

Dimensiones psicopatológicas asociadas al consumo de tabaco en población universitaria

Esperanza Villar Hoz*¹, Ferran Viñas Poch¹, Jaume Juan Ferrer¹, Beatriz Caparrós Caparrós¹, Isabel Pérez Guerra¹ y Montserrat Cornellà Canals²

¹Departamento de Psicología, ²Departamento de Pedagogía
Universidad de Girona (España)

Resumen: El presente estudio pretende examinar la relación entre malestar psicológico y consumo de tabaco en una muestra de 1.242 estudiantes universitarios seleccionados aleatoriamente. Los resultados muestran una asociación significativa positiva entre el estatus psicopatológico de los participantes y el consumo de cigarrillos. Además, los resultados demuestran que el consumo de tabaco también está significativamente relacionado con la percepción subjetiva de acontecimientos vitales estresantes, la automedicación y la realización de comportamientos alimentarios irregulares.

De acuerdo con la hipótesis de automedicación, los datos sugieren que fumar ayuda a los fumadores a afrontar los estados afectivos negativos, lo cual debería tenerse en cuenta en los programas de prevención y de deshabitación del tabaco, con el fin de aumentar el control emocional y las estrategias de afrontamiento.

Palabras clave: Consumo de tabaco; psicopatología; malestar psicológico; hábitos de salud.

Title: Psychopathological dimensions related to tobacco consumption among university students.

Abstract: The purpose of this study was to examine the relationship between psychological distress and tobacco consumption in a sample of 1.242 randomly selected university undergraduates. Results showed a significant, positive association between the participants' psychopathological status and cigarette smoking. Moreover, findings demonstrated that tobacco consumption was also significantly related to the subjective perception of stressful life events, self-medication, and irregular eating behaviours. According to the self-medication hypothesis, data suggest that smoking helps smokers to cope with negative affect states, which should be considered in tobacco prevention and smoking cessation programs in order to enhance emotional control and coping strategies.

Key words: Tobacco consumption; psychopathology; psychological distress; health habits.

Introducción

El interés de la investigación sobre el consumo de tabaco se ha centrado principalmente en la identificación de las variables que influyen en el inicio del hábito durante la etapa de iniciación/experimentación que suele coincidir con la adolescencia temprana. Sin embargo, es en la franja de edad entre 20 y 24 años cuando se produce el principal aumento en el consumo de tabaco. Desde un punto de vista evolutivo, esta etapa coincide con la incorporación al trabajo de aquellos jóvenes para quienes el bachillerato o la formación profesional constituyen el objetivo terminal de sus estudios, y con la carrera universitaria para casi la mitad de los jóvenes españoles. En relación con el consumo de ta-

baco, se trata de una edad de especial relevancia para la investigación de las variables que determinan la consolidación del hábito puesto que en esta etapa emergen los patrones de consumo que se mantendrán a lo largo de la vida adulta (Choi, Pierce y Gilpin, 1997, Colby, Tiffany, Shiffman y Niaura, 2000, Eissenberg y Balster, 2000, White, Pandina y Chen, 2002, Wechsler, Rigotti, Gledhill-Hoyt y Lee, 1998). Con el objetivo de profundizar en la investigación de estas variables, el presente estudio pretende analizar la influencia del estatus psicopatológico de los estudiantes universitarios sobre el consumo de tabaco y su relación con otros hábitos de salud.

Prevalencia del consumo de tabaco

El consumo de tabaco está descendiendo de manera progresiva entre la población general de los países desarrollados gracias a las campañas de información, prevención e inter-

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Esperanza Villar. Departamento de Psicología. Universidad de Girona. Plaça Sant Domènec, 9. 17071 Girona (España).
E-mail: esperanza.villar@udg.es

vención, a las limitaciones impuestas en distintos ámbitos laborales y espacios públicos y a las restricciones sobre la publicidad relacionada con el tabaco (Pomerlau, Marks y Pomerlau, 2000). A pesar de ello, un 35% de los hombres y un 22% de las mujeres en estos países siguen fumando, cifras que alcanzan el 50% de los hombres y el 9% de las mujeres en los países en vías de desarrollo (OMS, 2002). De acuerdo con esta misma fuente, existen grandes diferencias en las tasas de prevalencia entre países, aunque se observa una disminución lenta pero estable del consumo masculino en todo el mundo y entre las mujeres de algunos países desarrollados como Australia, Canadá, Reino Unido o Estados Unidos. Por el contrario, sigue creciendo el consumo femenino, o bien no experimenta ningún descenso, en los países de la Europa central, Europa del este y Europa del sur.

En España, de acuerdo con los datos de la Encuesta domiciliaria de 1999, referidos a una muestra de 12.488 personas entre 15 y 65 años, un 32,6% de la población general consume tabaco a diario, con una proporción ligeramente mayor entre los hombres (37,1%) frente a las mujeres (28,1%), excepto en las franjas de edad entre 15 y 19 y entre 25 y 29 años que presentan una mayor prevalencia del consumo femenino (Ministerio del Interior, 2001).

Aun cuando las cifras reales de consumo puedan ser ligeramente superiores a los indicadores oficiales, especialmente entre la población más joven, el análisis de los datos permite constatar un hecho que viene repitiéndose en las sucesivas encuestas realizadas: "Para ambos sexos, la expansión de consumidores/as diarios se produce principalmente entre los 20-24 años, con incrementos medios... cercanos al 20% con respecto al grupo de edad precedente" (Ministerio del Interior, 2001, p. 19).

Es importante destacar que en la franja de edad entre 20 y 24 años consumen tabaco diariamente un 36,9% de los hombres y un 35,4% de las mujeres, frente al 18% y al 23,5% respectivamente del grupo de edad anterior, siempre según los datos de la encuesta.

Por lo que se refiere específicamente a la población universitaria, objeto del presente estudio, distintos trabajos realizados con muestras de estudiantes españoles han puesto de manifiesto distintas tasas de prevalencia de consumo, que oscilan en torno al 30-35% de fumadores habituales (Becoña, Vázquez y Cergueira, 1997, Font, 2001, Frojan y Rubio, 1997, Mirambell, García-Hurtado, Iváñez, Jiménez y Sellers, 1998, Villar, Caparrós, Viñas, Juan, Pérez y Cornellà, 2001). Por otro lado, datos procedentes de otros contextos geográficos han constatado que las tasas de prevalencia de los estudiantes universitarios han sufrido un incremento significativo durante la década de los 90 (Johnston, O'Malley y Bachman, 2000, Wechsler et al., 1998, White, Pandina y Chen, 2002).

