults and minors - USA, 1944-1988. *J Epidemiol*; 140: 535-43.

Gilvarry, E. (2000). Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 41 (1), 55-80.

Gold, M. y Yanof, D. S. (1985). Mothers, daughters and girlfriends. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49: 654-659.

Gracia, E., Herrero, J. y Musita, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: PPU.

Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.

Gracia, E., Herrero, J. y Musita, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Editorial Síntesis.

Gracia, E. y Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social. Evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38: 327-342.

Grandpre, J; Alvaro, EM; Burgoon, M. y Miller, CH. (2003). Hall JR. Adolescent reactance and anti-smoking campaigns: a theoretical approach. *Health Commun*; 15(3): 351-66.

Graham-Bermann, S. A., Coupet, S., Egler, L., Mattis, J. y Banyard, V. (1996). Interpersonal relationship and adjustment of children in homeless and economically distressed families. *Journal of Clinical Child Psychology*; 25, 250-261.

Gutierrez, M., y Romero, I. Resiliencia (2014), Bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *Anales de Psicología*. Vol. 30, Nº2: 608-619. Universidad de Murcia.

Hawking, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*; 112(1): 64-105.

Honess, T. y Robinson, M. (1993). Assessing parent-adolescent relationships: a review of current research issues and methods. En A. E. Jackson & H. Rodríguez Tomé (Eds.), *Adolescence and its social worlds* (47-66). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Ivanovic, D.; Trufello, I.; Marambio, M (1986). Rendimiento escolar y prevalencia del hábito de ingesta alcohólica y consumo de cigarrillos en estudiantes que egresan de educación básica y media en el area metropolitana. *Inst. Interam. Niño*, 60: 31-43.

Ivanovic, D., Castro, C. y Ivanovic, R. (1997). Factores que inciden en el hábito de fumar de escolares de educación básica y media de Chile. *RevSaude Publica*; 31: 30-43.

Jaussett S, Labarère J, Boyer JP y François P. (2004). Psychometric characteristics of questionnaires designed to assess the knowledge, perceptions and practices of health care professionals with regards to alcoholic patients. *Encephale*. Sep-Oct; 30(5):437-46.

Jackson, Y. y Warren, J. S. (2000). Appraisal, social support, and life events: Predicting outcomes behavior in school-age children. *Child Development*, 71 (5): 1441-1457.

Jackson, Y., Sifers, S. K., Warren, J. S. y Velasquez, D. (2003). Family protective factors and behavioral outcome: the role of appraisal in family life events. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 11 (2): 103-111.

Kandel, D.B. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. En D.J. Lettieri, M. Sayers y H.W. Pearson (dirs.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (NIDA Research Monograph 30, DHHS). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Kandel, D.B. y Logan J. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74: 660-666.

Krosnick, J. A., y JUDD, C. M. (1982). Transitions in social influence at a adolescence: Who induces cigarette smoking? *Developmental Psychology*, 18: 359-368.

Leventhal, H. y Cleary, P. D. (1980). The smoking problem: A review of the research theory, and research policies in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin*: 88, 370-405.

Levitt, M. J., Guacci-Franco, N. y Levitt, J. L. (1993). Convoys of social support in childhood and early adolescence: structure and function. *Developmental Psychology*, 29 (5): 811-818.

Lin, N. y Ensel, W. (1989). Life stress and health: Stressor and resources. *American Sociological Review*, 54: 382-399.

López, J. S., Martín, M. J. y Martín, J. M. (1998). Consumo de drogas ilegales. En A. Martín & cols.(Eds.), *Comportamientos de riesgo: violencia, prácticas sexuales de riesgo y consumo de drogas ilegales*. Madrid: Entinema.

Luengo MA, Otero JM, Mirón L y Romero E. (1995). Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos. *Colección drogodependencias*. Santiago: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Xunta de Galicia.

Lynch, Susan (1995). "Who Support Whom? Age and Gender Affect the Perceived Quality of Support from family and Friends" *The Gerontologist*: 38(2):239-246.

Martínez Álvarez, J.; García González, J.; Domingo Gutiérrez, M. y Machín Fernández, AJ. (1996). Consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. *Aten Primaria*; 7: 383- 385.

McGee, R., Williams, S., Poulton, R. y Moffitt, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, 95 (4): 491-503.

McGinns, J. y Foege, W. (1993). Actual causes of death in the USA. *JAMA*; 270: 2207-12.

Meijier, B.; Bransky, D.; Knol, K. y Kerem E. (1996). Cigarette smoking habits among schoolchildren. *Chest*; 110: 921-6.

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100:674-701.

Mosqueda Díaz, Parra, Aravena y Barriga (2015). Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enfermería Global*, vol. 14, (3): pp. 125-136.

Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. J. (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.

Musitu, G. y Cava, M. J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12 (2): 179-192.

Novoa, C. y Barra, E. (2015). Influencia del apoyo social percibido y los factores de personalidad en la satisfacción vital de estudiantes universitarios. *Terapia Psicológica*, Vol 33, (3): 239-245.

Ovejero Bernal, A. (1993). *La adicción al tabaco: Algunos aspectos psicosociales*. Facultad de Psicología, Área de Psicología Social. Universidad de Oviedo. Recuperado de:<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1993/vol2/arti8.htm>

Palomar, J. y Lanzagorta, N. (2005). Pobreza, recursos psicológicos y movilidad social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37: 9-41.

Parke, R. D. (2004). Development in family. *Annual Review of Psychology 2004*, 55: 365-399.

Paul, CL., Ross, S.; Bryant, J.; Hill, W.; Bonevski, B. y Keevy, N. (2010). The social context of smoking: A qualitative study comparing smokers of high versus low socio economic position. *BMC Public Health*; 10: 2011.

Peiser, N. C. y Heaven, P. C. L. (1996). Family influences on self-reported delinquency among high school students. *Journal of Adolescence*, 19: 557-568.

Perez Milena, A., Martinez-Fernandez, ML., Perez-Milena, R., Jiménez-Pulido, I., Leal-Helming, FJ. y Mesa-Gallardo, I. (2006). Tabaquismo y Adolescentes: ¿Buen momento para dejar de fumar? Relación con factores sociofamiliares. *Rev. Atención Primaria*, 37(8): 452.

Peto, R.; Lopez, A.; Borham, J.; Thun, M. y Health, C. (1992). Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*; 339: 1268-78.

Pierce J, Gilpin E y Burns D. (1991). Does tobacco advertising target young people to start smoking? *JAMA*; 266: 3154-8.

Pierce, J.; Nauim, M. y Gilpin E. (1991). Smoking initiation in the United States: a role for worksite and college smoking bans. *J NatCancer Inst*; 83: 1009-13.

Pinto, DS. y Ribeiro, AS. (2007). Variáveis relacionadas à iniciação do tabagismo entre estudantes do ensino médio de escola pública e particular na cidade de Belém-PA. *J BrasPneumol.*; 33: 558-64.

Pinto, M. y Ugá, MAD. (2010). Os custos de doenças tabaco relacionadas para o Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*, 26(6): 1234-45.

Poland, B.; Frohlich, K.; Haines, RJ.; Mykhalovskiy, E.; Rock, M. y Sparks, R. (2006). The social context of smoking: the next frontier in tobacco control? *Tob Control* Feb; 15: 59-63.

Rojas-Guiot, E., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora Icaza, M.E., Moron Mde, L. y Domenech-Rodriguez, M. (1999). Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca, Hidalgo. *Salud Publica de Mexico*, 41:297-308.

Ruiz Von Felten et al. (2015). Onmeda.es. Conde de Peñalver 38 1ª planta 28006 Madrid. Recuperado de [http://www.onmeda.es/enfermedades/adiccion\\_nicotina-definicion-2718-2.html](http://www.onmeda.es/enfermedades/adiccion_nicotina-definicion-2718-2.html)

Sánchez-Queijada, I. y Oliva, A. (2003). Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 18 (1): 71-86.

Silva, GA.; Valente, JG.; Almeida, LM.; Moura, EC. y Malta, DC. (2009). Tabagismo e escolaridade no Brasil. *RevSaúde Pública*, 43 (supl 2): 48-56.

Simons, Morton B.; Crump, A.; Hayne, D.; Saylor, K.; Eitel, P. y Yu, K. (1999). Psychosocial, school and parental factors associated with recent smoking among early adolescent boys and girls. *Prev Med*; 28: 138-48.

Simons, R. L., Chao, W., Conger, R. D. y Elder, G. H. (2001). Quality of parenting as mediator of the effect of childhood defiance on adolescent friendship choices and delinquency: a growth curve analysis. *Journal of Marriage and Family*, 63 (1): 63-79.

Soares, CB. y Campos, CMS. (2009). Consumo de drogas. In: Borges ALV, Fujimori E, Organizadoras, *Enfermagem ea saúde do adolescente naatenção básica*. São Paulo: Manole, p. 436:468.

Souza DPO. y Silveira, DX Filho (2007). Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. *RevBras Epidemiol*; 10: 276-87.

Steinberg, L. y Sheffield Morris, A. (2001). Adolescence development. *Annual Review of Psychology*, 52: 83-110.

Stern, R.; Prochavka, J.; Velicer, W. y Elder JP. (1987). Stages of adolescent cigarette smoking acquisition measurement and sample profiles. *Addict Behav*; 12(4): 319-29.

