

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**



**Diferencias en Autoestima y Locus de Control  
en Fumadores Crónicos, Incipientes y  
No Fumadores**

Tesis que para obtener el grado de  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a

*María Eugenia Ramírez Millán*

Asesor de Tesis: LIC. CELSO SERRA PADILLA

Director de la Facultad: MTRO. JAVIER URBINA SORIA

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## CONTENIDO

INTRODUCCION .....	1
--------------------	---

### CAPITULO I

#### I.- EL TABAQUISMO COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA

a) Incidencia y prevalencia .....	7
b) Efectos del tabaquismo sobre la salud .....	8
c) Aspectos adictivos del tabaco .....	15

### CAPITULO II

#### II.- ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DEL TABAQUISMO

a) Estrategias sociales .....	22
b) Estrategias m3dicas .....	27
c) Estrategias psicol3gicas .....	28

### CAPITULO III

<u>III.- AUTOESTIMA</u> .....	34
-------------------------------	----

### CAPITULO IV

<u>IV.- LOCUS DE CONTROL</u> .....	44
------------------------------------	----

### CAPITULO V

<u>V.- CORRELACION ENTRE AUTOESTIMA Y LOCUS DE CONTROL</u> .....	51
--	----

## CAPITULO VI

### VI.- METODOLOGIA

a) Planteamiento del problema .....	55
b) Hipótesis .....	57
c) Definición de variables .....	59
d) Material y método .....	61
e) Instrumentos .....	61
f) Procedimiento .....	66

## CAPITULO VII

### VII.- PRESENTACION DE LOS RESULTADOS .....

a) Análisis de los datos .....	79
b) conclusión .....	83
c) limitaciones .....	88
d) sugerencias .....	89
Bibliografía .....	90
Anexo .....	99

---

## INTRODUCCION:

El consumo de tabaco se ha convertido en los últimos años en un importante problema de salud pública debido a la relación que existe entre el hábito de fumar y el desarrollo de enfermedades graves que a su vez producen incapacidad y muerte prematura (Lara, 1984), además de incrementar el ausentismo laboral y por ende una disminución de la productividad neta por parte del trabajador (Tapia, Lazcano, Revuelta y Sepúlveda, 1989).

En 1971, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que, en México, el 44% de los hombres y el 16% de las mujeres eran fumadores; nueve años más tarde, en 1980, se informó que de la población femenina rural un 15% eran fumadores; en el mismo año el Instituto Mexicano de Psiquiatría notificó que el 43% de la población del país estaba constituido por fumadores (Tapia, Lazcano, Revuelta y Sepúlveda, 1989).

En estudios realizados en México y en otros países de Latinoamérica se ha encontrado que los hombres fuman 2.5 veces más que las mujeres. En cuanto a grupos de edad, el mayor número de fumadores está entre los 25 y los 59 años y el 70% de los fumadores comienza a serlo entre los 10 y los 20 años de edad (Cantú, 1984). Se desconocen aún muchos de los factores que mantienen el hábito de fumar y sobre todo las características de los sujetos fumadores en relación con el índice de consumo de tabaco. Entre las alternativas de explicación a dicho fenómeno, Russell (1974) menciona que el fumar es reforzante por varias razones: primero, por los efectos psicosociales; segundo, por la gratificación sensoriomotriz que produce a nivel oral, manual y respiratorio; tercero, porque se le adjudican efectos sedativos y tranquilizantes, y cuarto, porque se le considera también como un estimulante.

Eiser (1972) ha puesto énfasis en los aspectos cognoscitivos que intervienen en el mantenimiento del tabaquismo. Trata de explicar cómo es que muchos fumadores mantienen su hábito a pesar de tener actitudes negativas hacia el cigarro y de su deseo de dejarlo, es decir, de

---

---

cómo manejan su disonancia cognoscitiva. Eiser encontró que la forma en que el fumador resuelve esta disonancia es bajando su nivel de autoestima, con lo que aquellas cogniciones que fueron incompatibles con un autoconcepto alto pueden volverse consistentes con un autoconcepto más bajo. Concretamente, lo que sucede es que cuando un fumador expresa que le gustaría dejar de fumar si lo pudiera hacer fácilmente, al verse a sí mismo como incapaz de hacerlo se siente justificado para prestar poca atención o rechazar la propaganda en contra del cigarro después de lo cual sigue fumando sin que esto le produzca una disonancia cognoscitiva.

Por otra parte, Gómez- Pérez Miñre (1981) en su estudio sobre "Autoestima: expectativas de éxito y fracaso en la realización de una tarea", investigó lo referente a la influencia de la autoestima sobre la formación de expectativas y la relación de ésta con la ejecución de una tarea, y observó que los sujetos que obtuvieron puntajes más altos en autoestima también esperaban tener éxito en la tarea que realizarían, mientras que los sujetos con baja autoestima anticipaban fracaso para esa misma tarea. En el caso del sujeto fumador, éste bajaría su nivel de autoestima anticipando fracaso en el intento de suspender su consumo de tabaco.

La autoestima es descrita por diversos autores entre los que se encuentran: Byrne (1984), quien afirma que en términos generales la autoestima es la percepción del sí mismo; en términos específicos, son las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a las propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social.

Por su parte, Fitts (1965) expresa que la autoimagen de un individuo tiene gran influencia en su conducta y está directamente relacionada con su personalidad y su salud mental. La percepción que una persona tiene de sí misma es multidimensional, y los factores más importantes que la describen son: el Yo físico, el Yo ético-moral, el Yo personal, el Yo familiar, el Yo social, la identidad, la autoaceptación, el comportamiento y la autocrítica; la suma de estos elementos dan como resultado un nivel determinado de autoestima.

---

---

White (1963) distingue entre respeto y amor como componentes importantes en la autoestima y por consiguiente para él, la autoestima es un tipo de autorrespeto. También es necesario distinguir entre autoevaluación y autoafecto, ya que constituyen dos diferentes tipos de autoestima (Gordon, 1968). Por lo tanto se argumenta que la autoestima es el fenómeno o efecto que se expresa en conceptos, imágenes y juicios de valor referidos al sí mismo, y se entiende como un proceso psicológico cuyos contenidos se encuentran socialmente determinados, pues buena parte del concepto de sí mismo proviene de la acción de la cultura sobre la personalidad, intereses, prejuicios y actitudes que son heredados culturalmente. El esfuerzo que se hace para pertenecer al grupo influye también en la autoestima, ya que a medida que una persona siente que pertenece a un grupo, tiene la seguridad de ser aceptada por los demás.

Díaz Guerrero (1972) plantea que la personalidad surge de la ubicación que tienen los individuos entre la lucha existente, la cultura tradicional y las fuerzas contraculturales que crean cierta confusión en nuestra sociedad, sugiriendo que el hecho de que el mexicano tenga un pobre concepto de sí mismo por inferioridad, modestia y humildad proviene de características del YO mexicano tales como: creencias, valores culturales y sociales, así como aspectos económicos; estos factores crean dudas acerca de la eficiencia y el valor real, y hacen que disminuya la autoestima, baje la seguridad y el rendimiento.

Lo anterior está también relacionado con el estilo de confrontación, que es la forma en que los individuos enfrentan su medio ambiente (Díaz-Guerrero y Castillo Vales, 1982), el cual opera en tres dimensiones:

- 1) Confrontación activa-autoafirmativa vs. confrontación independiente
  - 2) Confrontación autónoma vs. confrontación independiente
  - 3) Control interno activo vs. control externo pasivo.
-

---

Estas tres dimensiones están estrechamente relacionadas con el concepto de locus de control propuesto por Rotter (1966), en su teoría del aprendizaje social, basado en la naturaleza y los efectos del reforzamiento, considerando que el reforzamiento precede a una conducta o hecho particular, y éste promueve la expectativa de que dicha conducta o hecho particular se presente en situaciones futuras. Sin embargo, cuando el reforzamiento no es percibido como contingente a la conducta previa del sujeto, no se incrementa la expectativa tanto como en el caso en que sea percibido como contingente. Díaz Guerrero y Casillo Vales (1982) encontraron que el locus de control se correlacionó positiva y significativamente con autoafirmación activa, autonomía y control interno activo.

De acuerdo con lo anterior, se puede decir que cuando una persona percibe el reforzamiento como contingente a su propia conducta o a sus características relativamente permanentes (habilidades), tiene una creencia en el control interno; mientras que si la persona no percibe la contingencia entre sus acciones y el reforzamiento, sino como resultado de la suerte, el destino, el azar o el poder de otros, se dice que tiene una creencia en el control externo.

Los sujetos orientados internamente confiarán más en sus habilidades y sentirán que son capaces de modificar algunas situaciones del medio ambiente; en cambio, los sujetos orientados externamente confiarán más en la suerte, el destino o el poder de otros y sentirán que los cambios en su medio ambiente están fuera de su control.

En México debido a la estructura familiar de respeto total y obediencia hacia los padres (Díaz y cols., 1975), es posible que los sujetos consideren muchas de sus conductas fuera de su área de control, como consecuencia de las prácticas de educación que recibieron de sus padres, quienes en el pasado pudieron restringir o no sus oportunidades.

---



---

Con respecto a investigaciones realizadas correlacionando la autoestima y el locus de control en fumadores, se encuentra la de Rosen y Shipley (1983), quienes probaron un modelo de reducción en el fumar que incorporó tres diferentes estados: decisión inicial, control inicial y mantenimiento. Usaron la escala multidimensional de locus de control para la salud y escalas de autoestima, para predecir la autodecisión de reducción en el fumar en 61 fumadores regulares. Los resultados mostraron que la autoestima predijo la decisión inicial de reducción en el fumar, y que la combinación de locus de control interno y la fuerte decisión de dejar de fumar predijeron el éxito en el mantenimiento de la reducción del consumo de tabaco.

Todo lo antes mencionado nos lleva a suponer que existe la posibilidad de que el consumo de tabaco tenga alguna relación con las características de autoestima y el tipo de locus de control, pues podría pensarse en que a medida que la autoestima sea más baja y el locus de control tienda más hacia la externalidad se mantendrá más el hábito tabáquico, ya que un sujeto con un bajo nivel de autoestima y un locus de control externo se preocupará menos por su salud y sentirá que tiene poco control de su conducta y de los acontecimientos que la controlan.

En el presente trabajo se espera observar si existen diferencias en lo referente a la autoestima y el locus de control entre fumadores crónicos e incipientes, y no fumadores, con el fin de aportar información básica que permita apoyar investigaciones futuras orientadas a encontrar indicadores de éxito o fracaso en los tratamientos encaminados a promover el abandono del consumo de tabaco.

---

**CAPITULO I**

**EL TABAQUISMO COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA**

---

---

## a) INCIDENCIA Y PREVALENCIA

A partir de la década de los cincuenta el tabaquismo empezó a reconocerse como problema de salud pública en los países desarrollados, y a finales de los sesenta el tabaco fue considerado como una de las sustancias de mayor poder adictivo y la nicotina como la sustancia responsable de dicha adicción (Tapia, Lazcano, Medina y otros, 1990), con efectos psicológicos y fisiológicos (Tapia, Lazcano, Revuelta y Sepúlveda, 1989).

En cuanto al consumo del tabaco en nuestro país, en 1977 la Organización Panamericana de Salud informó que en México el 44% de los hombres y el 16% de las mujeres eran fumadores (OPS, 1977). Más tarde, en 1980, se notificó un 15% de fumadoras en la comunidad rural. Ese mismo año el Instituto Mexicano de Psiquiatría informó que un 43% de la población nacional, tanto masculina como femenina era fumadora (Castro, Maya y Aguilar, 1982).

En 1989 los resultados de la Encuesta Nacional de Salud mostraron que la población mayor de 12 años fue de 55 705 309 individuos, de los cuales 9 495 977 eran fumadores, lo que muestra una prevalencia nacional corregida de 17.5% de fumadores, siendo la población masculina la que alcanzó una proporción de 33.4 por cada 100 hombres, mientras que la población femenina alcanzó una proporción de 10.1 por cada 100 mujeres. También se observó diferencia entre las proporciones nacionales de la población de 12 a 18 años de edad y la población mayor de 18 años, pues en este último grupo el hábito fue más intenso, indicando que el consumo de tabaco no fue tan prevalente en la población adolescente como en otros países (Tapia y cols., 1989). Un año más tarde, en 1990, el Sistema Nacional de Salud informó que en la población capitalina la prevalencia de fumadores fue de 31%, incrementándose la proporción para la población masculina a un 43% y para la población femenina a un 21%, de la misma manera, se observó que, por grupos de edad la población con un mayor consumo de tabaco era de 18 años y más, correspondiendo a un 46% (Tapia y cols., 1990).

---

---

## b) EFECTOS DEL TABAQUISMO SOBRE LA SALUD

Desde hace ya aproximadamente 30 años se conoce que el consumo del tabaco está relacionado con el desarrollo de enfermedades graves, que a su vez causan incapacidad, muerte prematura y graves problemas socioeconómicos.

Actualmente los problemas de salud relacionados con el consumo de tabaco se encuentran entre las 20 primeras causas de mortalidad en el país (Cabazos y Del Río, 1989). Sin lugar a dudas el tabaquismo es la más importante causa de las evitables, pues reduce entre 5 y 8 años la vida promedio del fumador, aumentando la morbilidad incapacitante y de alto costo, cuyo riesgo disminuye considerablemente al suspender dicho consumo (Salud Perinatal, 1987).

La gran mayoría de los fumadores nunca han tenido pleno conocimiento, al inicio del fumar en la niñez o juventud, de que tal elección llega a desarrollar con el paso del tiempo uno de los hábitos más complejos, perjudiciales y difíciles de abandonar. Tal vez una de las razones por las que se haya extendido fácilmente el consumo de tabaco se deba a que los daños producidos por fumar no se manifiestan inmediatamente, sino que existe un periodo de latencia entre el inicio del hábito y la aparición de síntomas relacionados con él (Tapia, 1980).

La salud se ve dañada seriamente a lo largo de todo el ciclo vital por los productos tóxicos que contiene el tabaco y que se liberan o se producen al combustionarlo y ser inhalados voluntaria o involuntariamente.

El humo del tabaco contiene cerca de 4 000 compuestos diferentes, muchos de los cuales son farmacológicamente activos y con capacidad mutagénica; además en 43 de estos elementos se ha encontrado un efecto carcinógeno (Epidemiología, 1989; Everson, 1980; Tapia, 1980, y Martínez, 1991).

---

---

Sin embargo, se destacan tres componentes en particular para producir patología:

1 La nicotina

2 El monóxido de carbono

3 El alquitrán

1 La nicotina es un alcaloide sin usos terapéuticos que se absorbe en un 90% en los pulmones cuando proviene de la combustión de cigarrillos, conteniendo cada cigarrillo 3.5 mg de nicotina.