La hipótesis de automedicación

La persistencia de altas cifras de prevalencia de consumo a pesar de la abundante e inequívoca información disponible actualmente sobre los efectos del tabaco, incluso entre sectores de población supuestamente bien informados como los universitarios o el personal sanitario, ha dirigido una parte importante de los esfuerzos de investigación de los últimos años hacia el análisis de la hipótesis de automedicación. De acuerdo con esta hipótesis, el mantenimiento del consumo de tabaco obedece principalmente al objetivo de calmar o aliviar la sintomatología ansioso-depresiva experimentada por las personas fumadoras (Pomerleau, Marks y Pomerleau, 2000).

Fumar ayuda a los fumadores a afrontar los estados afectivos negativos (Niaura, Shadel, Britt y Abrams, 2002). La nicotina, como otras drogas psicoestimulantes, incrementa la liberación de dopamina en el sistema mesolímbico y el núcleo accumbens, lo que potencia las propiedades reforzadoras de la droga. Junto a estas propiedades reforzadoras primarias, la acción de la nicotina ejerce un mayor efecto en situaciones estresantes, lo que explicaría su mayor potencial adictivo en personas deprimidas; la mayor sensibilidad de estas personas ante los

efectos adversos de la estimulación estresante incrementaría el potencial reforzador de la nicotina mediante el mecanismo de liberación de dopamina que produciría un alivio rápido de los efectos adversos del estrés. Por otro lado, los estímulos asociados a la conducta de fumar se convertirían en reforzadores condicionados de la autoadministración de la droga (Balfour y Ridley, 2000, Balfour, Wright, Benwell y Birrell, 2000). Tal como señalan Echeburúa, Salaberria y Fernández-Montalvo (1998), “el exceso de ansiedad y tensión, así como la percepción de no saber hacerles frente de forma adecuada, favorecen la implicación en conductas potencialmente adictivas (beber alcohol abusivamente, comer en exceso, automedicarse, etc.). El alivio de una preocupación con una sustancia química, al tener un efecto inmediato y requerir poco esfuerzo, resulta muy reforzante y necesita pocos ensayos de aprendizaje para consolidarlo en el repertorio de conductas del sujeto” (p. 77).

La base empírica para esta hipótesis ha sido establecida a partir de los estudios psicofarmacológicos sobre los efectos de la nicotina y de los estudios epidemiológicos y clínicos sobre la relación existente entre alteraciones afectivas o malestar psicológico y consumo de tabaco.

En relación con la primera línea de investigación, los estudios experimentales parecen indicar que la nicotina puede producir tanto efectos ansiolíticos y antidepresivos como ansiógenos, dependiendo de la dosis, la vía de administración utilizada, las condiciones de evaluación y el tiempo transcurrido desde su administración (File, Kenny y Ouagazzal, 1998, Irvine, Cheeta y File, 1999, Picciotto, Brunzell y Caldarone, 2002). Los efectos paradójicos de la nicotina sobre la emocionalidad se deben, según diversos estudios, a la amplia expresión de los receptores cerebrales de la nicotina, al gran número de subtipos existentes y a la capacidad de la nicotina para activar o desensibilizar dichos receptores (Balfour, 1994, Picciotto, Brunzell y Caldarone, 2002). Las estructuras neuroanatómicas cerebrales implicadas en la acción ansiolítica o ansiogénica de la nicotina a través de los receptores cerebrales son principalmente

el hipocampo dorsal, el septum lateral (que jugarían un papel crucial en la tolerancia a los efectos ansiogénicos de la nicotina), y el núcleo dorsal del rafe (responsable del desarrollo de la tolerancia a los efectos ansiolíticos) (Cheeta, Irvine, Kenny y File, 2001, Seth, Cheeta, Tucci y File, 2002), así como el sistema dopaminérgico mesolímbico y el hipocampo (Picciotto, Brunzell y Caldarone, 2002).

Los estudios epidemiológicos, por su parte, apuntan hacia la presencia de mayores porcentajes de individuos con trastornos psiquiátricos o con manifestaciones subclínicas entre las personas fumadoras que no pueden o no quieren dejar el hábito (Pomerleau, Marks y Pomerleau, 2000). Algunos estudios sitúan la prevalencia total de consumo de tabaco para las personas con trastorno psiquiátrico entre el 50 y el 80% (Becoña, Vázquez y Míguez, 2002). De acuerdo con el análisis efectuado por Saffer y Dave (2002) para la población norteamericana, el 24% de la población que sufre una enfermedad mental consume el 40% de todos los cigarrillos vendidos, y el 43% de la población que ha sufrido algún episodio de enfermedad mental a lo largo de su vida consume alrededor del 68%. Además, los individuos con una historia de enfermedad mental tienen un 94% más de probabilidad de consumir tabaco que la población normal.

En individuos adultos, la evidencia acumulada a partir de estudios epidemiológicos y de estudios clínicos señala, de manera específica, a la relación entre consumo de tabaco y depresión. En primer lugar, se ha constatado una mayor prevalencia de sintomatología depresiva entre los fumadores. Por otro lado, la presencia de sintomatología depresiva o historia de depresión mayor constituye un obstáculo para dejar de fumar (las personas deprimidas se verían protegidas de los efectos depresogénicos producidos por la administración crónica de nicotina mientras continúan fumando, pero experimentarían estos efectos al dejar de fumar (Balfour y Ridley, 2000). Además, existe una mayor probabilidad de que los individuos que han experimentado depresión puedan llegar a ser fumadores y, finalmente, existe también una

mayor probabilidad de recaída durante los tratamientos de deshabituación entre las personas depresivas (Vázquez y Becoña, 1998).

En el mismo sentido, las investigaciones realizadas con niños y adolescentes revelan una clara relación entre psicopatología y consumo de tabaco, indicando un mayor riesgo de consumo entre aquellos jóvenes que han padecido trastornos de conducta, trastornos por déficit de atención con hiperactividad y/o depresión, aunque no parece tan clara la relación con la ansiedad (McMahon, 1999, Swadi, 1999). Sin embargo, se ha prestado una menor atención a la relación entre depresión y consumo de tabaco entre los adolescentes que en el caso de la población adulta a pesar de que factores como la depresión “parecen desempeñar un papel relevante en la progresión desde la fase de experimentación a la de fumador regular” (Becoña y Vázquez, 1999, p. 128). Si a ello unimos que durante la adolescencia son habituales algunos rasgos como baja autoestima, pesimismo, problemas de concentración, fatiga y problemas de sueño (OMS, 2001), comunes con la sintomatología depresiva, es fundamental aportar evidencia empírica que permita clarificar la relación entre esta sintomatología y el consumo de tabaco, con el fin de orientar las intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento del hábito de fumar entre la población juvenil. Aun cuando la dirección causal de esta relación es difícil de demostrar y no está todavía bien establecida (López y Freixinós, 2001, Vázquez y Becoña, 1998), de los datos expuestos y siguiendo el planteamiento sugerido por la hipótesis de la automedicación, cabría esperar una relación positiva entre sintomatología ansioso-depresiva y consumo de tabaco. Igualmente, es previsible un mayor consumo entre aquellas personas que hayan podido aumentar el nivel de estrés o malestar psicológico al haber estado expuestas recientemente a acontecimientos vitales estresantes. En la misma línea, las personas con un mayor nivel de malestar psicológico no sólo fumarán más, sino que posiblemente mostrarán también en mayor medida otros hábitos que puedan comportar una reducción inmediata de la preocupación y la ten-

sión, como la automedicación, comer golosinas o ‘picar’ entre horas, cuyo efecto relajante inmediato actuaría como reforzador de dichas conductas y potenciaría el hábito. Nuestro objetivo, pues, en el presente estudio, es el de poner a prueba estas hipótesis aportando datos relativos a la población universitaria.