Thoits, P. (1995). "Stress, Coping and Social Support Processes: Where are we? What next?" *Journal of Health and Social Behavior (Extra Issues)*: 53-79.

Unal B, Critchley JA, y Capewell S. (2005). Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981- 2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention. *BMJ*; 331(7517): 614.

U.S. Department of Healt and Human Services (1998). Smoking-attributable mortality and years of potential life lost- United States, 1991. *MMWR Morta Recom. Rep*; 40:62-71.

Van Aken, M. A. G. y Asendorpf, J. B. (1997). Support by parents, classmates, friends and siblings in preadolescence: Covariation and compensation across relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(1): 79-93.

Van Aken, M. A. G., Van Lieshout, C. F. M., Scholte, R. H. J. y Branje, S. J. T. (1999). Relational support and person characteristics in adolescence. *Journal of Adolescence*, 22: 819-833.

Vásquez, C. (2003). Predicción y prevención de la delincuencia juvenil según las teorías del desarrollo social. *Revista de Derecho*, 14: 135-158.

Verra, F., Zabert, G., Ferrante, D., Morello, P., y Virgolini, M. (2009). Consumo de tabaco en estudiantes de educación secundaria de Argentina. *Rev. Panam Salud Pública*; 25(3).

Villalbí, JR.; Barniol, J.; Nebot, M.; Díez, E. y Ballestón, M. (1999). Tendencias en el tabaquismo de los escolares: Barcelona, 1987- 1996. *Aten Primaria*; 23: 359 362.

Villarreal González, ME (1999). *Un modelo estructural del consumo de drogas y conducta violenta en adolescentes escolarizados*. Tesis, Facultad de Psicología, Universidad de León, Monterrey N.L, México.

Virrereal Gonzales, M.E., (2009). Un modelo estructural del consumo de drogas y conducta violenta en adolescentes escolarizados (Tesis de Doctorado) Universidad Autónoma de Nueva León. Monterrey, México.

Wilker A. (1973). Dynamics of drug dependence: Implications of a conditioning theory for research and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 28:611–616.

Wise RA (1988). The neurobiology of craving: implications for the understanding and treatment of addiction. *J Abnorm Psychol*, 97: 118–132.

Zavaleta, A., Salas, M. y Peruga, A. (2005). Tabaquismo en Escolares de Secundaria: Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes. *Cuaderno de promoción de la salud*, 50: 23-42.

Zimmerman, M. A. y Bingenheimer, J. B. (2002). Natural mentors and adolescent resiliency: a study with urban youth. *American Journal of Community Psychology*, 30 (2): 221-243.

Zimet, G. et al. (1988). "The Multidimensional Scale of Perceived Social Support". *Journal of Personality Assessment*; 52 (1): 30-41.

## **11. ANEXO**

**Consentimiento Informado** para administrar un grupo de pruebas psicológicas, correspondientes al Trabajo de Integración Final de la Facultad de Psicología de la Universidad Argentina de la Empresa.

Yo \_\_\_\_\_, con documento de identidad No. \_\_\_\_\_, certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debida, respecto al ejercicio académico que el estudiante me ha invitado a participar, que actúo consecuente, libre y voluntariamente como entrevistado, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Estudiante de Psicología: Jorge Sebastián Viana

Firma del entrevistado:

Firma persona responsable:

### **Cuestionario Sociodemográfico**

-Sexo

-Edad

-Año/División

Test de Fagerström<sup>7</sup> de Dependencia a la Nicotina, Fagerström, 1978 (Traducido por Becoña y Vazquez, 1998)

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	Menos de 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido (cine...)?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	Más de 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	Menos de 11	0
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

<sup>7</sup>Extraído del sitio oficial del Ministerio de Salud de la Nación y de la página <http://www.infodrogas.org/infodrogas/tabaco?start=6>

Escala Multidimensional de Apoyo social Percibido de Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988  
(Traducción de Arechabala, Miranda, 2002)

Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indica tu acuerdo con cada una de ellas, empleando esta escala:

- 1 = Casi Nunca
- 2 = A veces
- 3 = Con Frecuencia
- 4 = Casi Siempre

1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil. (1,2,3,4)
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.(1, 2, 3,4)
3. Mi familia realmente intenta ayudarme. (1,2,3,4)
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito. (1,2,3,4)
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí. (1,2,3,4)
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme. (1,2,3,4)
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal. (1,2,3,4)
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia. (1,2,3,4)
9. Tengo amigos con los que puedo compartir penas y alegrías. (1,2,3,4)
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos. (1,2,3,4)
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones. (1,2,3,4)
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos. (1,2,3,4)