Parte de los efectos de la nicotina actúan a diferentes niveles:

a) En el sistema nervioso central, como estimulante.

b) En el sistema nervioso periférico donde ejerce un efecto inicial estimulante transitorio seguido de un efecto depresor de los ganglios autónomos.

c) En la médula suprarrenal produce la liberación de pequeñas cantidades de adrenalina que actúan sobre el aparato cardiovascular.

d) En el aparato cardiovascular ocasiona taquicardia, vasoconstricción con aumento de la presión arterial, arritmia cardíaca, infarto al corazón e insuficiencia vascular periférica (Tapia, 1980; Moss, Hammer y Sanders, 1984; Cinciripini, Nezami y Mace, 1989).

---

---

e) En el aparato respiratorio causa ruptura de los tabiques alveolares, fibrosis y engrosamiento de las paredes de las arterias pulmonares y cambios metaplásicos del epitelio respiratorio.

f) En el aparato digestivo aumenta de la secreción salival con disminución consecutiva de la misma, disminuyendo el apetito y aumentando el peristaltismo intestinal (Tapia, 1980; documento int. del INER, s/f).

g) En otras localizaciones como los ojos y la vejiga sólo ocasiona irritación, pues con respecto a la agudeza visual no se han encontrado pruebas significativas que demuestren el efecto del nistagmo de nicotina sobre la misma (Long y Franklin, 1989).

Los efectos de la nicotina pueden ser diferentes de persona a persona, pues tal vez la misma cantidad de nicotina en un individuo puede provocar un incremento en los niveles de glucosa y adrenalina en la sangre, mientras que en algunos pueden responder en menor grado y en otros difícilmente responder.

Una base biológica particular por el uso de nicotina es que ésta contribuye a la reducción de deficiencias bioenergéticas relacionadas con la glucosa, por lo que se espera que muchos fumadores sean más afectos a productos dulces que los no fumadores, pues se han demostrado algunas asociaciones positivas entre la tendencia a fumar y a consumir comidas y bebidas dulces (Bennett, Doll y Howell, 1970; Elwood, Waters, Moore y Sweetnam, 1970).

De la misma manera, Hickey y Harner (1973) han llevado a cabo observaciones que demuestran una relación positiva entre fumadores y el consumo de alimentos que contienen azúcar, y consideran que el fumar cigarrillos es una conducta adquirida que está influida por diferencias bioenergéticas y por la efectividad del alivio producido por la nicotina.

---

---

2 El monóxido de carbono es un gas incoloro e inodoro producido por la combustión incompleta del tabaco (Salud Perinatal, 1987). Al fumar se inhala 5% de monóxido de carbono con el humo del tabaco (Tapia, 1980). Un aspecto importante del monóxido de carbono es que ocupa el lugar del oxígeno en la sangre, provocando una disminución en la oxigenación de todos los tejidos del organismo (documento int. del INER, s/f), lo que produce cambios en los reflejos neurológicos y como consecuencia altera los resultados de las pruebas psicomotoras.

La hemoglobina tiene afinidad con el monóxido de carbono y se combina con él en una proporción que varía de 5 a 16%, formando la **carboxihemoglobina**, la cual es tóxica principalmente porque produce cambios en la discriminación sensorial, cefalea, mareo, irritabilidad, alteraciones en el sueño, anomalías electrocardiográficas y depresión de las funciones respiratorias. La elevación crónica de carboxihemoglobina se ha asociado con aterosclerosis (Tapia, 1980), cuyo efecto se ve agravado por la vasoconstricción provocada por la nicotina (documento int del INER, s/f).

3 El alquitrán es ese compuesto viscoso marrón oscuro que forman las partículas condensadas del humo de cigarrillos, donde se encuentran los agentes vinculados al cáncer tanto en los pulmones como en la boca, la lengua, el paladar, los labios, la laringe, el esófago, el páncreas, y la vejiga (Tapia, 1980; Salud Perinatal, 1987).

Los principales agentes carcinógenos identificados en el alquitrán son: los hidrocarburos aromáticos policíclicos, las nitrosaminas y la beta-naftilamina que se encuentra en pequeñas cantidades (Salud Perinatal, 1987).

Los cigarrillos con menor cantidad de nicotina y alquitrán son teóricamente menos lesivos, pero es necesario aclarar que los hábitos del fumador varían a fin de mantener concentraciones efectivas de derivados nicotínicos en la sangre, por lo que los sujetos fumadores consumen más

---

---

de estos cigarrillos, aspiran más profundamente el humo y reducen el intervalo entre fumadas (Alcalay, 1985; Salud Perinatal, 1987).

En investigaciones realizadas con primates, se encontraron resultados similares a los obtenidos con seres humanos, con respecto al mantenimiento de cierto nivel de nicotina en la sangre, observándose que después de que éstos fueron entrenados a fumar cigarrillos con un nivel de nicotina que fluctuaba de moderado a alto, trataban de ingerir las dosis de nicotina a las que ya estaban habituados, aumentando el número de fumadas por cigarrillo cuando los cigarrillos contenían un bajo nivel de nicotina. Entonces se concluyó que tanto los primates como los seres humanos prefieren los cigarrillos con alto nivel de nicotina, y que estos primates también regulan su ingestión de nicotina reduciendo el intervalo entre fumadas y aspirando más profundamente el humo del cigarrillo (Rogers, Wilbur, Bass y Johnson, 1985).

Algunos compuestos del alquitrán actúan por sola presencia, y siguen siendo peligrosos aún en pequeñas cantidades (Salud Perinatal, 1987).

El humo del tabaco contiene partículas radioactivas que pueden ayudar al desarrollo de tumores malignos (Martínez, 1991). Una persona que fuma 30 cigarrillos diarios recibe una dosis aproximada de radiaciones alfa igual a 300 radiografías en el pecho, y una dosis en el área de la tráquea que equivale a 8 rems de radiación por año (Alcalay, 1985).

Entre las patologías más frecuentes relacionadas al consumo de tabaco se encuentran: Cáncer broncogénico, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, neumonía, trastornos circulatorios, cardiopatías coronarias y arterioesclerosis aórticas. El tabaquismo se ha relacionado también con otros padecimientos como cáncer de boca, laringe, esófago y vejiga, úlcera gástrica y duodenal, conjuntivitis e infecciones gingivales, caries dental y pérdida prematura de los dientes (Tapia, 1980).

---



---

Además se ha observado la asociación entre hábito de fumar y alteraciones espermáticas en el hombre (Salud Perinatal, 1987). También Bringss (1973) ha encontrado niveles de testosterona plasmática más bajos en hombres fumadores comparados con un grupo control de no fumadores en iguales condiciones, notándose que al dejar de fumar se produce nuevamente un aumento en los niveles de testosterona.

En las mujeres fumadoras que emplean anticonceptivos orales aumenta enormemente el riesgo de desarrollar alguna enfermedad cardiovascular y sufrir ataques cardíacos fatales. El fumar, así como los gestágenos, producen alteraciones en las lipoproteínas hemáticas que favorecen el depósito vascular.

El tabaquismo durante el embarazo ha sido asociado con mayor proporción de:

- \* abortos espontáneos
- \* muertes fetales
- \* partos prematuros
- \* recién nacidos de menor peso
- \* muertes neonatales
- \* complicaciones durante el embarazo y puerperio
- \* disminución de la cantidad de leche materna

Además, durante la niñez:

- \* muerte infantil súbita
  - \* más enfermedades pleuropulmonares
  - \* menor crecimiento pondoestatural
  - \* menor rendimiento escolar (Salud Perinatal, 1987)
-

---

Por otra parte algunos estudios concernientes al efecto del tabaquismo durante el embarazo sugieren la posible hipótesis de que al fumar una madre durante este periodo puede afectar desfavorablemente al feto, ya que puede desarrollar cáncer en su vida posterior.

En estudios con animales se ha comprobado que los agentes químicos como aminas aromáticas, nitrosaminas e hidrocarburos aromáticos policíclicos (sustancias que, como ya se mencionó anteriormente, se encuentran en el humo del tabaco) son carcinógenos tanto al ser aplicados en vida postnatal como transplacentariamente.

El feto puede ser más sensible a los carcinógenos que el adulto. Los fetos de ratones expuestos a estas sustancias fueron 15 veces más susceptibles al agente que los adultos, y en periodos gestantes tuvieron 50 veces más tumores en descendencia en comparación con los adultos. Esto se atribuye a la rápida proliferación de tejidos en el desarrollo intrauterino. No se han realizado en seres humanos estudios sobre la influencia de estas sustancias vía transplacentaria, sin embargo, los estudios con animales sugieren que existe una alta probabilidad de presentarse en fetos humanos. Finalmente, hay estudios que sugieren que la exposición prenatal a carcinógenos puede aumentar el riesgo no sólo en el animal inútero, sino también en los hijos y subsecuentes generaciones (Everson, 1980).

Kretzschmar (1980) propone que tanto el médico obstetra como el ginecólogo deben dar información clara y precisa a sus pacientes sobre los efectos perjudiciales que tiene el consumo de tabaco durante el periodo de gestación, así como su combinación con el uso de píldoras anticoncepcionales.

---

---

### c) ASPECTOS ADICTIVOS DEL TABACO

El fumar es una conducta repetitiva, autoestimulante y fuertemente fortalecida que tiene lugar mediante la inhalación ya sea de cigarrillo puro o pipa, con un aumento en la tolerancia a la nicotina, cuyo efecto va disminuyendo a consecuencia de su uso repetidamente; es decir, cuando se inicia la conducta de fumar el consumo es bajo, pero a medida que pasa el tiempo este consumo ya no es suficiente para producir los mismo efectos gratificantes, y es así como se va aumentando el consumo gradualmente a fin de satisfacer las demandas del organismo, creándose una **dependencia** a la nicotina (Raw, 1878; DSMIII, 1986).

La **dependencia** es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos que provocan que una persona continúe consumiendo cierto fármaco, no tanto porque éste le satisfaga, sino porque el no hacerlo le resultaría insatisfactorio (Raw, 1978, documento int. del INER, s/f), pues al suspender el consumo de dicho fármaco se produce un conjunto de molestias y síntomas adversos formando lo que comúnmente se denomina **síndrome de abstinencia**, que puede presentarse dentro de las dos horas siguientes al consumo del último cigarrillo, llegando a su momento crítico dentro de las primeras 24 horas, disminuyendo gradualmente desde unos pocos días a varias semanas.

Los síntomas que se presentan con más frecuencia son:

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| * irritabilidad                                     | * inquietud                  |
| * depresión   | * ansiedad                   |
| * cefalea   | * tensión                    |
| * torpeza   | * sudoración                 |
| * aumento de apetito                                | * cambios gastrointestinales |
| * trastornos en la memoria                          | * trastornos del sueño       |
| * cambios en la presión arterial                    | * dificultad p/concentrarse  |
| * cambios en la frecuencia cardíaca (DSMIII, 1986). |                              |
-

---

El mantenimiento del consumo de tabaco se puede explicar a través de dos aspectos;

**1 la dependencia física**

**2 la dependencia psicológica**

**1 La dependencia física** en el caso del tabaquismo se refiere a la necesidad de fumar para evitar las molestias de la abstinencia provocadas por la falta de nicotina. Con respecto a esto, Russell (1974) habla de la función determinante que tiene la nicotina en el desarrollo de la dependencia física, pues funciona como un reforzador muy poderoso al restablecer los niveles de nicotina a los que está acostumbrado el organismo, evitando así que se presente el síndrome de abstinencia.

**2 La dependencia psicológica** está dada por el deseo de consumir droga en dosis relativamente constantes (Bernstein, 1970); es el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica peligro para el individuo ya que al suspender dicho consumo, siente la necesidad (no física) de tomarla. En muchas ocasiones es más difícil de eliminar la dependencia psicológica que la dependencia física, ya que se asocia el fumar con situaciones gratificantes o relajantes, o ambas cosas (documento int. del INER, s/f).

Russell (1974) menciona que el fumar es reforzante por varias razones; primero por los efectos psicosociales; segundo por la gratificación sensoriomotriz que produce a nivel oral, manual y respiratorio; tercero, porque se le adjudican efectos sedativos y tranquilizantes, y cuarto, porque se le considera también como estimulante.

Si se observa que cada inhalación es un reforzador y se toma en cuenta la cantidad de fumadas por cigarrillo (7 a 10 aprox.) y la cantidad de cigarrillos por día, se tiene una cantidad enorme de reforzadores, lo cual lleva a concluir que el fumar es una conducta altamente reforzante

---

---

pues la solidez y la tasa de aprendizaje aumenta cuando el reforzamiento sigue de cerca a la respuesta (documento int. del INER, s/f), en este caso el estímulo nicotínico se obtiene en segundos, ya que la circulación pulmón-cerebro tiene un tiempo de 7.5 seg. y por tanto no hay que esperar demasiado para la gratificación, como sucede con otras drogas (Tapia, 1980), y los efectos negativos no se observan a corto plazo, sino que son muy remotos y en consecuencia es difícil que se tomen en cuenta.

Sin embargo, en algunos casos, sobre todo en las personas que fuman mucho, no todas las inhalaciones resultan reforzantes, lo cual podría compararse con el reforzamiento intermitente que es más difícil de extinguir.

Como ya se mencionó, el efecto farmacológico de la nicotina en sí mismo es un reforzador, y puede actuar como estimulante o sedante de acuerdo a la dosis, el sitio de acción etc. pues existe una dosis óptima para cada fumador; se rechaza el exceso y se desea más cuando no recibe la suficiente (documento int. del INER, s/f).

De acuerdo con Russell (1974), durante la etapa inicial del tabaquismo existen reforzadores positivos y negativos, los cuales promueven o evitan, según el caso, la persistencia del hábito de fumar.

En relación con los reforzadores positivos se destacan:

- \* la rebeldía
  - \* la curiosidad
  - \* actitudes de oposición que acompañan a la etapa adolescente
  - \* las facilidades para disponer de cigarrillos
  - \* la anticipación a la vida adulta por parte del adolescente
  - \* el ejemplo de padres, hermanos mayores y amigos fumadores.
-

---

Por otra parte, los reforzadores negativos corresponden a:

- \* la actitud de no fumar por parte de los padres
- \* la política de no fumar por parte de la escuela
- \* información de los riesgos del tabaquismo para la salud
- \* el disconfort y los efectos de la nicotina que producen displacer al fumar.

Aragón (1984) propone que el mantenimiento del hábito al principio es intermitente y está confinado a situaciones sociales, pero al paso del tiempo las gratificaciones sociales disminuyen y sólo se mantiene el hábito mediante la gratificación farmacológica.

Con respecto a los fumadores, no se puede precisar una personalidad característica, sin embargo existen diferencias que deben estar presentes antes de que se inicie la conducta de fumar.

Russell (1974) identificó siete tipos de motivación hacia el consumo de tabaco:

**1 PSICOSOCIAL** Su uso tiene un valor simbiótico con objeto de crear una imagen de intelectualidad, precocidad, sensualidad y sofisticación. Ayuda a aumentar la confianza social y a ganar la aceptación dentro de grupos de la misma clase. Fumar es intermitente y tiende a ocurrir en situaciones sociales. Es frecuente en jóvenes, especialmente en adolescentes.