Objetivos

- 1) Analizar la distribución del consumo de tabaco entre los estudiantes de los primeros cursos universitarios.
- 2) Comprobar la existencia de una relación positiva y directa entre el nivel de malestar psicológico y el consumo de tabaco.
- 3) Determinar qué dimensiones psicopatológicas permiten predecir la pertenencia al grupo de fumadores.
- 4) Analizar la relación entre consumo de tabaco, presencia de acontecimientos vitales estresantes, malestar psicológico y estilos de vida.

Método

Participantes

Un total de 1.242 estudiantes de primer y segundo año de carrera, y pertenecientes a diferentes facultades de la Universidad de Girona, han participado voluntariamente en este estudio. En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de la muestra.

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (BDI: Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Se trata de un cuestionario tipo autoinforme que permite evaluar la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Consta de 21 ítems, cada uno de los cuales tiene cuatro posibles respuestas. Las puntuaciones de cada ítem oscilan entre 0 y 3 puntos, dependiendo de la severidad del síntoma. La puntuación total del cuestionario varía entre 0 y 63 puntos.

Escala de Desesperanza de Beck (BHS). Construida por Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974), esta escala constituye una medida del nivel de pesimismo del individuo. Consta de 20 ítems que hacen referencia a las expectativas negativas que tiene el sujeto sobre sí mismo y sobre el futuro. La valoración de cada ítem es del tipo V-F de los cuales prácticamente la mitad tienen la clave falso. De acuerdo con Beck y Steer (1988), las puntuaciones de la Escala de Desesperanza se pueden interpretar de la siguiente manera: asintomática (de 0 a 3 puntos), leve (entre 4 y 8 puntos), moderada (entre 9 y 14 puntos) y severa (entre 15 y 20 puntos).

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra estudiada.

	n	%
Grupos de edad		
18 - 20 años	838	67.6
21 - 23 años	325	26.2
24 - 26 años	44	3.5
27 - 29 años	18	1.5
30 años o más	15	1.2
Sexo		
Hombres	444	35.7
Mujeres	798	64.3
Curso		
Primero	645	51.9
Segundo	597	48.1
Facultad		
Ciencias de la Educación	254	20.5
Letras	113	9.1
Ciencias	162	13
Derecho	32	2.6
E.U. Enfermería	86	6.9
Ciencias Económicas	270	21.7
Politécnica	325	26.2

Nota: Dos estudiantes no indicaron su edad.

SCL-90-R, Symptom Checklist (Derogatis, 1975). La SCL-90-R es un inventario autoadministrado que consta de 90 ítems. Permite evaluar 9 dimensiones sintomatológicas primarias (somatización, obsesividad-compulsividad, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y proporciona 3 índices globales (índice de sintomatología general -GSI-, ín-

dice de alteración de los síntomas positivos -PSDI- y el total de síntomas positivos -PST).

Cuestionario de datos generales. Mediante este cuestionario, elaborado exclusivamente para la investigación, se pudo obtener diversa información, proporcionada por los propios estudiantes, referida a variables sociodemográficas, vida universitaria y otros datos que se consideraron de interés. En el anexo se recogen las preguntas relacionadas con el consumo de tabaco, los hábitos de salud y la percepción de acontecimientos vitales estresantes. Para la redacción de las preguntas se tuvieron en cuenta otros cuestionarios sobre hábitos de salud en población universitaria y, en especial, el cuestionario sobre salud y diabetes de Frojan y Rubio (1997).

Procedimiento

Los datos que se presentan forman parte de un amplio estudio sobre el proceso de adaptación de los estudiantes a la universidad. Tras gestionar los correspondientes permisos y partiendo de la población de alumnos de la Universidad de Girona, se procedió a seleccionar aleatoriamente una muestra representativa de cada centro. Mediante la técnica de muestreo aleatorio por conglomerados, en el que los alumnos de primer y segundo curso de cada estudio constituían el conglomerado, se seleccionaron al azar una tercera parte de los alumnos matriculados en cada facultad. Prácticamente todos los estudiantes que se hallaban en las aulas contestaron los cuestionarios; menos de un 1% declinaron participar en la investigación. Cabe precisar que en la Facultad de Derecho no fue posible seguir el mismo procedimiento ya que los cuestionarios no se pudieron administrar en las aulas, lo cual dio lugar a una menor participación de los estudiantes.

Análisis estadístico de los datos

Se han calculado los índices de distribución de las variables objeto de estudio. Para analizar la asociación estadística entre variables categoriales se calculó el estadístico Chi cuadrado (χ^2)

y para las paramétricas se utilizó el Análisis de la Varianza (ANOVA), aplicando la prueba de comparaciones múltiples *post-hoc* de Scheffé.

El malestar psicológico ha sido considerado cuantitativa (puntuaciones obtenidas en las dimensiones e índices de psicopatología de la SCL-90-R) y categorialmente (presencia versus ausencia de malestar psicológico). Esta nueva variable dicotómica se ha generado a partir de las puntuaciones obtenidas en la dimensión GSI de la SCL-90-R con la finalidad de facilitar el análisis estadístico. Concretamente, para analizar la asociación entre los estilos de vida, el consumo de tabaco y el malestar psicológico. No se dispone de un punto de corte para la versión española de la SCL-90-R, si bien se conoce la media de la población general en la dimensión GSI, a partir de la cual se ha calculado tradicionalmente el punto de corte. Dicha media, obtenida por González de Rivera et al. (1990) a partir de una muestra no clínica de 570 ciudadanos de Tenerife, es de 0.45 y su desviación estándar de 0.33. Recientemente, ha sido publicado el punto de corte de la adaptación germana de la escala que se sitúa en 0.64 puntos (Schmitz et al. 2000). Dicho punto de corte se sitúa por encima de la media española más media desviación estándar (que aproximadamente se corresponde con el percentil 70) y ha sido utilizado como criterio para agrupar la muestra en dos grupos: con y sin malestar psicológico.