**2 SENSORIOMOTOR** Envuelve el placer de las numerosas sensaciones de fumar ligadas a la despreocupación y el uso de manipulaciones tanto oral y manual como respiratorias. Ver la cajetilla, sentir el cigarrillo en la mano y en la boca, el proceso de encenderlo, mirar el humo, el olor, el sabor y el sonido, contribuyen a un acto sensoriomotor elaborado. La repetición de este acto es en sí más gratificante que su efecto farmacológico.

---

---

**3 INDULGENCIA** Probablemente es la más común. Se consumen menos de 20 cigarrillos diarios y se fuma por placer, generalmente en etapas de reposo y relajación, después de los alimentos. Fumar se asocia al consumo de té, café o bebidas alcohólicas.

**4 SEDANTE** El tabaco se usa como un sedante o tranquilizante para aliviar estados de ansiedad y tensión. Su frecuencia varía de acuerdo con el estado emocional del fumador. Produce satisfacción bucal y mantiene ocupadas las manos. Es más frecuente en mujeres, muchas de ellas obesas, que fuman para no subir de peso.

**5 ESTIMULANTE** El tabaquismo ocurre cuando la persona está ocupada o activa. La acción estimulante de la nicotina ayuda a pensar y a concentrarse mejor, mitigar la fatiga y resistir la tensión. La inhalación del cigarrillo es profunda y el consumo es alto.

**6 ADICTIVO** El fumador no resiste estar sin fumar más de 20 o 30 minutos, fumar no es placentero pero se ha convertido en una necesidad. Se empieza a fumar al despertar y se cesa durante el sueño. El tabaquismo es regulado para mantener el alto nivel de nicotina.

**7 AUTOMÁTICO** Se da principalmente entre los fumadores crónicos que presentan hábito estimulante o adictivo, o ambos. El acto de fumar se ha vuelto inconsciente y no se dan cuenta del consumo.

Los siete tipos de motivación hacia el consumo de tabaco van a depender de las clases de recompensas, ya que existe una etapa que empieza por recompensas no farmacológicas (psicológicas y sensoriomotoras) pasando por un efecto positivo de nicotina, para finalmente llegar a la adicción de la misma, en la que el fumador no está motivado por el efecto positivo, sino por la necesidad de evitar los efectos displacenteros.

---

---

Cualquier fumador puede verse retratado con varios tipos de motivación y no exclusivamente con uno solo de ellos. Sin embargo, hay una asociación entre un fumador y su patrón predominante de consumo de tabaco.

De acuerdo con las investigaciones de Horn (1977), no hay un tipo único de fuerzas psicológicas que predomine en las motivaciones para fumar o no fumar, pues tanto fumar o no fumar puede ser una manera de expresar el conflicto entre la satisfacción de los propios deseos y la adaptación a las exigencias y expectativas de la sociedad y de sus figuras prominentes.

El éxito que tenga un fumador que se plantea la renuncia o la modificación de su hábito de fumar, va a depender en gran parte la percepción de la amenaza que represente el seguir fumando, lo útil que sea para él fumar y las influencias ambientales que favorezcan u obstaculicen sus esfuerzos por modificar el comportamiento.

Aunque los autores no llegan a un acuerdo con respecto a un perfil específico de la personalidad del fumador los rasgos sobresalientes son:

- \* rebeldía
  - \* imitación
  - \* actitud antiautoritaria
  - \* tendencias hacia: \* la extroversión \* la transgresión \* el contacto social
    - \* mayor actividad \* la gratificación oral (Escayola, 1980).
-



## CAPITULO II

### ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DEL TABAQUISMO

---

---

## a) ESTRATEGIAS SOCIALES

Los países industrializados han sido los primeros en tomar medidas para disminuir el consumo de tabaco; tal es el caso de Noruega, Suecia, Finlandia, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos y otros más, que representaban un gran mercado para la industria tabacalera, el cual al disminuirse sensiblemente ha dado como resultado que las compañías transnacionales busquen ampliar su mercado en aquellas naciones que aún no han emprendido campañas antitabáquicas decisivas, como es el caso de los países subdesarrollados, a quienes se les puede clasificar como focos de atracción para propagar rápidamente este hábito, puesto que el poder económico y publicitario de las grandes compañías es de tal magnitud que de no haberse iniciado medidas gubernamentales y sociales para proteger la salud de la población, sus objetivos se verían coronados a muy corto plazo.

México ya ha emprendido acciones para evitar el incremento del hábito tabáquico en algunos planos como son:

Los aspectos legales del programa contra el tabaquismo que incluyen cuatro rubros básicos:

- 1 Fundamento legal del programa
  - 2 Control sanitario de la publicidad
  - 3 Control sanitario del tabaco
  - 4 Reglamentación de los derechos del fumador
-

---

## 1 FUNDAMENTO LEGAL DEL PROGRAMA CONTRA EL TABAQUISMO

La ley general de salud reconoce el consumo de tabaco como una conducta de alto riesgo, tendiente al desarrollo de padecimientos crónicos y causa importante de mortalidad. Establece la obligación de la Secretaría de Salud, la entidades Federativas y el consejo de Salubridad General de coordinarse para la ejecución de este programa; dispone las estrategias generales que debe contener, destacando la prevención y el tratamiento de padecimientos originados por el tabaquismo; la investigación de las causas del tabaquismo y las acciones para controlarlo y la educación sobre los efectos del tabaquismo en la salud, dirigida especialmente a la familia, niños y adolescentes a través de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva, incluyendo la orientación a la población para que se abstenga de fumar en lugares públicos.

De gran trascendencia es la creación de un mecanismo de integración de acciones, como lo es El Consejo Nacional contra las Adicciones, el cual tiene por objeto:

- \* promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de la salud pública causados por las adicciones;

- \* promover y evaluar los programas nacionales contra el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia

El hecho de que el programa contra el tabaquismo y su contenido se establezcan en la Ley General de Salud le da permanencia y seguridad jurídicas. Con ello se evita que sea un programa sexenal.

---

---

## 2 CONTROL SANITARIO DE LA PUBLICIDAD

La publicidad relacionada con el tabaco está proscrita en nuestro país. Sin embargo, el reglamento señala que, tratándose de este producto, la publicidad deberá limitarse a dar información sobre las características y técnicas de su elaboración; prohíbe asociar su consumo con ideas e imágenes de éxito en la vida afectiva, proyectadas como sensualidad y prestigio social; así como con actividades recreativas, deportivas, cívicas o religiosas.

A partir de 1974, se incluyó en los paquetes o envases en que se expende o suministra tabaco, la leyenda "**ESTE PRODUCTO PUEDE SER NOCIVO PARA LA SALUD**". En 1987 se modificó la leyenda para quedar: "**ESTE PRODUCTO ES NOCIVO PARA LA SALUD**". El 14 de junio de 1991, se señalan las siguientes leyendas:

**DEJAR DE FUMAR REDUCE IMPORTANTES RIESGOS EN LA  
SALUD**

**FUMAR ES UN FACTOR DE RIESGO PARA EL CANCER Y  
EL ENFISEMA PULMONAR**

**FUMAR DURANTE EL EMBARAZO, AUMENTA EL RIESGO DE  
PARTO PREMATURO Y DE BAJO PESO AL NACER**

## 3 CONTROL SANITARIO DEL TABACO

El reglamento de control sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios ordena que las hojas de tabaco que se utilicen deben estar limpias, fermentadas y secadas en condiciones apropiadas de temperatura y humedad que lo confieran el aroma característico de cada especie;

---

---

prohibe la mezcla de hojasco y partes de otras plantas distintas a las del género nicotina y señala que únicamente podrán utilizarse conservadores autorizados por la Secretaría de Salud.

#### 4 DERECHOS DEL FUMADOR PASIVO O INVOLUNTARIO

Aun cuando en nuestro país hay pocos estudios para determinar los daños a la salud que genera el tabaquismo pasivo, se informó en 1986 en los Estados Unidos que el tabaquismo pasivo causa enfermedades, incluyendo cáncer de pulmón entre los no fumadores previamente sanos. Así mismo, los hijos de padres fumadores, al ser comparados con los hijos de los padres no fumadores, tienen una frecuencia más elevada de infecciones y síntomas respiratorios y menores incrementos en la capacidad funcional a medida que el pulmón madura.

Con sustento en estas consideraciones, las reformas de la ley general de salud, publicadas el 14 de junio de 1991, establecen la obligación de las instituciones hospitalarias y clínicas del sistema nacional de salud de contar con áreas restringidas para el consumo de tabaco, tales como:

- \* atención médica
- \* auditorios
- \* aulas
- \* zonas de peligro para la seguridad laboral y colectiva
- \* sitios de trabajo de ambiente cerrado

También se determina que deberán contar con áreas reservadas para fumadores:

- \* las clínicas y hospitales
- \* restaurantes y cafeterías

Se prohíbe la práctica de fumar en:

- \* cines, teatros y auditorios cerrados
  - \* centros de salud y salas de espera
  - \* bibliotecas y cualquier otro lugar cerrado de las instituciones médicas
-

- 
- \* servicio público de transporte colectivo
  - \* tiendas de autoservicio
  - \* oficinas bancarias, oficiales y de servicios

Así como también:

- \* salones de clases en escuelas de educación inicial, primaria, secundaria y media superior.

Imponiéndose multas que van hasta 10 días de salario mínimo si se viola alguno de estos reglamentos.

Por último, cabe mencionar que deberían ponerse en práctica programas de educación y fomento para la salud, que destaquen que no fumar es una situación normal y el comportamiento natural del hombre en sociedad y que permitir que otro fume en lugares cerrados o de uso público es un atentado contra un derecho humano básico (Yañez, 1991).

---

---

## b) ESTRATEGIAS MEDICAS PARA EL CONTROL DEL TABAQUISMO

### MEDICAMENTOS

Los medicamentos de usos más frecuentes en la eliminación del tabaquismo han sido los sedantes, ansiolíticos y los estimulantes. La estrategia del uso de medicamentos tiene como finalidad compensar el efecto de la nicotina como agente dominante en el mantenimiento del hábito de fumar.

Sin embargo, los tranquilizantes y ansiolíticos han dado resultados muy deficientes a corto y largo plazo, y los sedantes no han dado mejores resultados que los placebos, ya que hay informes los cuales ofrecen por igual, una tasa de abstinencia de 25% al año. (Raw, 1978).

Los sustitutos de nicotina, más utilizados son:

- \* la lobalina
- \* el propanol
- \* la cafeína
- \* anfetaminas
- \* clordiazepan
- \* efedrina (Low, 1984), encontrándose este fármaco con mejores resultados.

El sustituto farmacológico del cigarrillo de más reciente aplicación es la goma de mascar y los parches transdérmicos con nicotina, como un medio auxiliar en el tratamiento de la dependencia fisiológica, pues es lo mejor para ayudar al fumador a cesar abruptamente el consumo de tabaco, ya que alivia considerablemente las molestias del síndrome de abstinencia. Esto se debe a que la nicotina en pequeñas dosis equivale a las dosis inhaladas en el humo del cigarrillo y tiene efectos estimulantes de corta duración sobre los sistemas activadores del cerebro y al mismo tiempo el chicle con nicotina sustituye una actividad oral (Russell y cols., 1983; Stuart, 1991; Ruiz, 1991).

---

### **c) ESTRATEGIAS PSICOLOGICAS**

Algunas de las técnicas empleadas en la modificación de la conducta de fumar son:

#### **1 PROCEDIMIENTOS DE CONDICIONAMIENTO AVERSIVO**

1.1 Aplicación de choques eléctricos como castigo después del acto de fumar.

1.2 Sacedad o tabaquismo rápido, que implica fumar en sucesión rápida varios cigarrillos.

1.3 Sensibilización cubierta, que consiste en que el fumador imagine las náuseas que le producirá fumar excesivamente y que, tras evitar esta situación, experimente bienestar.

1.4 Desensibilización sistemática, que es la reducción de la tensión y la anticipación que acarrear los estados molestos de la abstinencia.

1.5 Empleo de aire caliente mezclado con humo de cigarrillos, que produce náuseas en el fumador.

#### **2 PROCEDIMIENTOS DE AUTOCONTROL**

Estas técnicas han subrayado las interacciones causales entre organismo y ambiente; en este caso, el sujeto mismo interviene como agente de cambio, ya que su activa participación implica un impacto real en su propio régimen de tratamiento. A través del autocontrol, el paciente puede aprender a dirigir, mantener y condicionar sus acciones sin que tenga necesariamente una supervisión continua.

---



---

En estas técnicas el terapeuta trabaja en función de que el paciente tenga la responsabilidad de poder controlar y regular su propia conducta.

Estos procedimientos se podrían agrupar en dos categorías:

### 2.1 Planeamiento ambiental

a) control de estímulos

b) manejo de contingencias

---

### 2.2 Programación conductual

2.1 Los procedimientos basados en el planeamiento ambiental consisten en considerar las circunstancias que prevalecen cuando ocurre la conducta de fumar.

a) el control de estímulos se refiere a la importancia de cambiar las situaciones de un estímulo que están prevaleciendo cuando se presenta la conducta de fumar. Se considera que esta conducta ha llegado a asociarse con una gran variedad de situaciones del ambiente que se han convertido en discriminativas para la conducta de fumar.

b) el manejo de contingencias consiste en proponer al fumador un contrato como método de control, de tal manera que éste represente un fuerte impedimento externo que le ayude a permanecer en abstinencia.

2.2 La programación conductual consiste en que el sujeto se autogratiifique o se autocastigue en función de que la estrategia controladora que él mismo se ha administrado, sea o no exitosa. No obstante que el empleo de técnicas de autorrecompensa y autocaligo revelan en algunos casos resultados impactantes, no pueden tomarse como concluyentes, pues pocos casos

---

---

se han revisado y los resultados pueden deberse a otros factores que intervinieron en el procedimiento.

### 3 AUTORREGISTRO Y AUTOMONITOREO

Estas técnicas se utilizan con la finalidad de educar al paciente y se basan en la propia observación del paciente y el registro sistemático de tales observaciones, funcionando como mecanismo de retroalimentación.

### 4 RESTRUCTURACION COGNOSCITIVA

Mediante esta técnica el paciente fumador aprende a verse y a aceptarse a sí mismo sin cigarrillo.

### 5 PROCEDIMIENTOS DIVERSOS

**5.1 Hipnosis** - Está enfocada a promover las sugerencias sobre la salud; también se han utilizado técnicas basadas en la hipnoterapia combinada con la sugestión de fantasías aversivas, para el principio del tratamiento y fantasías positivas para la fase de postratamiento, para eliminar y mantener la conducta de no fumar respectivamente.

**5.2 Acupuntura** - Consiste en aplicar finas agujas en aquellos puntos sensibles, que una vez estimulados, suelen provocar en la gran mayoría de los fumadores un rechazo al tabaco.