Finalmente, se ha realizado un análisis discriminante considerando el tamaño de los grupos y utilizando, para la selección de las variables, el método de inclusión por pasos.

El cálculo de todos los estadísticos citados se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS versión 10.0, siendo el criterio de significación estadística aplicado en todas las pruebas de $p < .05$.

Resultados

Consumo de tabaco entre los estudiantes

La mayoría de los estudiantes se describió como no fumador (63.8%). El resto de la muestra, un 18.8% informó que fumaba menos de 10 cigarrillos al día, el 14.7% entre 10 y 20, el 2.1% entre 20 y 40 y el 0.6% más de 40. Dado que el número de casos de la última opción (más de 40 cigarrillos al día) era muy bajo se reagrupó la muestra con la finalidad de ajustar el número de casos por categoría a los requisitos de las pruebas estadísticas, de tal manera que las dos últimas categorías (entre 20 y 40 y más de 40 cigarrillos al día) se fusionaron.

Por género, la distribución no es homogénea (ver Tabla 2). Concretamente, en el grupo de no fumadores hay una mayor proporción de hombres que de mujeres, mientras que en los grupos de fumadores que consumen menos de 10 cigarrillos al día y entre 10 y 20 hay una mayor proporción de mujeres que de varones. Finalmente, se observa un mayor porcentaje de varones en el grupo de mayor consumo (más de 20 cigarrillos).

Por grupos de edad, la distribución de la muestra tampoco es homogénea. Entre los no fumadores se constata una mayor representación de los más jóvenes (18-20 años) mientras que en la categoría de entre 10 y 20 cigarrillos al día hay un mayor porcentaje de casos entre 21 y 23 años de edad. Finalmente, en la categoría de mayor consumo hay menos jóvenes y una mayor presencia de alumnos de entre 21 y 23 años y 24 años o más.

Cuando se considera la distribución de los estudiantes por facultades, también se observan diferencias estadísticamente significativas en relación con el consumo de tabaco ($\chi^2(6, N = 1242) = 24.15, p < .001$). Concretamente, hay un mayor porcentaje de fumadores en las facultades de Ciencias de la Educación, Letras y Escuela Universitaria de Enfermería. Si además se considera el nivel de consumo, se observa que son los estudiantes de Letras quienes consu-

men más tabaco. El 25.7% de los estudiantes de esta facultad consumen al día más de 10 cigarrillos al día, frente al 12.2 % de los estudiantes de la facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Por cursos, no se observan dife-

rencias estadísticamente significativas, ni en relación con el hecho de consumir o no tabaco ni tampoco con la cantidad de cigarrillos consumidos por día.

Tabla 2: Nivel de consumo diario de tabaco en función de las variables sociodemográficas.

Variable	No fumador	< 10 cig.	10-20 cig.	> 20 cig.	χ^2	<i>p</i>
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
Sexo					9.8	0.02
Masculino	299 (67.3)	69 (15.5)	59 (13.3)	17 (3.8)		
Femenino	494 (61.8)	165 (20.7)	123 (15.4)	16 (2.0)		
Edad					22.96	.001
18 - 20 años	559 (66.7)	160 (19.1)	103 (12.3)	16 (1.9)		
21 - 23 años	188 (57.9)	57 (17.5)	68 (20.9)	12 (3.7)		
24 años o más	45 (58.4)	16 (20.8)	11 (14.3)	5 (6.5)		
Curso					3.40	n.s.
Primero	404 (62.6)	134 (20.8)	91 (14.1)	16 (2.5)		
Segundo	389 (65.2)	100 (16.8)	91 (15.2)	17 (2.8)		
Facultad					26.84	.008
Ciencias de la Educación	146 (57.5)	57 (22.4)	51 (20.1)			
Letras	61 (54.0)	23 (20.4)	29 (25.7)			
Ciencias	98 (60.5)	33 (20.4)	31 (19.1)			
Derecho	23 (71.9)	4 (12.5)	5 (15.6)			
E.U. Enfermería	49 (57.0)	18 (20.9)	19 (22.1)			
Ciencias Económicas	197 (73.0)	40 (14.8)	33 (12.2)			
Politécnica	219 (67.4)	59 (18.2)	47 (14.5)			

Nota: En el análisis por facultades se han fusionado las dos últimas categorías de nivel de consumo para ajustar los datos a los requisitos estadísticos.

Consumo de tabaco y malestar psicológico

En la Tabla 3 se muestran los resultados obtenidos en el análisis de la varianza al comparar los diferentes grupos de consumidores para cada una de las dimensiones de la SCL-90-R, la escala de desesperanza y el BDI. Los cuatro grupos difieren en todas las dimensiones evaluadas con excepción de desesperanza, obsesividad-compulsividad y sensibilidad interpersonal, en las que las diferencias no son estadísticamente significativas.

Cuando se controla el género, se observa que los resultados son similares con la peculiaridad de que las puntuaciones de los varones fumadores también son más elevadas en la escala de desesperanza, $F(3, 440) = 3.18, p = .024, \eta^2 = .021$, y en la dimensión de sensibilidad interpersonal de la SCL-90-R, $F(3, 440) =$

$4.09, p = .007, \eta^2 = .027$. Asimismo, y a pesar de que las mujeres fumadoras obtienen puntuaciones más altas en el BDI y en las dimensiones ideación paranoide, GSI y PSDI, no son estadísticamente significativas.

Con objeto de comprobar hasta qué punto las distintas dimensiones psicopatológicas evaluadas permiten clasificar correctamente los grupos de fumadores y no fumadores se ha realizado un análisis discriminante utilizando como variable de agrupación el consumo de tabaco (fumador vs no fumador) y como predictores las 9 dimensiones primarias de la SCL-90-R (Tabla 4). Las variables seleccionadas por la función discriminante son obsesión-compulsividad, sensibilidad interpersonal, ansiedad, depresión y psicoticismo, clasificando correctamente el 65.1% de los casos (Lambda de Wilks = .959, $\chi^2(5, N = 1242) = 51.94, p < .001$). Si se controla el género, la única variable

seleccionada en los varones es la hostilidad, clasificando correctamente el 68 % de los casos (Lambda de Wilks = .946, χ^2 (1, N = 444) = 24.37, $p < .001$). En las mujeres, las variables

seleccionadas son la sensibilidad interpersonal, depresión y ansiedad, clasificando correctamente el 62.5 % de los casos (Lambda de Wilks = .959, χ^2 (3, N = 798) = 33.14, $p < .001$).

Tabla 3: Diferencias según el nivel de consumo de tabaco en los índices de psicopatología evaluados.

Variable	No fumador (n=793)		< 10 cig. (n=234)		10-20 cig. (n=182)		> 20 cig. (n=33)		F (3,1241)	η^2	Diferencias Estadísticas
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
Desesperanza	4.42	3.36	4.81	3.56	4.71	3.42	5.42	3.55	1.72	.004	
BDI	6.99	5.70	8.02	5.66	8.22	6.07	10.55	6.78	6.71***	.016	4>1 **
SCL-90-R											
Somatización	7.11	6.46	8.80	7.25	8.87	6.80	10.36	6.83	7.78***	.019	2>1**,3>1*,4>1*
Obsesividad-comp.	10.28	6.56	11.17	6.80	10.73	6.37	11.85	5.51	1.60	.004	
Sensibilidad interpersonal	7.92	5.90	8.24	5.60	7.69	5.57	9.72	6.02	1.30	.003	
Depresión	10.90	8.48	13.06	9.08	12.44	8.80	16.06	8.54	7.44***	.018	2>1*, 4>1*
Ansiedad	6.02	5.39	7.71	6.33	6.93	5.21	9.88	5.44	10.08***	.024	2>1***, 4>1**, 4>3*
Hostilidad	3.60	3.60	4.64	4.00	4.36	3.59	5.30	3.03	7.48***	.018	2>1**
Ansiedad fóbica	1.93	2.73	2.34	3.25	1.76	2.51	4.21	4.58	8.10***	.019	4>1***, 4>2**, 4>3***
Ideación paranoide	4.37	3.87	5.04	3.97	4.84	3.70	6.82	5.47	5.58***	.013	4>1**
Psicoticismo	3.76	4.18	5.00	5.15	4.27	4.45	6.58	4.49	8.30***	.020	2>1**, 4>1**, 4>3*
GSI	0.67	0.47	0.80	0.51	0.75	0.45	0.98	0.39	7.80***	.019	2>1**, 4>1**
PSDI	1.54	0.43	1.60	0.42	1.60	0.40	1.80	0.41	5.61***	.013	4>1**
PST	36.62	17.47	41.51	17.98	39.56	17.46	47.36	12.82	8.34***	.020	2>1**, 4>1**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabla 4: Resultados del análisis discriminante de los fumadores y no fumadores.

	Univariado F (1,1240)	Univariado P	Coefficientes de la función discriminante	Coefficientes estandarizados de la función discriminante
Obsesividad-Compulsividad	3.80	.052	-.070	-.457
Sensibilidad interpersonal	.37	.541	-.176	-1.036
Depresión	17.37	<.001	.092	.797
Ansiedad	21.89	<.001	.125	.696
Psicoticismo	16.49	<.001	.124	.551
Constante			-.266	

Porcentaje de casos correctamente clasificados:
 No fumadores: 743/793 = 93.7%
 Fumadores: 66/449 = 14.7%
 Total: 65.1%

Acontecimientos vitales estresantes y consumo de tabaco

Se observa una relación estadísticamente significativa entre la percepción de acontecimientos vitales estresantes durante el último año y el consumo de tabaco (χ^2 (6, N = 1220) = 18.51, $p = .005$). En el grupo de estudiantes que manifiestan no haber estado sometidos a acontecimientos vitales especialmente estresantes existe una mayor proporción de no fumadores, mientras que los distintos grupos de fumadores, especialmente el de alto consumo, indican en mayor medida haber estado sometidos

a este tipo de situaciones y no haberlas superado todavía.

Estilos de vida, malestar psicológico y consumo de tabaco

Cuando se comparan los no fumadores con los fumadores, se observa que el consumo de tabaco está asociado a una menor regularidad en el horario de las comidas, a una menor actividad física, tomar medicamentos sin receta médica y psicofármacos con receta médica. Además, los fumadores consumen con mayor frecuencia golosinas o tienen por costumbre

"picar" entre horas, si bien esta diferencia no es estadísticamente significativa. También hay un mayor número de estudiantes, entre los fuma-

dores, que informan haber consultado con algún psicólogo o profesional de la salud por motivos o problemas psicológicos.

Tabla 5: Estilos de vida en función del consumo de tabaco.

Variable	No fumador	Fumador	χ^2	p
	N (%)	N (%)		
Regularidad en el horario de las comidas				
Siempre	341 (43.3)	162 (36.6)	12.64	.005
Cuasi siempre	387 (49.1)	223 (50.3)		
Alguna vez	40 (5.1)	35 (7.9)		
Nunca	20 (2.5)	23 (5.2)		
Actividad física				
Nunca o muy ocasionalmente	317 (40.3)	203 (45.6)	10.18	.038
1 sesión de 30-45 minutos/semana	129 (16.4)	72 (16.2)		
2 sesiones de 30-45 minutos/semana	116 (14.7)	56 (12.6)		
3 sesiones de 30-45 minutos/semana	99 (12.6)	67 (15.1)		
4 o más sesiones de 30-45 minutos/semana	126 (16.0)	47 (10.6)		
Tomar medicamentos sin receta médica.				
Habitualmente	54 (6.9)	48 (10.8)	13.29	.004
En épocas de estrés, exámenes ...	112 (14.2)	84 (18.8)		
Ocasionalmente	411 (52.2)	220 (49.3)		
Nunca	211 (26.8)	94 (21.1)		
Tomar psicofármacos con receta médica.				
Si	32 (4.1)	39 (9.2)	12.56	<.001
No	741 (95.9)	385 (90.8)		
Comer golosinas o "picar" entre horas				
Muy a menudo	105 (13.3)	65 (14.7)	6.76	.08
A menudo	154 (19.6)	103 (23.3)		
A veces	412 (52.4)	230 (51.9)		
Nunca	116 (14.7)	45 (10.2)		
Consultar con un psicólogo o profesional de la salud				
Si, en diversas ocasiones	22 (2.8)	31 (7.0)	20.28	<.001
Si, pero por un motivo o situación concreta	115 (14.6)	69 (15.6)		
No, pero me lo he planteado alguna vez	173 (22.0)	120 (27.1)		
No, ni me lo había planteado.	478 (60.7)	223 (50.3)		

Con la finalidad de controlar el efecto de la variable malestar psicológico en los estilos de vida, se ha distribuido la muestra en dos grupos: sujetos con malestar psicológico (puntuaciones superiores o iguales a 0.64 en la dimensión GSI - Índice de Sintomatología General-) y sin malestar psicológico (puntuaciones en la dimensión GSI inferiores a 0.64). Se observa una asociación entre malestar psicológico y consumo de tabaco (χ^2 (3, N =1242) = 29.89, p <.001). Concretamente, entre los estudiantes que no consumen tabaco el 41.5 % se sitúa por encima del punto de corte de la dimensión GSI, mientras que entre aquellos que fuman

más de 20 cigarrillos al día, dicho porcentaje es de aproximadamente el 80%.