**5.3 Relajación** - Estos métodos se combinan con otras técnicas en algunos programas contra el tabaquismo, especialmente en clínicas de atención al tabaquismo (INER, Hospital General

---

---

de México, entre otras). Mediante esta técnica se ayuda al sujeto fumador a tolerar los momentos difíciles provocados por la abstinencia.

**5.4 Supresión abrupta o gradual** - Estos procedimientos han incluido monitoreo y restricción en tiempo y cantidad de cigarrillos fumados.

**5.5 Psicoterapia y dinámica de grupos** - Esta técnica ha sido llevada a la práctica en las clínicas especializadas, como técnica fundamental, pues resulta conveniente desde el punto de vista económico, por ser menos costosa que un tratamiento individual y desde el punto de vista psicológico ha demostrado que el fumador encuentra apoyo, identidad, cohesión y una meta en común que puede compartir con sus compañeros de grupo.

**5.6 Medios masivos** - Esta técnica consiste en desacreditar la conducta de fumar, mediante los medios masivos de comunicación.

**5.7 Métodos de autoayuda** - Estos métodos incluyen libros y discos con temas relacionados a los daños que ocasiona el consumo de tabaco y las condiciones ambientales y sociales en las que se da esta conducta, así como filtros, etc. con la finalidad de promover el análisis de la conducta de fumar, para así poder eliminarla por sí mismo, aunque a veces también sirven para reforzar el periodo postratamiento de un programa específico.

**5.8 Discusión y consejo** - Consiste en la organización de grupos para la discusión acerca de la naturaleza de hábito de fumar respecto a factores económicos, pérdida de calidad de vida, pérdidas materiales y humanas, discomfort, costos médicos, impuestos, etcétera.

Todos estos factores y su influencia potencial en la salud pública son considerados para alentar al fumador a renunciar al tabaco (Heman y Herrera, 1979; Escayola, 1988).

---

---

Por último cabe mencionar que actualmente se aplica como técnica usual el empleo simultáneo de más de un método de los descritos anteriormente; esto se debe a que se ha observado que el método apropiado para dejar de fumar puede variar de un fumador a otro, ya que el grado de éxito va de acuerdo con sus circunstancias individuales como son: la naturaleza y el grado de dependencia, razones que el sujeto tiene para fumar, historia tabáquica, edad, costo, medio ambiente etcétera.

---

## CAPITULO III

### AUTOESTIMA

---

---

## AUTOESTIMA

La autoestima ha sido definida por diversos autores como la parte evaluativa y afectiva del autoconcepto, el cual se refiere a los conceptos que tienen los individuos sobre su aspecto, adecuación sexual, importancia de sus cuerpos en opinión de otros.

El aspecto psicológico se compone de los conceptos que tienen los individuos sobre sus capacidades e incapacidades, de valor personal y sus relaciones con los demás (Hurlock, 1982).

El autoconcepto es la manera en que la persona se percibe a sí misma, y cómo cree que la perciben los demás. Esta percepción puede ocurrir tanto consciente como inconscientemente.

El autoconcepto se compone de dos elementos:

### **1 autoimagen**

### **2 autoestima**

1 La Autoimagen es la imagen mental que el sujeto tiene de sí mismo y del sí mismo que le gustaría ser, es decir, es la noción interna de las propias características, y hasta qué grado las posee, manifestándose por las caracterizaciones y descripciones que se hace de sí mismo.

Existen cuatro tipos de autoimagen:

1.1 Autoimagen física, que comprende las cualidades y adecuación al sexo pertinentes.

1.2 Autoimagen psicológica, que se constituye por los rasgos de personalidad.

---

---

**1.3 Autoimagen real**, que es una imagen por reflejo de lo que el individuo cree que las personas que le importan piensan de él, tanto física como psicológicamente. Según el trato y evaluación el sujeto determinará su estimación hacia sí mismo.

**1.4 Autoimagen ideal**, que se refiere a lo que el individuo desea ser en lo físico y en lo psicológico, sus esperanzas y aspiraciones.

**2 La autoestima** es la evaluación personal de los méritos y cualidades que el sujeto realiza acerca de su propio valor, con base en su autoimagen y en la conciencia de los valores de su sociedad (Serafino y Armstrong, 1988).

William James (1890), uno de los pioneros en el estudio de la autoestima, indica que existen tres posibles influencias en la formación del sí mismo que son:

**1** Valores y aspiraciones del individuo

**2** Valor que el sujeto y los demás dan a su persona y todo lo referible a él.

**3** Empleo de estándares de éxito y estatus comunes dentro de una sociedad.

James, resumiendo sobre los antecedentes de autoestima planteó la siguiente fórmula:

$$\text{AUTOESTIMA} = \frac{\text{EXITOS/LOGROS}}{\text{ASPIRACIONES}}$$

Por esto, si un individuo logra la mayor parte de sus aspiraciones, se considerará una persona capaz y valiosa ya que sus logros son medidos en relación con las aspiraciones.

---

---

Por el contrario, si sus metas están por debajo de sus aspiraciones se considerará una persona de poco valor.

Según Morris Rosenberg (1972), la autoestima es una actitud positiva o negativa hacia sí mismo, señal que el desarrollo y origen subsecuente de la autoestima surge en gran medida de la interacción de la personalidad del individuo y sus experiencias sociales, pues éstas determinan los autovalores del individuo.

La persona se valora a sí misma tomando como referencia ciertos criterios que se derivan de las condiciones históricas particulares de la sociedad y el énfasis característico de grupo al que pertenece. La aceptación de sí mismo y la aceptación social están estrechamente relacionadas (Rosenberg, 1972; Horrocks, 1984).

La autoestima comprende dos procesos sociopsicológicos distintos:

#### 1 autovaloración

#### 2 autoevaluación

1 La autovaloración representa un sentido de seguridad y mérito personal que el individuo tiene de sí mismo.

2 La autoevaluación es el proceso de realizar un juicio consciente de la importancia o significancia social del sí mismo, por lo que varía de una situación a otra.

Ambos componentes pueden no corresponderse, pues puede tenerse un sentimiento de autovaloración alto, pero en una situación dada la autoevaluación podría ser baja o viceversa (Brisset, 1972).

---



Shibutani (1971) menciona que el hombre a través de una serie de autoconcepciones y autovaloraciones del sí mismo, forma una estimación de sí mismo como objeto de valor, así el individuo se coloca dentro de un orden jerárquico.

Por su parte, Lindgren (1982) señala que la autoestima, al igual que otros aspectos, se aprende de los demás y se convierte en un reflejo de la manera en que es considerado por la sociedad a la que pertenece.

Sullivan (1953) encontró que las experiencias tempranas que tiene el niño en la familia juegan un papel fundamental en las concepciones posteriores del sí mismo, y considera que desde el primer día de vida la persona se encuentra inmersa en un flujo de reflejos evaluativos, a través de los cuales se empiezan a desarrollar expectativas y actitudes hacia sí mismo como individuo.

Para Coopersmith (1967) la autoestima es un juicio personal del valor que se expresa en las actitudes que el individuo mantiene acerca de sí mismo. La evaluación que el individuo hace y mantiene por costumbre de sí mismo expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, importante, exitoso y valioso.

Este autor propone cuatro factores relevantes para el desarrollo de la autoestima.

El primero, y más importante, es la cantidad de respeto, aceptación e interés que un individuo recibe de las personas que son importantes para él.

Segundo, es la historia de triunfos y el estatus; generalmente los triunfos proporcionan un reconocimiento y como consecuencia un estatus dentro de la comunidad.

---

---

Tercero, el individuo obtiene autoestima únicamente en las áreas que personalmente le son significativas, las experiencias son interpretadas y modificadas de acuerdo con los valores y aspiraciones individuales.

Cuarto, se refiere al control y defensa, que son capacidades para minimizar, distorsionar o suprimir las acciones degradantes provenientes de los demás, así como las fallas que se tienen.

También propone como variables determinantes de la autoestima: el éxito, los valores, las aspiraciones y las defensas.

De acuerdo con esto, el proceso de autojuicio subjetivo de éxito es aquel al que se le da crédito de acuerdo con el valor dado en diferentes áreas de capacidad de ejecución, las cuales fueron medidas de acuerdo con metas y estándares personales, y filtradas a través de la habilidad para defenderse de las presuntas ocurrencias de fracaso.

Este mismo autor señala que las personas con autoestima alta se criaron en condiciones de aceptación, definición clara de reglas y respeto por parte de los padres; son afectivas, equilibradas y competentes, capaces de acciones creativas e independientes. Su nivel de ansiedad prevaleciente es bajo y su habilidad para tratar con la angustia es mejor que la de otras personas; son socialmente hábiles y capaces de tratar con situaciones y demandas externas de una manera directa. Sus relaciones sociales son generalmente buenas y no son afectadas por dificultades personales, ocupan posiciones de influencia y autoridad.

Las personas con autoestima media parecen ser similares a los sujetos con autoestima alta; con pocas excepciones, son relativamente bien aceptadas, poseen buenas defensas y fueron criadas en condiciones delimitadas y respetuosas. También poseen la orientación de fuerte valor y tienden a confiar en sus semejantes.

---

---

Las personas con baja autoestima fueron criadas en condiciones de rechazo, inseguridad y falta de respeto, llegando a creer que son impotentes y sin recursos; se sienten aislados, sin amor, incapaces de expresarse y demasiado débiles para confrontar y sobrellevar sus deficiencias; son incapaces de realizar acciones creativas, tienden a retirarse y ser completamente pasivas y complacientes, y sufren de síntomas de angustia y ansiedad.

Por otra parte, Adler (1927) opina que existen tres condiciones antecedentes que pueden tener consecuencias desafortunadas sobre el desarrollo de la autoestima:

1 Inferioridades orgánicas y las diferencias de tamaño y fuerza.

2 Poca aceptación, apoyo y aliento por parte de los padres y amigos inmediatos.

3 Efectos destructivos de la indulgencia exagerada provocada por cuidados excesivos por parte de los padres.

Kimbley y Helmreich (1972) indican que en comparación con personas de autoestima moderada, las personas con autoestima alta o baja muestran una mayor necesidad de aprobación social; las personas con autoestima alta debido a las expectativas de evaluación establecidas por la evaluación de su propio mérito, esperan la aprobación y exhiben conductas de necesidad cuando no se le proporciona. Las personas con autoestima baja tienen pocas esperanzas de encontrar aprobación social, y por esa razón tienen una necesidad particular de recibirla.

Sherif (1969), al hablar de autoestima, argumenta también que ésta se forma a partir de la interacción del individuo con las normas y valores correspondientes a su grupo social, desde luego a partir de la relación con su familia hasta la relación con los individuos que componen su grupo

---

---

social. Estas normas, valores y costumbres expresan las pautas conductuales a seguir dentro de la estructura de la sociedad.

Este mismo autor señala que el individuo se valora también de acuerdo con los diferentes niveles y tipos de capacidades que el sujeto percibe como propias para enfrentarse al medio en el que vive.

Por su parte, Taylor (1955) coincide con los autores anteriores argumentando que la autoestima se va desarrollando con las concepciones que tienen los demás acerca del sujeto, quien a su vez va asimilando todos los valores que constituyen el medio ambiente social como una verdadera experiencia de conocimiento.

Wylie (1961) menciona que la autoestima se encuentra significativamente relacionada con la satisfacción y el funcionamiento personal eficiente; indica que las personas que buscan ayuda psicológica con frecuencia se quejan o se dan cuenta de que sufren sentimientos de inferioridad o desvalorización. Estas personas se ven a sí mismas como inferiores y desesperanzadas, incapaces de mejorar su situación y carentes de los recursos internos para tolerar o reducir la ansiedad surgida de los sucesos cotidianos y del estrés que éstos producen.

La autoestima tiene un papel muy importante dentro de los aspectos que influyen en los episodios depresivos, pues una autoestima baja da como resultado que las personas estén más propensas a sentimientos de inferioridad, tristeza, desaliento.

Coopersmith (1967) señala que la autoestima puede variar dependiendo de la experiencia y de acuerdo con el sexo, edad y otros roles; así, una mujer se puede valorar muy alto como esposa, moderadamente como ama de casa y totalmente sin valor como profesionalista.

---

---

Con respecto a las diferencias de autoestima entre hombres y mujeres, Solís, (1991) cita a Tschirhart y Donovan, (1985) quienes han hecho estudios que han mostrado repelidamente patrones muy preocupantes en mujeres, falta de autoestima, incapacidad para poder controlar su vida, vulnerabilidad a la depresión, tendencias a verse a sí mismas como menos capaces de lo que en realidad son.

Estas autoras mencionan entre otras cosas, que la maternidad al ser la máxima experiencia femenina trae como consecuencia la elevación de la autoestima de la mujer, pues la manera en que se maneja en nuestra cultura el embarazo y el dar a luz, el modo en que la sociedad maneja el cuidado del niño, y el tenerlo o no tenerlo, afecta la autoestima.

Cabe mencionar que lo anterior es posible si el embarazo es deseado y esperado con gusto, pues si no es así, trae como consecuencia que la autoestima de la mujer baje al sentir que no fue capaz de controlar ese suceso.

Con respecto a la autoestima de la población mexicana, Díaz-Guerrero (1972) señala que ésta está influida por factores culturales, siendo el ambiente familiar su principal fuente de apoyo para llegar al equilibrio de un nivel adecuado de autoestima.

Buena parte de nuestro autoconcepto proviene de la acción de la cultura sobre la personalidad, intereses, prejuicios, actitudes y del esfuerzo que se hace para pertenecer a un grupo.

Díaz-Guerrero (1972) argumenta que la personalidad surge de la ubicación que tenemos los individuos entre la lucha existente entre la cultura tradicional y las fuerzas contraculturales que crean confusión en nuestra sociedad, y comenta que el hecho de que el mexicano tenga un pobre concepto de sí mismo, por sentimientos de inferioridad, modestia y humildad, proviene de características del Yo mexicano tales como: creencias en cosas mágicas, valores culturales y

---

---

sociales, así como factores económicos; todos estos factores crean dudas acerca de la eficiencia y el valor real, y hacen que disminuya la seguridad, el rendimiento y por ende la autoestima.

Hay varias maneras de adaptarse a un bajo nivel de autoestima, entre las cuales las más comunes son: la huida de sí mismo, tendencias hacia las adicciones como medio de escape a las normas convencionales y para gozar al mismo tiempo de la camaradería y el apoyo de otras personas que están en una situación similar. Monroy (1987) encontró que personas con conductas adictivas mostraban sensaciones de minusvalía. También Fort (1955) observó niveles bajos de autoestima en personas adictas.

No se sabe si por el hecho de tener una autoestima baja se facilite más el tener conductas adictivas y autodestructivas o si, como menciona Eiser, (1972) con respecto a las personas fumadoras, éstas tienden a bajar su nivel de autoestima para resolver la disonancia cognoscitiva que produce el tener ideas incompatibles con el consumo de tabaco y aún así seguirlo consumiendo a pesar de saber los daños que esa conducta ocasiona.