Si se analiza de nuevo la relación entre consumo de tabaco y estilos de vida, pero controlando la variable malestar psicológico, se observa lo siguiente:

a) Con relación a la regularidad en el horario de las principales comidas del día, los fumadores son los menos regulares entre quienes no presentan malestar psicológico (χ^2 (3, N =660) = 7.74, p = .05), mientras que no se observan diferencias significativas entre fumadores y no fumadores en el grupo de es-

- tudiantes con problemas psicológicos (χ^2 (3, N = 574) = 3.92, n.s.).
- b) Comer golosinas o "picar" entre horas es más habitual entre los fumadores con malestar psicológico (χ^2 (3, N = 574) = 9.50, p = .023), pero no cuando hay ausencia de malestar psicológico (χ^2 (3, N = 660) = 2.11, n.s.).
- c) Los fumadores no se diferencian de los no fumadores en el tiempo promedio que dedican al ejercicio físico, tanto si presentan distres psicológico como si no.
- d) Entre quienes presentan malestar psicológico hay un mayor número de estudiantes fumadores que han consultado con un psicólogo o, si no lo han hecho todavía, se lo han planteado (χ^2 (3, N = 660) = 7.8, p = .05). En este mismo grupo se observa también una mayor proporción de estudiantes fumadores que han consultado con un psicólogo (χ^2 (3, N = 574) = 6.59, p = .09), si bien la diferencia no es estadísticamente significativa.
- e) No se observan diferencias estadísticamente significativas en las conductas de automedicación entre fumadores y no fumadores, tanto entre quienes no presentan malestar psicológico (χ^2 (3, N = 660) = 6.26, n.s.) como entre quienes si lo tienen (χ^2 (3, N = 574) = 3.45, n.s.), si bien hay una mayor proporción de casos entre los fumadores y en especial entre quienes no manifiestan malestar psicológico.
- f) Tanto entre los que no tienen malestar psicológico (χ^2 (3, N = 660) = 5.73, p = .017) como los que lo tienen (χ^2 (3, N = 574) = 4.36, p = .037), hay un mayor número de fumadores que afirman que se les ha prescrito algún psicofármaco durante el último mes.

Discusión

Cabe destacar, en primer lugar, la elevada sintomatología observada en la muestra estudiada. Concretamente, si se compara la media de las puntuaciones en el Índice General de Sintomatología (GSI) de la SCL-90-R hallada en este es-

tudio (0.71) con la obtenida por González de Rivera et al. (1990) con una muestra de 570 ciudadanos de la población general de Tenerife (0.45), prácticamente se sitúa una desviación estándar (0.33) por encima de ésta. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la población objeto de estudio está constituida mayoritariamente por personas en fase de transición de la adolescencia a la edad adulta (dos terceras partes de la muestra tiene menos de 21 años), una etapa adaptativa en la que es habitual la presencia de sintomatología afectiva (OMS, 2001).

En relación con el primer objetivo del estudio, los resultados obtenidos ponen de manifiesto una tasa de prevalencia de consumo de tabaco prácticamente idéntica a la obtenida en la Encuesta domiciliaria de 1999 para la población general española entre 20 y 24 años, en torno al 36%. Es precisamente en el grupo de edad entre 21 y 23 años de esta muestra universitaria donde aparecen mayores porcentajes de fumadores, mientras entre los más jóvenes (18-20 años) aparecen mayores porcentajes de no fumadores. Estos datos confirman que también entre la población universitaria, presumiblemente bien informada respecto a los efectos del tabaco, el consumo se incrementa entre los 20 y los 24 años.

En relación con el sexo, los resultados coinciden con los datos de la OMS respecto al incremento de los porcentajes de consumo femenino joven en algunos países europeos, entre ellos España.

Un dato interesante, al que no se ha prestado la debida atención en la literatura especializada, es la distribución de las tasas de consumo entre las distintas facultades universitarias. Nuestros resultados indican un mayor consumo en las facultades de Letras, Ciencias de la Educación y Escuela Universitaria de Enfermería. No se trata, sin embargo, de un resultado aislado; otros estudios realizados con población universitaria han obtenido resultados similares. Así, por ejemplo, Lemos y Fidalgo (1993) constatan que los estudiantes de letras "son los que presentan en menor medida el saludable hábito de no fumar seguidos por los de ciencias sociales y medicina" (p. 342). Si tenemos en cuenta

que estos autores incluyen estudiantes de derecho, psicología, ciencias de la educación y económicas en el grupo de ciencias sociales, y atendemos al hecho de que no incluyen estudiantes de enfermería, los datos indican una cierta similitud en cuanto a la distribución de consumo entre facultades. El hecho de que los estudiantes de medicina figuren entre los más fumadores de su estudio, o los de enfermería en el nuestro, confirma los datos empíricos existentes respecto a la alta prevalencia del hábito tabáquico entre el personal sanitario (Adriaanse, Van Reck, Zandbelt y Evers, 1991).

En esta misma línea, en un estudio reciente realizado con profesores universitarios de la Universidad de Girona, Font (2002) ha encontrado una distribución similar de las tasas de prevalencia de consumo entre el profesorado de las distintas facultades. Sus resultados sitúan a los profesores de Letras como los más fumadores (38,9%), seguidos por los de Derecho (31,8%), Educación (31%), Politécnica (29,2%), Enfermería (28,3%) y, a mayor distancia, Ciencias (17,4%) y Económicas-Empresariales (14,8%) que aparecen como los menos fumadores. Creemos que esta consistencia en la distribución de las tasas de consumo entre facultades merecería ser objeto de una mayor investigación.

Con respecto al segundo objetivo planteado, los resultados evidencian claramente la existencia de una asociación positiva entre malestar psicológico y consumo de tabaco. Las puntuaciones medias en siete de las nueve dimensiones primarias de la SCL-90-R y en los tres índices globales son significativamente más altas entre los fumadores, especialmente entre los grupos de bajo (< 10 cigarrillos/día) y alto (> 20 cigarrillos/día) consumo. Los fumadores moderados presentan, en general, niveles de sintomatología más altos que los no fumadores pero semejantes, o ligeramente inferiores, que sus compañeros del grupo de bajo consumo. Ello permite establecer las diferencias principalmente entre no fumadores y fumadores y entre fumadores de consumo bajo-moderado y fumadores de alto consumo.

El tercer objetivo del estudio pretendía determinar qué dimensiones psicopatológicas permiten predecir la pertenencia al grupo de fumadores. Los datos anteriores, junto con el hecho de que las variables que mejor clasifican a los grupos de fumadores y no fumadores son la obsesividad-compulsividad, la sensibilidad interpersonal, ansiedad, depresión y psicoticismo, parecen indicar que es el malestar o tensión general lo que se relaciona con el consumo de tabaco más que una sintomatología depresiva específica. Resultados similares fueron encontrados por Patton et al. (1996) en una muestra de 2.525 adolescentes australianos entre 11 y 17 años; en su caso, todas las dimensiones psicopatológicas del Clinical Interview Schedule (DIS) mostraron una relación significativa con el consumo de tabaco (cfr. Becoña y Vázquez, 1999).

Estos resultados ponen de manifiesto la existencia de una cierta tensión o malestar psicológico general que, de acuerdo con la hipótesis de automedicación, podría verse reducida mediante la conducta de fumar, reforzada por el alivio inmediato de la tensión. No explican, sin embargo, la razón por la cual un porcentaje importante de estudiantes con niveles altos de sintomatología no fuman. La abundante evidencia empírica sobre los factores que condicionan el inicio del hábito (búsqueda de sensaciones, padres fumadores, influencia del grupo de iguales, acontecimientos vitales estresantes, etc., Swadi, 1999) explicarían, probablemente, el inicio del hábito, mientras que la reducción de la preocupación a través de la automedicación contribuiría en mayor medida a su consolidación y mantenimiento; tal como han señalado Santacreu, Orejudo, Royuela y Froján (1998), las variables determinantes del consumo son diferentes a cada edad.

Finalmente, en relación con el cuarto objetivo, se observa también una asociación entre el consumo de tabaco y otros comportamientos susceptibles de reducir la tensión psicológica experimentada por los estudiantes, como el consumo de fármacos sin receta médica, o picar entre horas. El refuerzo inmediato proporcionado por el alivio de la tensión y la ansiedad

que producen estas conductas explicaría su relación con el hábito tabáquico. En el caso del ejercicio físico, sin embargo, a pesar de estar claramente demostrada su eficacia protectora contra la ansiedad y la depresión en jóvenes (Gutiérrez-Calvo, Espino, Palenzuela y Jiménez, 1997, Palenzuela, Gutiérrez-Calvo y Avero, 1998), sus efectos se producen de manera demorada y exige, además, un esfuerzo inicial alto que puede actuar como disuasor.

En la misma línea, tal como planteábamos en la introducción, la percepción de acontecimientos vitales estresantes durante el último año está relacionada también con un mayor consumo de tabaco, lo cual podría interpretarse como un cierto apoyo a la hipótesis de la automedicación.

En conjunto, los datos confirman la existencia de un alto nivel de sintomatología afectiva y malestar psicológico entre la población

universitaria considerada en este estudio -similar, por otra parte, a otros estudios con población universitaria (Villar et al., 2001)-, la existencia de una relación significativa entre malestar y consumo de tabaco, la relación entre la conducta de fumar y hábitos de salud negativos como la automedicación o pautas de alimentación incorrectas y, finalmente, la relación entre la exposición a acontecimientos vitales estresantes y nivel de consumo de tabaco. Estos datos avalarían la recomendación de dirigir las intervenciones psicológicas de prevención y tratamiento hacia el abordaje de la sintomatología afectiva, afrontamiento de las situaciones estresantes y de las respuestas emocionales, como complemento a los actuales programas preventivos de información sobre los efectos negativos del tabaco y de los programas de deshabituación.

Referencias

- Adriaanse, H., Van Reek, J., Zandbelt, L. y Evers, G. (1991). Nurses' smoking worldwide. A review of 73 surveys on nurses' tobacco consumption in 21 countries in the period 1959-88. *International Journal of Nursing Studies*, 28, 361-375.
- Balfour, D. J. (1994). Neural mechanisms underlying nicotine dependence. *Addiction*, 89, 1419-23.
- Balfour, D. J. y Ridley, D. L. (2000). The effects of nicotine on neural pathways implicated in depression: a factor in nicotine addiction?. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 66, 79-85.
- Balfour, D. J., Wright, A. E., Benwell, M. E. y Birrell, C. E. (2000). The putative role of extra-synaptic mesolimbic dopamine in the neurobiology of nicotine dependence. *Behavioral Brain Research*, 113, 73-83.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press (ed. española, Bilbao: Desclée de Brower).
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1988). *Manual for the Beck Hopelessness Scale*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1999). La relación entre fumar y depresión en la adolescencia: Implicaciones clínicas y preventivas. *Adicciones*, 11, 127-135.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Cergueira, R. (1997). Dependencia de la nicotina y consumo de tabaco en estudiantes de psicología. *Revista Española de Drogodependencias*, 22, 271-280.
- Becoña, E., Vázquez, F. L. y Míguez, M. C. (2002). Smoking cessation and anxiety in a clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 32, 489-494.
- Cheeta, S., Irvine, E. E., Kenny, P. J. y File, S. E. (2001). The dorsal raphe nucleus is a crucial structure mediating nicotine's anxiolytic effects and the development of tolerance and withdrawal responses. *Psychopharmacology*, 155, 78-85.
- Choi, W.S., Pierce, J. P. y Gilpin, E. A. (1997). Which adolescent experimenters progress to established smoking in the United States. *American Journal of Preventive Medicine*, 13, 385-391.
- Colby, S. M., Tiffany, S. T., Shiffman, S. y Niaura, R. (2000). Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, S83-S95.
- Derogatis, L.R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R., Rickels, K. y Rock, A.F. (1976). The SCL-90-R and the MMPI: A step in the validation of new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Ansiedad y adicciones, en F. J. Palmero y E. G. Fernández-Abascal (Coords.), *Emociones y salud* (pp. 67-84). Barcelona:Ariel.
- Eissenberg, T. y Balster, R. L. (2000). Initial tobacco use episodes in children and adolescents: current knowl-