---

## CAPITULO IV

### LOCUS DE CONTROL

---

---

## LOCUS DE CONTROL

El término **locus de control** fue propuesto por Rotter en 1966, y proviene de la concepción que hace de la naturaleza y los efectos del reforzamiento en su teoría del aprendizaje social; en el que considera que el sujeto con base en la experiencia de percibir como contingente un reforzamiento a una conducta o acontecimiento en particular, dicho reforzamiento confirmará la expectativa de que tal conducta o evento se presentará en situaciones futuras.

Sin embargo, si el sujeto no percibe el reforzamiento como contingente a la propia conducta o suceso ocurrido, tal expectativa no se incrementará tanto como en el caso de haber sido percibido como contingente.

Este autor supone que las expectativas en cuanto a la propia conducta o acontecimientos se generalizan a otras series de situaciones percibidas como relacionadas o similares, y es por eso que la historia personal de reforzamientos influirá en el grado en el que el sujeto atribuya los diferentes reforzamientos a sus propias acciones.

Basándose en estos dos tipos de percepciones con respecto al reforzamiento, Rotter desarrolló el concepto de **locus de control interno** y **locus de control externo**, describiéndolos de la siguiente manera:

**Locus de control interno**, como aquel en el cual el sujeto percibe el reforzamiento como contingente a las propias acciones o sucesos que ocurren.

---



---

**Locus de control externo** es aquel en que el sujeto no percibe la contingencia entre el reforzamiento y sus propias acciones o acontecimientos que le ocurren, atribuyéndolo a factores externos como la suerte, el destino, el azar o el poder de otras personas.

Por lo tanto, se puede decir que un sujeto con locus de control interno considerará que tiene el control de su conducta y los eventos que le ocurran con base en sus propias habilidades y capacidades, mientras que un sujeto con locus de control externo considerará que la mayoría de los reforzamientos no están bajo su control, sino que están en manos de la suerte, el destino, el azar u otras personas que tienen el poder.

Estos tipos de percepción, tanto locus de control interno como locus de control externo, provocarán, de acuerdo con lo descrito anteriormente, que una persona se anticipe frente una situación dada, con base en las expectativas generales que se ha formado según sus experiencias pasadas, influyendo en una gran variedad de conductas, al considerar situaciones categorizadas como determinadas por la suerte, el destino, etc., o en su defecto, determinadas por la propia habilidad para manejar dicha situación.

De esta manera, una misma persona puede actuar tanto internamente como externamente, dependiendo de la forma en que una situación dada esté considerada culturalmente, aunque siempre se observará una tendencia más marcada hacia la creencia en el control interno o hacia la creencia en el control externo, lo que produce diferencias conductuales que influyen directamente en la personalidad del sujeto.

Estas diferencias conductuales están relacionadas con la forma en que las personas enfrentan el medio ambiente que les rodea, pues mientras que los sujetos orientados internamente sienten que pueden modificar su medio ambiente y las situaciones en que se encuentran, los sujetos orientados externamente no se sentirán capaces de modificar ni el medio ambiente ni las situaciones

---

---

en las que se encuentran y por lo tanto sentirán que los cambios que ocurran dentro de su medio ambiente se deben a fuerzas ajenas a ellos.

Esta manera de enfrentar el medio ambiente también fue estudiada por Díaz-Guerrero y Castillo Vales (1981), quienes la denominaron como estilo de confrontación, el cual consideraron que operaba en tres dimensiones:

1 Confrontación activa-autoafirmativa vs. Confrontación obediente afiliativa

2 Confrontación autónoma vs. Confrontación interdependiente

3 Control interno activo vs. Control externo pasivo

Estos autores estudiaron la correlación de estos tres estilos de confrontación con algunos modelos de personalidad, entre ellos el locus de control, y encontraron que éste se correlacionó positiva y significativamente con el estilo de confrontación activa autoafirmativa, autonomía y control interno activo.

Por otra parte, sin embargo, aunque es deseable inclinarse hacia la internalidad es necesario aclarar que no todos los acontecimientos pueden estar bajo nuestro control y que hay cosas y situaciones que tienen que ser controladas externamente; como ejemplo se podría citar la investigación de Peterson y Seligman (1989), en la que se observó que el estilo explicativo es un factor importante que influye directamente en las expectativas del sujeto, con respecto al éxito o el fracaso, pues un estilo explicativo optimista anticipa éxito ante situaciones futuras, basándose en la autoconfianza que tiene el individuo, a la luz de sus habilidades para controlar su conducta y los sucesos con que se encuentra; este estilo explicativo fue denominado por estos autores como optimismo disposicional, el cual tuvo una alta correlación con la internalidad.

---

---

En esta investigación se observó que el optimismo disposicional y el locus de control interno de alguna manera obstaculizaban el óptimo cumplimiento del tratamiento en algunos pacientes, pues al sentir que eran capaces de controlar su conducta y lo que les ocurre, no seguían los regímenes y las instrucciones que les daba el médico, mientras que los sujetos con locus de control externo fueron capaces de adecuarse al tratamiento y así obtener mejores resultados y pronta recuperación de sus padecimientos.

El locus de control varía de cultura a cultura, pues la estructura social de un país influye en las diferencias entre el locus de control de sus habitantes. Tal sería el caso de los países en donde las personas tienen menos oportunidades sociales y vocacionales, cuyos habitantes tendrían una mayor tendencia hacia la externalidad, que aquellos habitantes de países en donde exista la posibilidad y oportunidad de luchar y obtener ciertos logros personales y sociales.

También es importante mencionar la influencia que tienen los valores en cada sociedad, ya que los individuos que crecen en sociedades donde los valores tradicionales como la obediencia y la conformidad son aceptados, darán mayor importancia a factores externos de control, luego entonces, tendrán mayor tendencia hacia la externalidad que hacia la internalidad.

Con respecto a nuestro país, debido a la estructura que se maneja, de respeto y total obediencia hacia los padres, es posible que los sujetos desde niños consideren que muchas de sus conductas están fuera de su control, debido a la educación recibida por parte de sus padres y a la manera en que éstos pudieron permitir o restringir las oportunidades de sus hijos.

Las creencias religiosas y los pensamientos mágicos son factores muy predominantes en nuestro país, de ahí que sea posible que la mayoría de los sujetos mexicanos tengan fuertes tendencias hacia la externalidad.

---

---

Otro factor importante en el locus de control es el estatus social y el desarrollo de una actividad laboral de los sujetos. Winfield y Tiggemann (1990) observaron claras diferencias entre grupos de empleados y desempleados, encontrándose entre otras cosas mayor externalidad entre los grupos de desempleados. D'bridjan (1989) obtuvo los mismos resultados con respecto a las atribuciones que hacían los sujetos desempleados hacia el motivo de su desempleo, pues lo atribuían a causas externas a ellos.

Por otra parte, cabe mencionar la importancia de considerar el sexo como un factor que influye en el tipo de locus de control; pues algunos estudios (Kalkovsky, 1967; McDonald, 1971 y otros) han reportado que son diferentes las dimensiones de la relación padre-hijo, madre-hijo, las que repercuten en el niño y la niña. Estos estudios han reportado que existe una mayor probabilidad de que los niños muestren más tendencia hacia la internalidad si tienen apoyo y amor por parte de la madre en mayor grado que las niñas.

En cuanto a las correlaciones entre las dimensiones de la conducta de los padres y la internalidad o la externalidad entre hombres y mujeres se encuentran que:

- \* En los hombres, el locus de control interno está relacionado con predictibilidad de estándares maternos y castigo físico paterno.

- \* En las mujeres, el locus de control interno está relacionado con presión al logro por parte de la madre.

La Rosa, Díaz y Andrade (1985) realizaron un estudio con estudiantes universitarios mexicanos, para determinar las características psicométricas de las escalas de Rotter (1966) y Levenson (1974), traducidas al español, para medir locus de control, sometiendo los datos a análisis factoriales y análisis de consistencia interna, encontrando que con respecto a la escala de Rotter, ésta no fue favorecida en su posición teórica de unidimensionalidad del constructo locus de control.

---

En lo que se refiere a la escala de Levenson, hubo un apoyo empírico para las dimensiones propuestas de suerte, control interno y otros poderosos.

De los resultados que se obtuvieron se infiere que traducir una escala hecha en una cultura y aplicarla en otra sin estudios previos de validez y confiabilidad, compromete la calidad científica de dichos estudios.

Por lo tanto, con base en los resultados obtenidos en este estudio, La Rosa, (1986) realizó en México la construcción de una escala multidimensional de locus de control, dicha escala mide cinco factores:

- 1 Fatalismo/suerte
- 2 Poderosos del macrocosmos
- 3 Afectividad
- 4 Internalidad instrumental
- 5 Poderosos del microcosmos

Puesto que esta escala se desarrolló en México con estudiantes universitarios mexicanos, es más indicada para medir el locus de control en nuestro país.

---

## **CAPITULO V**

### **CORRELACION ENTRE AUTOESTIMA Y LOCUS DE CONTROL**

---

---

## CORRELACION ENTRE AUTOESTIMA Y LOCUS DE CONTROL

Entre las investigaciones más recientes realizadas que correlacionan la autoestima y el locus de control se pueden mencionar las siguientes:

En la investigación realizada por Nir y Neumann (1991) en donde se correlacionó la autoestima, el locus de control y la pérdida de peso, se encontró que las personas con baja autoestima pierden peso significativamente menos que las personas con autoestima media y alta; con respecto al locus de control no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de locus de control interno y los de locus de control externo.

McNeill y Gilbert (1991) estudiaron el locus de control y la autoestima en hijos de alcohólicos, encontrando que la orientación hacia la externalidad del hijo se correlacionó significativamente con el alcoholismo de alguno de los padres; con respecto a la autoestima se encontró una relación negativa entre la orientación hacia la externalidad y el nivel de autoestima.

Tashakkori y Thompson (1991) investigaron las diferencias raciales en la autopercepción y el locus de control, descubriendo que los negros se autovaloraron más positivamente que los blancos en general en autoestima y en creencias específicas hacia ellos mismos; los negros percibieron mayor control externo perteneciente a ambos acontecimientos culturales y a la eficacia personal, pero tuvieron mayores expectativas de éxito académico futuro. Las mujeres tendieron a mostrar menor autoeficacia que los hombres. Aunque la presencia de efectos significativos para la raza y el sexo, las diferencias entre las medias tendieron a ser relativamente pequeñas.

Ranchor y Sanderman (1991) hicieron un estudio para observar la relación del rol de la personalidad, el status socioeconómico y el estrés en la enfermedad; dentro de los factores de

---

---

personalidad estudiados estaban la autoestima y el locus de control, en donde se encontró que el estrés no afecta directamente la salud pero que este efecto es modificado por los factores de personalidad y el nivel socioeconómico.

McIntire y Levine (1991) combinaron variables de la personalidad, como la autoestima y el locus de control para observar su influencia sobre las metas hacia predecir rendimientos, encontraron que la experiencia y el rendimiento afectaron directamente en el desarrollo de la autoestima y el locus de control moderó la relación entre los cambios de autoestima y rendimiento.

Werner y Broida (1991) estudiaron la autoestima y el locus de control y su relación como función del alcoholismo familiar y la disfunción familiar, encontrando que no hubieron diferencias significativas entre autoestima y locus de control, lo cual sugiere que el alcoholismo de los padres no necesariamente afecta en la personalidad de los hijos.

Ormel y Schaufeli (1991) estudiaron la estabilidad y los cambios del distres psicológico y su relación con la autoestima y el locus de control. Se encontró que ambos rasgos de personalidad fueron sustancialmente contaminados por los niveles del distres psicológico; los niveles altos en sintomatología se relacionaron fuertemente con una baja autoestima y un control externo.

Murphey y Galbraith (1990) investigaron los efectos de la incapacidad individual y universal en la autoestima. Encontraron que los sujetos con menores niveles de autoestima y mayor externalidad se sintieron menos capaces de obtener el éxito en la tarea que se les había encomendado.

O'Brien y Smith (1990) estudiaron la obesidad, la autoestima y el locus de control en la salud, y observaron que durante la estructuración de la autoestima y el conocimiento individual, se facilita el tratamiento para la obesidad en los adolescentes.

---



---

Shisslak, Pazda y Crago (1990) encontraron en mujeres, de tres tipos de características de peso corporal con bulimia, mayores niveles de psicopatología, mayor locus de control externo, más baja autoestima y más baja sensación de efectividad personal.

Como se puede observar, la autoestima y el locus de control son dos factores importantes para el desarrollo de la personalidad, su funcionamiento y adaptación al medio ambiente, por lo que la presente investigación pretendió observar la influencia de estas dos variables sobre la conducta de fumar.

---

## CAPITULO VI

### METODOLOGIA

---

---

### a) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La autoestima suele definirse como el aprecio que tiene el sujeto hacia su propia persona con base en la imagen y el concepto que tiene de sí mismo (autoconcepto), y está determinada por la acción de los aspectos físicos, ético-morales, familiares, sociales, etc. (Fitts, 1965). Por ello se le considera principalmente como motivacional, pues el valor asignado a sí mismo determina la manera de ser de cada persona, ya que una autoestima alta o positiva dará como resultado que una persona llegue a tener éxito en sus pretensiones dada la seguridad que ésta genera; sin embargo, quien posee una autoestima baja o negativa es posible que sea menos capaz de concluir sus trabajos debido a su inseguridad y confusión acerca de sus propias capacidades, trayendo como consecuencia que las expectativas de éxito disminuyan y se anticipe el fracaso aún antes de emprender cualquier tarea.

Todo lo anterior está también relacionado con el locus de control (Rotter, 1966), pues éste se refiere al modo en que los sujetos sienten tener o no control sobre su propia conducta o los sucesos que les ocurren. Por esto se puede pensar que, cuando una persona percibe la relación entre los hechos que le ocurren y su propia conducta como contingente, tiene una creencia en el control interno. Mientras que si la persona no percibe los eventos que le ocurren como resultado de sus propias acciones, sino como producto de causas ajenas a su voluntad, atribuyéndolos a factores azarosos o como responsabilidad de otras personas, se dice que tiene una creencia en el control externo (Rotter, 1966).

Con base en lo descrito anteriormente, es posible que existan diferencias con respecto a la autoestima y el locus de control entre hombres y mujeres fumadores crónicos, fumadores incipientes y no fumadores, pues algunos investigadores (Fort, 1974; Monroy, 1987, y otros) han sugerido que los sujetos adictos ya sea a las drogas, al alcohol o al tabaco tienen un bajo nivel de autoestima y un pobre control de su conducta adictiva, al sentirse devaluados e incapaces de controlar su conducta y el medio ambiente que les rodea.

---

---

Sin embargo, en contraste a lo mencionado anteriormente, investigaciones realizadas por (Chassin, Presson, Sherman, Corty y Olshavky, 1981) han mostrado resultados contrarios, pues se han encontrado niveles de autoestima altos en personas adictas crónicas, al parecer debido a un mecanismo de sobrecompensación ante el rechazo de la sociedad con respecto a su conducta adictiva.

En la presente investigación se pretendieron medir los niveles de autoestima y el tipo de locus de control que caracterizan a los hombres y mujeres fumadores crónicos, los fumadores incipientes y los no fumadores, y así observar si existen diferencias entre estos tres grupos.

---

---

**b) HIPOTESIS:**

Se espera encontrar diferencias estadísticamente significativas ( $p \leq .05$ ) entre los grupos de hombres y mujeres fumadores crónicos e incipientes y el grupo de hombres y mujeres no fumadores, pues se considera que las características de autoestima y locus de control en sujetos fumadores incipientes son semejantes (o están en proceso de serlo) a las características de los sujetos fumadores crónicos.

Estas diferencias esperadas se describen en las hipótesis siguientes:

1) Existe la probabilidad de encontrar niveles de autoestima más bajos en los grupos de hombres y mujeres fumadores crónicos, y de hombres y mujeres fumadores incipientes en comparación con los grupos de hombres y mujeres no fumadores.

2) Existe la probabilidad de encontrar mayor tendencia la externalidad en los grupos de hombres y mujeres fumadores crónicos, y de hombres y mujeres fumadores incipientes en comparación a los grupos de hombres y mujeres no fumadores.

3) Existe la probabilidad de encontrar niveles de autoestima bajos en los grupos de mujeres fumadoras crónicas y mujeres fumadoras incipientes, en comparación con los grupos de hombres fumadores crónicos y hombres fumadores incipientes.

4) Existe la probabilidad de encontrar mayor tendencia hacia la externalidad en los grupos de mujeres fumadoras crónicas y mujeres fumadoras incipientes, en comparación con los grupos de hombres fumadores crónicos y hombres fumadores incipientes.

---

---

5) Existe la probabilidad de encontrar niveles de autoestima más altos en los grupos de hombres no fumadores en comparación con los grupos de mujeres no fumadoras.

6) Existe la probabilidad de encontrar menor tendencia hacia la externalidad en los grupos de hombres no fumadores en comparación con los grupos de mujeres no fumadoras

---

## c) DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO		VARIABLE DEPENDIENTE
A) AUTOESTIMA	B) LOCUS DE CONTROL	C) CONDUCTA DE FUMAR

DEFINICIONES CONCEPTUALES		
AUTOESTIMA	LOCUS DE CONTROL	CONDUCTA DE FUMAR
Grado de aprecio hacia sí mismo determinado por la acción de factores físicos, ético-morales, personales, familiares, sociales, de identidad, de autoaceptación y autocrítica (Fitts, 1965).	Creencia que el sujeto tiene con respecto a quién o qué factores controlan su vida (La Rosa, 1986).	Aspirar y lanzar el humo de cigarrillos, puros o pipas. (Diccionario Enciclopédico Grijalbo, 1986)

DEFINICIONES OPERACIONALES		
AUTOESTIMA	LOCUS DE CONTROL	CONDUCTA DE FUMAR
Estará determinada por los puntajes positivos o negativos que se obtengan en la escala Tennessee de Autoconcepto de Filts (1965).	Tendencia hacia la internalidad o externalidad del control de la conducta, de acuerdo con los puntajes que se obtengan de la Escala de Locus de Control de La Rosa (1986).	consumo de cigarrillos, el cual fue clasificado para la presente investigación de la siguiente manera: 1) <u>abstinencia</u> - sin consumo de cigarrillos. 2) <u>Incipiente</u> - consumo menor a 10 cigarrillos diarios por menos de 2 años. 3) <u>Crónico</u> - consumo mayor a 10 cigarrillos diarios por más de 2 años



---

## d) MATERIAL Y METODO

### CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

Se realizó un tipo de muestreo **no probabilístico e intencional**, siendo seleccionados solo los datos de 60 personas, 30 hombres y 30 mujeres de un total de 237 participantes, todos pertenecientes a la población de estudiantes que cursaban los primeros semestres (primero y tercero) de la licenciatura en Psicología en la Facultad de Psicología de la UNAM, cuyas edades fluctuaron entre los 18 y los 25 años.

Los datos fueron agrupados en tres categorías, cada una constituida por 20 integrantes, 10 hombres y 10 mujeres:

1 - Personas no fumadoras

2 - Personas fumadoras incipientes

3 - Personas fumadoras cónicas

Formando un total de seis grupos.

## e) INSTRUMENTOS

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

1 La Escala Tennessee de Autoconcepto de Fitts (1965), para la evaluación de la autoestima.

2 La Escala de Locus de Control de La Rosa (1986), para la evaluación de locus de control.

---

---

## BREVE DESCRIPCION DE LA ESCALA TENNESSEE DE AUOCONCEPTO

En 1965, Fitts inició el desarrollo y la estandarización de la "Escala Tennessee de Autoconcepto." En el desarrollo original de la escala, el primer paso fue compilar un conjunto de reactivos autodescritivos derivados de otros instrumentos que medían el autoconcepto y autodescriptiones de pacientes y no pacientes.

Contribuyendo cada reactivo y cada celdilla a dos puntajes diferentes, (positivos y negativos) esta parte de la escala contiene 90 reactivos de un total de 100, los 10 restantes componen la escala de autocrítica, tomarlos de la escala L del M.M.P.I. (ver hojas de calificación en el anexo)

La Escala Tennessee consiste en cien reactivos autodescritivos, se puede aplicar tanto en forma grupal como individual a sujetos de 14 años en adelante que tengan un nivel de escolaridad mínimo de 6° año de primaria; también es aplicable a todo el rango de ajuste psicológico, desde sujetos sanos y bien ajustados hasta pacientes psicóticos.

El conjunto total de reactivos se encuentra dividido de dos maneras:

- 1- Verticalmente en columnas (marco externo de referencia)
- 2- Horizontalmente en hileras (marco interno de referencia)

1- Marco externo de referencia.- Está formado por cinco columnas que son:

**Columna A) Yo físico**- percepción del estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

**Columna B) Yo ético-moral**- percepción de las relaciones con Dios y sentimientos de ser una persona "buena" o "mala" y satisfacción con la religión o la falta de ella.

**Columna C) Yo personal**- grado en el cual el sujeto se siente adecuado como persona, evaluación de sí mismo independientemente de la percepción de su cuerpo y las relaciones con los demás.

---

**Columna D) Yo familiar-** se refiere a la percepción del sí mismo del sujeto en relación con los miembros más cercanos del círculo familiar.

**Columna E) Yo social-** refleja los sentimientos del sujeto sobre su manera de relacionarse con las personas en general.

**2- Marco interno de referencia-** Las afirmaciones autodescriptivas parecen comunicar tres mensajes primarios: 1) lo que yo soy, 2) cómo me siento conmigo mismo por lo que soy, y 3) lo que yo hago. Con base en estos tres tipos de afirmaciones se formaron las tres categorías horizontales que aparecen la hoja de respuestas como:

- \* hilera 1- identidad
- \* hilera 2- autosatisfacción
- \* hilera 3- comportamiento

El puntaje total (PT) refleja el nivel total de autoestima. Las personas con puntajes altos (PT mayor a 275) tienden a estar contentos consigo mismos, sienten que valen, tienen confianza en sí mismos y actúan de acuerdo a esta imagen. Las personas con puntajes bajos (PT menor a 200) dudan de su propio valor, se ven a sí mismos como indeseables, con frecuencia se sienten llenos de ansiedad, deprimidos e infelices; tienen poca fé y confianza en sí mismos.  
(ver hojas de respuestas, calificación y perfiles en el anexo)

La calificación puede realizarse en forma manual o computarizada, observándose que la mayoría de los sujetos contestan la escala en 10 o 20 minutos (el tiempo promedio de respuesta es de 13 minutos).

La "Escala Tennessee de Autoconcepto" fue adaptada al castellano por Blanca M de Alvarez y Guido A. Barrientos, y es publicada y distribuida para Hispanoamérica por el Instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y Sociales, Chihuahua, Chihuahua. México 1969.

---

---

## BREVE DESCRIPCION DE LA ESCALA DE LOCUS DE CONTROL

En 1986, La Rosa realizó en México la construcción y validación de la Escala de Locus de Control.

El estudio se realizó con 1 083 estudiantes, alumnos de la UNAM, de los cuales el 50.4% eran hombres y 49.6% eran mujeres.

La muestra universitaria estuvo compuesta por cuatro áreas:

1- Salud (medicina y odontología)

2- Ciencias físico matemáticas (ingeniería y física)

3- Filosofía y ciencias humanas (pedagogía, historia, bibliotecología, letras modernas y geografía)

4- Político-socio-administrativas (política, sociología, ciencias de la comunicación, relaciones internacionales y administración pública)

Además, participaron alumnos de la preparatoria No. 6 de la UNAM.

El instrumento está compuesto por 53 reactivos que a su vez están subdivididos en cinco factores:

**Factor 1- Fatalismo/suerte** Se refiere a creencias en un mundo no ordenado en donde los esfuerzos dependen de factores azarosos tales como la suerte y el destino.

---

**Factor 2- Poderosos del macrocosmos** Se refiere a personas que tienen el control porque tienen poder, están lejanas del individuo, pero su acción repercute en su vida.

**Factor 3- Afectividad** Describe situaciones en las que el individuo consigue sus objetivos a través de relaciones afectivas con quienes le rodean.

**Factor 4- Internalidad instrumental** Se refiere a situaciones en las que el individuo controla su vida debido a su esfuerzo, trabajo y capacidades.

**Factor 5- Poderosos del microcosmos** Se refiere a las personas que tienen el poder, están más cercanas al individuo y controlan los aspectos que le interesan.

Los criterios de calificación para cada factor son los siguientes:

Factor	Nº de reactivos	Puntajes bajos	Puntajes medios	Puntajes altos
fatalismo-suerte	14	14 a 28	29 a 55	56 a 70
poderosos del macrocosmos	11	11 a 22	23 a 43	44 a 55
afectividad	9	9 a 18	19 a 35	36 a 45
internalidad	10	10 a 20	21 a 39	40 a 50
poderosos del microcosmos	9	9 a 18	19 a 35	36 a 45

Los factores 1, 2, 3 y 5 miden tendencia hacia la externalidad y el factor 4 tendencia hacia la internalidad.

## 1).- PROCEDIMIENTO

Se pidió autorización verbal y por escrito a cada uno de los profesores que tenían a su cargo los grupos de primer y tercer semestres de la licenciatura en psicología de la facultad de psicología de la UNAM, para la aplicación de las escalas mencionadas anteriormente.

La aplicación se hizo de manera grupal y a todos los participantes se les dió información acerca del objetivo de la investigación y de la manera en que deberían responder los cuestionarios, pidiéndoles que lo hicieran lo más verazmente posible.

Una vez concluida la aplicación de los instrumentos, los datos se clasificaron por sexo (50% hombres y 50% mujeres) y se agruparon de acuerdo al índice y cronicidad del consumo de tabaco de la siguiente manera:

NO FUMADORES	FUMADORES INCIPIENTES	FUMADORES CRONICOS
Se tomaron al azar los datos de 20 personas, 10 hombres y 10 mujeres que no tenían historia tabáquica.	Se tomaron al azar los datos de 20 personas, 10 hombres y 10 mujeres que tenían historia tabáquica menor a los 2 años, con un consumo menor a los 10 cigarrillos diarios en promedio.	Se tomaron al azar los datos de 20 personas, 10 hombres y 10 mujeres que tenían historia tabáquica mayor a los 2 años, con un consumo mayor a los 10 cigarrillos diarios en promedio.

Los datos se agruparon para su análisis de acuerdo con el siguiente diseño:

S E X O		
CARACTERISTICAS	HOMBRES	MUJERES
NO FUMADORES	A Y L	A Y L
FUMADORES INCIPIENTES	A Y L	A Y L
FUMADORES CRONICOS	A Y L	A Y L

**CLAVES:**

**A=** Evaluación de Autoestima

**L=** Evaluación de Locus de Control

La prueba estadística que se utilizó para analizar los datos que se obtuvieron fue la **t de Student** para observar diferencias entre los seis grupos estudiados.

## CAPITULO VII

### PRESENTACION DE RESULTADOS

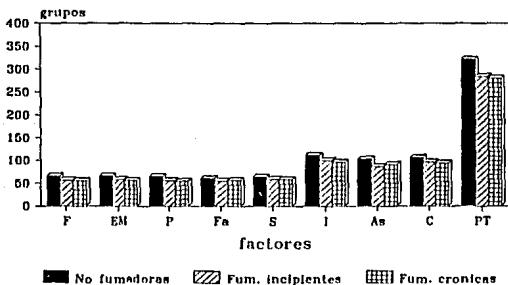
---



**TABLA # 1. ESCALA TENNESSEE. Puntuaciones de medias y desviaciones estándar. MUJERES**

FACTOR/GRUPOS	NO FUMADORAS		FUMADORAS INCIPIENTES		FUMADORAS CRONICAS	
	X	DS	X	DS	X	DS
YO FISICO	65.7	9.889	56.3	9.945	55.15	7.707
YO ETICO-MORAL	65.9	7.666	57.9	7.172	55.7	8.086
YO PERSONAL	64.3	8.883	56.1	10.429	54.75	7.946
YO FAMILIAR	61.2	8.27	55.1	6.557	56.75	8.22
YO SOCIAL	64.3	7.832	58.7	10.833	57.9	8.819
IDENTIDAD	111.6	14.081	100.7	17.48	95.2	14.029
AUTOSATISFACCION	103.4	16.202	87.1	15.14	90.9	14.407
COMPORTAMIENTO	106.4	9.021	96.3	11.605	94.15	10.796
PUNTAJE TOTAL	321.4	35.192	284.1	35.407	280.25	29.563

## ESCALA TENNESSEE MUJERES

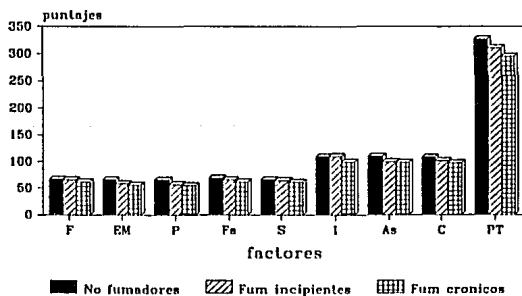


**gráfica # 1.** Comparación de las puntuaciones de medias entre los grupos de mujeres no fumadoras, fumadoras incipientes y fumadoras crónicas.