- edge, further directions. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, S41-S60.
- File, S. E., Kenny, P. J. y Ouagazzal, A. M. (1998). Bimodal modulation by nicotine of anxiety in the social interaction test: Role of dorsal hippocampus. *Behavioral Neurosciences*, 112, 1423-1429.
- Font, S., (2001). *Per què els fumadors fumen i els no fumadors continuen sense fumar?* Girona: Servei de Publicacions de la Universitat de Girona.
- Font, S., (2002). *L'autocontrol en el procés d'abandonament de la conducta de fumar*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Girona.
- Frojan, M.X. y Rubio, R. (1997). Salud y hábitos de vida en los estudiantes de la U.A.M. *Clínica y Salud*, 8, 357-381.
- González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Gracia-Marco, R., Monterrey, A. L., Rodríguez Pulido, F. y Henry-Benítez, M. (1990). Morbilidad psiquiátrica menor en la población general de Tenerife. *Psiquis*, 11, 1-9.
- Gutiérrez-Calvo, M., Espino, O., Palenzuela, D.L. y Jiménez, A. (1997). Ejercicio físico regular y reducción de la ansiedad en jóvenes. *Psicothema*, 9, 499-508.
- Irvine, E. E., Cheeta, S. y File, S. E. (1999). Time-course of changes in the social interaction test of anxiety following acute and chronic administration of nicotine. *Behavioral Pharmacology*, 10, 691-697.
- Johnston, L.D., O'Malley, P. M. y Bachman, J. G. (2000). *National Survey Results on Drug Use from the Monitoring Future Study 1975-1999. Vol. II: College Students and Young Adults*. US Department of Health and Human Services. National Institute of Health, Washington DC.
- Lemos, S. y Fidalgo, A. M. (1993). Conductas de riesgo cardiovascular en población universitaria. *Psicothema*, 5, 337-350.
- López, C. y Freixinós, M. A. (2001). Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes. *Anales de Psicología*, 17, 177-188.
- McMahon, R. J. (1999). Child and adolescent psychopathology as risk factors for subsequent tobacco use. *Nicotine and Tobacco Research*, 1 (Suppl. 2), 45-50, discusión, 69-70.
- Ministerio del Interior (2001). Observatorio Español sobre Drogas. Informe nº 4. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [En línea]. Accesible en <http://www.mir.es/pnd>.
- Mirambell, E., García-Hurtado, J., Iváñez, G., Jiménez, O. y Sellers, M.C. (1998). Estudio descriptivo sobre el uso del tabaco en los estudiantes de la Universidad de Alicante. *Revista de Psicología de la Salud*, 10, 5-17.
- Niaura, R., Shadel, W. G., Britt, D. M. y Abrams, D. B. (2002). Response to social stress, urge to smoke, and smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 27, 241-250.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. [En línea]. Accesible en http://www.who.int/mental_health/TOPIC_suicide/
- Organización Mundial de la Salud (2002). *The tobacco atlas*. Hong Kong: O.M.S. [En línea]. Accesible en <http://www.MyriadEditions.com>.
- Palenzuela, D.L., Gutiérrez-Calvo, M. y Avero, P. (1998). Ejercicio físico regular como un mecanismo de protección contra la depresión en jóvenes. *Psicothema*, 10, 29-39.
- Patton, G. C., Hibbert, M., Rosier, M. J., Carlin, J. B., Caust, J. y Bowes, G. (1996). Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? *American Journal of Public Health*, 86, 225-230.
- Picciotto, M. R., Brunzell, D. H. y Caldarone, B. J. (2002). Effect of nicotine and nicotinic receptors on anxiety and depression. *Neuroreport*, 13, 1097-1106.
- Pomerleau, C. S., Marks, J. L. y Pomerleau, O. F. (2000). Who gets what symptom? Effects of psychiatric cofactors and nicotine dependence on patterns of smoking withdrawal symptomatology. *Nicotine and Tobacco Research*, 2, 275-280.
- Saffer, H. y Dave, D. (2002). *Mental illness and the demand for alcohol, cocaine and cigarettes*. National Bureau of Economic Research, working paper 8699. [En línea]. Accesible en <http://www.nber.org/papers/w8699>.
- Santacreu, J., Orejudo, S., Royuela, L. y Froján (1998). Predicción de la frecuencia de consumo a través de variables psicosociales en la encuesta sobre drogas a la población escolar 1994. *Adicciones*, 10, 247-261.
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G.H., Reister, G. y Tress, W. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of Life Research*, 9, 185-193.
- Seth, P., Cheeta, S., Tucci, S. y File, S. E. (2002). Nicotinic-serotonergic interactions in brain and behaviour. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 71, 795-805.
- Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 209-224.
- Vázquez, F. L. y Becona, E. (1998). ¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión?. *Psicothema*, 10, 229-239.
- Villar, E., Caparrós, B., Viñas, F., Juan, J., Pérez, I., y Cornellà, I. (2001). *L'adaptació a la universitat. Factors psicològics i socials*. Girona: Servei de Publicacions de la Universitat de Girona.
- Wechsler, H., Rigotti, N. A., Gledhill-Hoyt, J. y Lee, H. (1998). Increased levels of cigarette use among college students: a cause for national concern. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1673-1678.
- White, H. R., Pandina, R. J. y Chen, P.H. (2002). Developmental trajectories of cigarette use from early adolescence into young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 167-178.

(Artículo recibido: 23-5-2003; aceptado: 3-11-2003)

Anexo

Cuestionario sobre consumo de tabaco, hábitos de salud y percepción de acontecimientos vitales estresantes.

¿Cuántos cigarros fumas al día?:

- a) Ninguno, no fumo.
- b) Menos de diez al día.
- c) Entre 10 y 20 al día.
- d) Entre 20 y 40 al día.
- e) Más de 40.

¿Realizas las principales comidas a horas regulares?

- a) Siempre. b) Casi siempre. c) Alguna vez. d) Nunca.

¿Prescindes de una de las principales comidas del día?

- a) Siempre. b) Casi siempre. c) Alguna vez. d) Nunca.

¿Comes golosinas o “picas” entre horas?

- a) Muy a menudo. b) A menudo. c) A veces. d) Nunca.

¿Cuánto tiempo dedicas a la actividad física (de promedio)?

- a) Nunca o muy ocasionalmente.
- b) Una sesión de 30-45 minutos a la semana.
- c) Dos sesiones de 30-45 minutos a la semana.
- d) Tres sesiones de 30-45 minutos a la semana.
- e) Cuatro o más sesiones de 30-45 minutos a la semana.

Teniendo en cuenta el último año, señala con qué frecuencia visitas a tu médico de cabecera o acudes al servicio de urgencias por problemas de salud:

- a) Más de 12 veces al año.
- b) Entre 6 y 12 veces al año.
- c) Entre 4 y 5 veces al año.
- d) Entre 1 y 3 veces al año.
- e) Ninguna.

Durante el último año, señala cuantas revisiones médicas preventivas has realizado (incluyendo las específicas: dentista, ginecólogo, oftalmólogo ...)

- a) Entre 6 y 12. b) Entre 4 y 5. c) Entre 2 y 3. d) Una vez. e) Ninguna.

¿Con qué frecuencia tomas medicamentos sin prescripción médica (pastillas para el dolor de cabeza, para los nervios, vitaminas,...)?

- a) Habitualmente. b) En épocas de estrés, exámenes. c) Ocasionalmente. d) Nunca.

¿Has consultado con algún psicólogo o profesional de la salud por motivos psicológicos?

- a) Sí, en diversas ocasiones.
- b) Sí, pero por un motivo o situación muy concretos.
- c) No, pero me lo he planteado alguna vez.
- d) No, ni me lo he planteado.

Teniendo en cuenta el último mes, ¿el médico te ha recetado algún tipo de psicofármaco (antidepresivos, tranquilizantes u otros)?

- a) Sí. b) No.

En el último año, dejando al margen los estudios, ¿has vivido alguna situación que hayas valorado como especialmente estresante?:

- a) No, ninguna. b) Sí, superada. c) Sí, no superada.