**TABLA # 2. ESCALA TENNESSEE. Puntuaciones de medias y desviaciones estándar**
**HOMBRES**

FACTOR/GRUPOS	NO FUMADORES		FUMADORES INCIPIENTES		FUMADORES CRONICOS	
	X	DS	X	DS	X	DS
YO FISICO	66.1	10.386	65.6	7.106	61.4	8.531
YO ETICO-MORAL	65.5	5.93	58.3	8.138	55.8	8.865
YO PERSONAL	65.4	10.319	56.9	7.752	55.25	7.304
YO FAMILIAR	68.2	10.293	65.5	9.253	61.3	9.426
YO SOCIAL	65.3	11.851	64.3	7.009	60.8	7.259
IDENTIDAD	109.1	15.096	109.8	10.727	99.35	15.052
AUTOSATISFACCION	109.6	16.913	99.6	9.095	98.15	11.431
COMPORTAMIENTO	107.8	14.421	101.2	11.952	97.05	11.528
PUNTAJE TOTAL	326.5	43.846	310.6	27.706	294.55	33.44

## ESCALA TENNESSEE HOMBRES


**gráfica # 2. Comparación de las puntuaciones de medias entre los grupos de hombres no fumadores, fumadores incipientes y fumadores crónicos.**

**TABLA # 3. ESCALA TENNESSEE. Valores t y p. Comparación entre grupos.  
MUJERES**

FACTOR/GRUPOS	1 y 2		1 y 3		2 y 3	
	t	p	t	p	t	p
<b>YO FISICO</b>	2.12'	0.048	3.22**	0.01	0.94	0.356
<b>YO ETICO-MORAL</b>	2.41'	0.027	3.37**	0.003	0.56	0.581
<b>YO PERSONAL</b>	1.89	0.075	2.87*	0.011	0.76	0.456
<b>YO FAMILIAR</b>	1.83	0.085	1.39	0.181	1.64	0.115
<b>YO SOCIAL</b>	1.32	0.203	2.02	0.057	0.57	0.571
<b>IDENTIDAD</b>	1.54	0.143	3.01**	0.005	0.01	0.994
<b>AUTOSATISFACCION</b>	2.32'	0.032	2.15*	0.04	2.04	0.051
<b>COMPORTAMIENTO</b>	2.17'	0.043	3.28**	0.004	0.64	0.53
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	2.36'	0.03	3.37**	0.002	1.04	0.306

**TABLA # 4. ESCALA TENNESSEE  
HOMBRES**

FACTOR/GRUPOS	1 y 2		1 y 3		2 y 3	
	t	p	t	p	t	p
<b>YO FISICO</b>	0.13	0.901	1.32	0.196	-1.24	0.227
<b>YO ETICO-MORAL</b>	1	0.328	2.09*	0.047	-0.28	0.783
<b>YO PERSONAL</b>	2.08	0.052	3.12**	0.004	0.77	0.45
<b>YO FAMILIAR</b>	0.62	0.545	1.83	0.077	-0.76	0.458
<b>YO SOCIAL</b>	0.23	0.821	1.29	0.207	-0.95	0.35
<b>IDENTIDAD</b>	-0.12	0.906	1.67	0.106	-2.15'	0.041
<b>AUTOSATISFACCION</b>	1.65	0.117	2.2'	0.036	0.76	0.452
<b>COMPORTAMIENTO</b>	1.11	0.28	2.22'	0.035	-0.17	0.865
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	0.97	0.345	2.22'	0.034	-0.61	0.548

**Claves:** \*  $p \leq 0.05$ , \*\*  $p \leq 0.01$ , 1- no fumador, 2- fumador incipiente, 3- fumador crónico

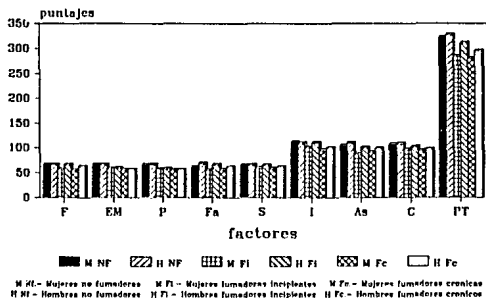
**TABLA # 5. ESCALA TENNESSEE.**  
**Promedios de puntajes. Comparación entre hombres y mujeres.**

FACTOR/GRUPOS	NO FUMADORES		FUMADORES INCIPIENTES		FUMADORES CRONICOS	
	M	H	M	H	M	H
YO FISICO	65.7	66.1	56.3	65.6	55.15	61.4
YO ETICO-MORAL	65.9	65.5	57.9	58.3	55.7	55.8
YO PERSONAL	64.3	65.4	56.1	56.9	54.75	55.25
YO FAMILIAR	61.2	68.2	55.1	65.5	56.75	61.3
YO SOCIAL	64.3	65.3	58.7	64.3	57.9	60.8
IDENTIDAD	111.6	109.1	100.7	109.8	95.2	99.35
AUTOSATISFACCION	103.4	109.6	87.1	99.6	90.9	98.15
COMPORTAMIENTO	106.4	107.8	96.3	101.2	94.15	97.05
PUNTAJE TOTAL	321.4	326.5	284.1	310.6	280.25	294.55

Claves: M- mujeres H- hombres

## ESCALA TENNESSEE

### comparacion mujeres-hombres



**gráfica # 3.** Comparación de puntajes de medias entre hombres y mujeres de los tres grupos.

TABLA # 6. ESCALA TENNESSEE

Comparación entre hombres y mujeres.

FACTOR/GRUPOS	NO FUMADORES		FUMADORES INCIPIENTES		FUMADORES CRONICOS	
	t	p	t	p	t	p
<b>YO FISICO</b>	-0.09	0.931	-2.41'	0.027	-1.08	0.294
<b>YO ETICO-MORAL</b>	1.44	0.160	-0.12	0.908	0.05	0.961
<b>YO PERSONAL</b>	-0.26	0.801	-0.19	0.848	-0.08	0.939
<b>YO FAMILIAR</b>	-1.68	0.111	-2.9''	0.01	0.33	0.746
<b>YO SOCIAL</b>	-0.22	0.826	-1.37	0.187	-0.07	0.945
<b>IDENTIDAD</b>	0.38	0.706	-1.4	0.178	0.2	0.845
<b>AUTOSATISFACCION</b>	-0.84	0.413	-2.24'	0.038	-0.33	0.745
<b>COMPORTAMIENTO</b>	-0.26	0.798	-0.93	0.365	-0.2	0.843
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	-0.29	0.778	-1.86	0.079	-0.17	0.869

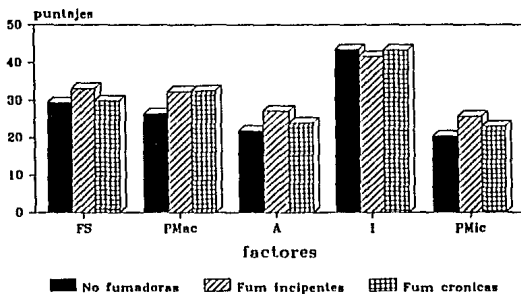
Claves: \*  $p \leq 0.05$ , \*\*  $p \leq 0.01$

**TABLA # 7. ESCALA DE LOCUS DE CONTROL.** Puntuaciones de medias y desviaciones estándar.

**MUJERES**

FACTOR/GRUPOS	NO FUMADORAS		FUMADORAS INCIPIENTES		FUMADORAS CRONICAS	
	X	DS	X	DS	X	DS
<b>FATALISMO-SUERTE</b>	29.3	8.407	33.1	11.18	29.8	2.266
<b>PODEROSOS DEL MACROCOSMOS</b>	26.3	5.078	32.3	10.133	32.5	10.778
<b>AFECTIVIDAD</b>	21.7	5.87	27.1	8.95	23.9	8.687
<b>INTERNALIDAD</b>	43.4	3.273	41.6	7.834	43.25	6.39
<b>PODEROSOS DEL MICROCOSMOS</b>	20.3	5.293	25.6	7.989	22.95	7.2

**LOCUS DE CONTROL  
MUJERES**

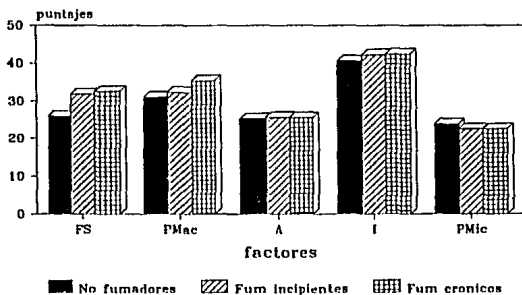


**gráfica # 4.** Comparación de las puntuaciones de medias entre los grupos de mujeres no fumadoras, fumadoras incipientes y fumadoras crónicas.

TABLA # B. ESCALA DE LOCUS DE CONTROL

## HOMBRES

FACTOR/GRUPOS	NO FUMADORES		FUMADORES INCIPIENTES		FUMADORES CRONICOS	
	X	DS	X	DS	X	DS
FATALISMO-SUERTE	25.9	7.752	31.8	13.003	32.5	11.404
PODEROSOS DEL MACROCOSMOS	31	8.919	32.3	8.407	35.35	9.016
AFECTIVIDAD	25.2	4.517	25.6	6.899	25.5	6.337
INTERNALIDAD	40.6	6.586	42.2	4.849	42.35	4.923
PODEROSOS DEL MICROCOSMOS	23.8	6.07	22.5	5.798	22.5	4.936

LOCUS DE CONTROL  
HOMBRES

gráfica # 5. Comparación de las puntuaciones de medias entre los grupos de hombres no fumadoras, fumadoras incipientes y fumadoras crónicas.

**TABLA # 9. ESCALA DE LOCUS DE CONTROL. Comparación entre grupos.**
**MUJERES**

FACTOR/GRUPOS	1 y 2		1 y 3		2 y 3	
	t	p	t	p	t	p
FATALISMO-SUERTE	-0.86	0.402	-0.13	0.894	-1.45	0.159
PODEROSOS DEL MACROCOSMOS	-0.67	0.111	-2.14*	0.041	-0.74	0.463
AFECTIVIDAD	-1.6	0.128	-0.72	0.478	-2.05*	0.05
INTERNALIDAD	0.67	0.511	0.07	0.945	1.21	0.236
PODEROSOS DEL MICROCOSMOS	-1.75	0.097	-1.03	0.312	-2.19*	0.037

**TABLA # 10. ESCALA DE LOCUS DE CONTROL. Comparación entre grupos.**
**HOMBRES**

FACTOR/GRUPOS	1 y 2		1 y 3		2 y 3	
	t	p	t	p	t	p
FATALISMO-SUERTE	-1.23	0.234	-1.87	0.074	-0.54	0.595
PODEROSOS DEL MACROCOSMOS	-0.34	0.741	-1.25	0.222	0.68	0.504
AFECTIVIDAD	-0.15	0.88	-0.13	0.895	-0.13	0.895
INTERNALIDAD	-0.62	0.544	-0.82	0.419	-0.3	0.765
PODEROSOS DEL MICROCOSMOS	0.49	0.63	0.63	0.534	0.31	0.755

**Claves:** \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , 1- no fumador, 2- fumador incipiente, 3- fumador crónico



TABLA # 11. ESCALA DE LOCUS DE CONTROL.

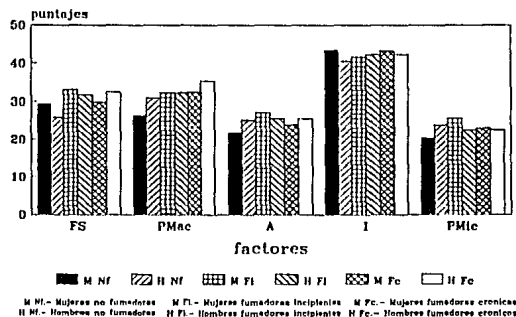
Promedios de puntajes. Comparación entre hombres y mujeres.

FACTOR/GRUPOS	NO FUMADORES		FUMADORES INCIPIENTES		FUMADORES CRONICOS	
	M	H	M	H	M	H
FATALISMO-SUERTE	29.3	25.9	33.1	31.8	29.8	32.5
PODEROSOS DEL MACROCOSMOS	26.3	31	32.3	32.3	32.5	35.35
AFECTIVIDAD	21.7	25.2	27.1	25.6	23.9	25.5
INTERNALIDAD	43.4	40.6	41.6	42.2	43.25	42.35
PODEROSOS DEL MICROCOSMOS	20.3	23.8	25.6	22.5	22.95	22.5

Claves: M- mujeres H- hombres

## LOCUS DE CONTROL

### comparacion mujeres-hombres



gráfica # 6. Comparación de puntajes de medias entre hombres y mujeres de los tres grupos.

**TABLA # 12. LOCUS DE CONTROL**

**Comparación entre hombres y mujeres.**

FACTOR/GRUPOS	NO FUMADORES		FUMADORES INCICIENTES		FUMADORES CRONICOS	
	t	p	t	p	t	p
<b>FATALISMO-SUERTE</b>	0.94	0.36	-1.62	0.124	0.24	0.813
<b>PODEROSOS DEL MACROCOSMOS</b>	-1.45	0.165	-1.21	0.243	0	1
<b>AFECTIVIDAD</b>	-1.49	0.152	-1.54	0.142	0.42	0.68
<b>INTERNALIDAD</b>	1.2	0.244	1.11	0.28	0.99	0.334
<b>PODEROSOS DEL MICROCOSMOS</b>	-1.37	0.186	-1.01	0.328	-0.21	0.839

## a) ANALISIS DE LOS DATOS

ESCALA TENNESSEE DE AUTOCONCEPTO

Como se puede apreciar en la tabla 3, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con  $p \leq 0.05$  entre los grupos de mujeres:

1- No fumadoras y fumadoras incipientes en las áreas de:

	t	p
* Yo físico	2.12	.048
* Yo ético-moral	2.41	.027
* Autosatisfacción	2.32	.032
* Comportamiento	2.17	.043
* Puntaje Total	2.36	.030

Siendo más altos los puntajes en el grupo de mujeres no fumadoras.

2- No fumadoras y fumadoras crónicas en las áreas de:

	t	p
* Yo físico	3.22	.010
* Yo ético-moral	3.37	.003
* Yo personal	2.87	.011
* Identidad	3.01	.005
* Autosatisfacción	2.15	.040
* Comportamiento	3.28	.004
* Puntaje Total	3.37	.002

Encontrándose puntajes más altos en el grupo de mujeres no fumadoras

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Entre el grupo de mujeres fumadoras incipientes y el de mujeres fumadoras crónicas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (ver tabla y gráfica 1).

En lo que respecta a los grupos de hombres, como se puede ver en la tabla 4, existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de:

**1- No fumadores y fumadores crónicos en las áreas de:**

	t	p
* Yo ético-moral	2.09	.047
* Yo personal	3.12	.004
* Autosatisfacción	2.20	.036
* Comportamiento	2.22	.035
* Puntaje Total	2.22	.034

Pudiéndose apreciar puntuaciones más altas en el grupo de hombres no fumadores.

**2- Fumadores incipientes y fumadores crónicos sólo en el área de:**

	t	p
* Identidad	2.15	.041

Siendo mayor el puntaje en hombres fumadores incipientes.

Entre el grupo de no fumadores y fumadores incipiente no se observaron diferencias estadísticamente significativas. (ver tabla y gráfica 2).

Comparando los grupos de hombres mujeres, (tabla 6) únicamente se encontraron diferencias entre fumadores incipientes en las áreas de:

	t	p
* Yo físico	--2.41	.027

---

* Y0 familiar	-2.90	.010
* Autosatisfacción	-2.24	.038

Encontrándose puntuaciones más altas en hombres que en mujeres.

(ver tabla 5 y gráfica 3)

Por lo tanto, con respecto a la autoestima se aceptan las hipótesis:

1) Existe la probabilidad de encontrar niveles de autoestima más bajos en los grupos de hombres y mujeres fumadores crónicos, y de hombres y mujeres fumadores incipientes en comparación con los grupos de hombres y mujeres no fumadores.

3) Existe la probabilidad de encontrar niveles de autoestima bajos en los grupos de mujeres fumadoras crónicas y mujeres fumadoras incipientes, en comparación con los grupos de hombres fumadores crónicos y hombres fumadores incipientes.

5) Existe la probabilidad de encontrar niveles de autoestima más altos en los grupos de hombres no fumadores en comparación con los grupos de mujeres no fumadoras.

#### ESCALA DE LOCUS DE CONTROL

Como se puede observar en la tabla 9, se encontraron diferencias estadísticamente significativas al .05 entre los grupos de mujeres:

1- No fumadoras y fumadoras crónicas en el área de:

	t	p
* Poderosos del macrocosmos	2.14	.041

Siendo más altos los puntajes en mujeres fumadoras crónicas.

---

2- Fumadoras incipientes y fumadoras crónicas en las áreas de:

	t	p
* Afectividad	-2.05	.05
* Poderosos del microcosmos	-2.19	.037

En donde los puntajes más altos se encontraron en mujeres fumadoras incipientes.  
(ver tabla 7 y gráfica 4)

En lo que respecta a los grupos de hombres, (tabla 10) **no** se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ninguno de los tres grupos. (ver tabla 8 y gráfica 5)

Al hacer las comparaciones por sexo, (tabla 12) tampoco se pudieron apreciar deferencias estadísticamente significativas entre ninguno de los tres grupos de hombres y mujeres respectivamente, pues todos resultaron ser relativamente adaptables con tendencias hacia la internalidad, ya que se obtuvieron puntajes medios en los factores de externalidad y puntajes altos en internalidad. (ver tabla 10 y gráfica 6).

Por lo tanto, se rechazan las hipótesis:

2) Existe la probabilidad de encontrar **mayor** tendencia la externalidad en los grupos de hombres y mujeres fumadores crónicos, y de hombres y mujeres fumadores incipientes en comparación a los grupos de hombres y mujeres no fumadores.

4) Existe la probabilidad de encontrar **mayor** tendencia hacia la externalidad en los grupos de mujeres fumadoras crónicas y mujeres fumadoras incipientes, en comparación con los grupos de hombres fumadores crónicos y hombres fumadores incipientes.

6) Existe la probabilidad de encontrar **menor** tendencia hacia la externalidad en los grupos de hombres no fumadores en comparación con los grupos de mujeres no fumadoras

---

## b) CONCLUSION

Con respecto a la Escala Tennessee de Autoconcepto, las áreas con mayores puntuaciones en los grupos de mujeres no fumadoras comparado con las puntuaciones de los grupos de las mujeres fumadoras incipientes y fumadoras crónicas fueron:

Yo físico- Lo cual indicaría una mayor preocupación por mantener un buen estado de salud y cierta satisfacción con el aspecto físico.

Yo ético-moral- El cual refleja una aceptación de las normas sociales establecidas, percibiéndose a sí mismas como aceptadas por la sociedad.

Yo personal- Mismo que muestra el grado en que se sienten adecuadas como persona, haciendo una evaluación de sí mismas, independientemente de la percepción de su cuerpo y las relaciones con los demás.

Identidad- En donde se observa que se sienten satisfechas con lo que son, se aceptan tal cual son.

Autosatisfacción- Aspecto que refleja el agrado de estas personas hacia ellas mismas por lo que son.

Comportamiento- Que muestra sentimientos de bienestar con sus propias acciones.

Puntaje Total- Los puntajes altos, reflejan un nivel alto de autoestima y una tendencia a estar contentas con ellas mismas, sienten que valen, tienen confianza en sí mismas y actúan de acuerdo con esta imagen, (Fitts, 1965) por lo tanto no se ven atraídas hacia el consumo de

---

---

cigarrillos, pues no desean dañar su salud ya que eso iría en contra de sus valores ético-morales, además se sienten adecuadas como personas y no necesitan recurrir al fumar para sentirse mejores o más maduras e interesantes, tienen bien delinida su identidad, se sienten satisfechas y se aceptan tal y como son, sintiéndose bien con su comportamiento.

De manera semejante, Coopersmith, (1967) señala que las personas con autoestima alta son afectivas, equilibradas y competentes, capaces de acciones creativas e independientes. Su nivel de ansiedad prevaleciente es bajo y su habilidad para tratar con la angustia es mejor que la de otras personas; son socialmente hábiles y capaces de tratar con situaciones y demandas externas de una manera directa. Sus relaciones sociales son generalmente buenas y no son afectadas por dificultades personales.

Entre el grupo de mujeres fumadoras incipientes y fumadoras crónicas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque al observarse niveles de autoestima más bajos en estos dos grupos en comparación con el grupo de mujeres no fumadoras, se podría decir de acuerdo con Fitts, (1965) que las personas con puntajes bajos dudan de su propio valor, se ven a sí mismos como indeseables, con frecuencia se sienten llenos de ansiedad, deprimidos e infelices; tienen poca fé y confianza en sí mismos.

En lo referente a los grupos de hombres, los mayores puntajes se encontraron en los no fumadores en las áreas de:

Yo ético-moral- Mostrando una actitud favorable hacia sí mismos con respecto a sus juicios y valores.

Yo personal- Reflejando satisfacción con su propia persona.

---



---

Autosatisfacción- Mostrando sentimientos de bienestar consigo mismos, aceptándose tal cual son.

Comportamiento- Sintiendo bien con su conducta y la manera de dirigirse en términos generales.

Puntaje Total- También fueron más altos en no fumadores que en fumadores incipientes y fumadores crónicos, reflejando que los no fumadores tienen un buen nivel de autoestima, se valoran a sí mismos, se sienten satisfechos con sus juicios, valores, personalidad y comportamiento, (Fitts, 1965) en manera semejante a las mujeres no fumadoras.

Entre los grupos de fumadores incipientes y fumadores crónicos, sólo se encontró diferencia en el área de identidad, siendo mayor el puntaje en fumadores incipientes, lo cual reflejaría un menor conflicto de identidad en este grupo, el cual iría aumentando a medida que aumenta el índice y cronicidad del consumo de tabaco.

En las comparaciones por sexo, únicamente se observaron diferencias en fumadores incipientes, con puntuaciones más altas en hombres que en mujeres en las áreas de:

Yo físico- Lo cual reflejaría una mayor tendencia hacia la salud y mayor aceptación del aspecto físico en hombres que en mujeres.

Yo familiar- Mostrando una mejor relación con la familia y mayor satisfacción en ésta en hombres que en mujeres.

Autosatisfacción- Siendo mayores los sentimientos de satisfacción consigo mismos en hombres que en mujeres.

---

---

Dado que los puntajes de los grupos de hombres fumadores incipientes y fumadores crónicos fueron más bajos cabe mencionar que las personas con autoestima baja tienen pocas esperanzas de encontrar aprobación social, y por esa razón tienen una necesidad particular de recibirla, (Kimbley y Helmreich, 1972) razón por la cual se sienten motivados a fumar para aumentar la confianza social y ganar aceptación dentro de grupos de la misma clase. (Russell, 1974)

El nivel de autoestima (PT) no fue diferente significativamente entre hombres y mujeres, salvo en las tres áreas antes mencionadas, mismas que no afectan la puntuación total.

Por otra parte, en lo referente al locus de control, el área con mayor puntuación en el grupo de mujeres no fumadoras en comparación al grupo de mujeres fumadoras crónicas fue:

Poderosos del microcosmos- mostrando las mujeres fumadoras crónicas una mayor percepción de control por parte de personas que tienen el poder y que repercute en ellas, (La Rosa, 1986) sintiéndose menos capaces de controlar su conducta y los eventos que les ocurren, que las mujeres no fumadoras.

Las mujeres fumadoras incipientes en comparación con las mujeres fumadoras crónicas obtuvieron puntuaciones más altas en las áreas de:

Afectividad- Lo cual refleja que estas personas consiguen con mayor facilidad sus objetivos a través de relaciones afectivas, (La Rosa, 1986) que las mujeres fumadoras crónicas. Esto podría explicar la tendencia a tratar de obtener mayor aceptación por parte de un grupo determinado mediante la iniciación de la conducta de fumar (Russell, 1974).

---

---

Con respecto a los grupos de hombres, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los tres grupos, pues en todos se encontró mayor tendencia hacia la internalidad.

De la misma manera al hacer la comparación por sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de hombres y mujeres. Esto indicaría que son personas que se perciben a sí mismas como capaces de controlar su conducta y algunos aspectos del medio ambiente que les rodea (Roller, 1966), en el caso de las personas fumadoras, estas podrían pensar que no es necesario someterse a ninguna clase de tratamiento para dejar de fumar, pues se sienten capaces de hacerlo en el momento en que lo deseen y que pueden controlar los efectos dañinos que produce el tabaquismo sin ayuda de factores externos a ellos. Estos datos coinciden con los referidos por Petterson y Selligman, (1987) en donde se menciona que los sujetos a medida que tienden más hacia la internalidad tienen menor tendencia a adecuarse a algún tipo de tratamiento ya que sienten que pueden controlar sus padecimientos sin ayuda externa, a esta actitud estos autores la llamaron optimismo disposicional.

En términos generales se podría decir, con base en los resultados obtenidos en esta investigación, que existe una relación entre el nivel de autoestima y el grado de cronicidad del consumo de tabaco, pues se observaron niveles más bajos a medida que aumentó el grado de cronicidad y de consumo, coincidiendo con los datos obtenidos por Fort, (1974) y Monroy, (1987) quienes encontraron baja autoestima en adictos, al igual que Rosen y Shipley, (1983), que observaron una correlación entre autoestima alta y la decisión inicial de abandonar el consumo de tabaco.

Esto podría deberse a que como menciona Eiser (1972), los sujetos al aumentar su consumo de tabaco disminuyen su nivel de autoestima para solucionar la disonancia cognoscitiva que les provoca tener conocimiento de los daños que el tabaquismo ocasiona y no sentirse capaces de

---

---

abandonar dicho hábito, o a que como refiere Coopersmith, (1967) al hablar de personas con baja autoestima, éstas al sentirse impotentes, sin recursos, débiles para confrontar y sobrellevar sus deficiencias, tienden a ser completamente pasivas y sufren de síntomas de angustia y ansiedad lo cual los llevaría a tomar conductas autogratificantes como el fumar para controlar los estados de tensión, angustia y ansiedad, pues usan el tabaco como un sedante o tranquilizante (Russell, 1974).

Sin embargo, con respecto al locus de control, al no encontrarse diferencias entre los grupos, se podría pensar que el locus de control no es una variable que intervenga en el consumo o no consumo de tabaco.

### c) LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones encontradas en este estudio, se podrían mencionar las siguientes:

1- El tamaño de la muestra es pequeño, por lo que es muy probable la ocurrencia del error de tipo 2. Se sugiere que en futuras investigaciones se tome una muestra más grande.

2- Fue difícil completar la muestra tanto de hombres como de mujeres que tuvieran una historia tabáquica mayor a los 2 años y con un consumo mayor a los 10 cigarrillos diarios, pues dentro de la población de estudiantes de primer y tercer semestres de la licenciatura en la facultad de psicología de la UNAM. cuyas edades fluctuaron entre los 18 y los 20 años, es poco factible encontrar sujetos con un consumo de tabaco crónico y elevado, entonces es recomendable seleccionar la muestra en la cual haya mayor probabilidad de encontrar sujetos con las características necesarias para la investigación que se desea realizar.

En el caso de investigaciones relacionadas al consumo de tabaco sería preferible trabajar con muestras tomadas de la población de pacientes de Clínicas e Instituciones en donde se den

---

---

tratamientos para controlar el hábito tabáquico como el INER, la Clínica del tabaco del Hospital General de México, etc.

#### d) SUGERENCIAS

Tomando como base los resultados obtenidos en esta investigación, sería aconsejable, a nivel preventivo, trabajar con la autoestima en los grupos de estudiantes universitarios de los primeros semestres mediante campañas que permitieran a los jóvenes identificarse con modelos que promovieran un mejor autoconcepto y por ende una mayor autoestima, enfocándose en el interés hacia el cuidado de la salud y evitando el consumo de sustancias que la perjudiquen.

A nivel de tratamiento, estos datos podrían servir como un indicador que facilite la predicción de éxito o fracaso en los tratamientos encaminados a promover el abandono del tabaquismo, pues se podrían seleccionar a los sujetos que tuvieran un mayor nivel de autoestima e incrementarlo en los casos en que sea necesario para así anticipar un mejor aprovechamiento del tratamiento.

---

---

**BIBLIOGRAFIA**

- Adler, A. (1985) El carácter neurótico. México, Origen Planeta.
- Alcalay, R. (1985) " Es mejor prevenir que curar ;" Un currículo de prevención de tabaquismo para jóvenes adolescentes. Crónica de la OMS., enero.
- Alport, G. (1968) La personalidad, su configuración y desarrollo. Barcelona, Herder.
- Andrade, P. P. (1984) Influencia de los padres en el locus de control de los hijos. Mexico, UNAM. Tesis de maestría en psicología social.
- Aragonés, R. (1988). Videocassette de tabaquismo.
- Bar-on Bulgerman J.I. (1985) Autoestima, autoridad parental y conflicto familiar. México, UNAM. Tesis de doctorado en psicología clínica.
- Bennett, A., Doll, R. y Howell, R. (1970) " Sugar consumption and cigarette smoking." The lancet, 1, 1011-1014.
- Bernstein, D. (1970) The modification of smoking behavior: an evaluative review. En Hunt, W. Learning mechanisms in smoking, Aldine, 3-41.
- Beugre, C. (1989). " Attributions causales du chromage." Revue de psychologie appliquée, 39, 269-278.
- Bringss, W. (1973). "Cigarette smoking and infertility to mem. " Medicine journal, 1, 616.
-

- 
- Brisset, D. (1972) "Toward a clasification of self steem". Phsychiatry, 35,255-253.
- Byrne, B. M. (1984) "The general/academic self-concept nomological network: a review of construct validation research. Review of Educational Research,54, 427-456.
- Castro, S., Maya, M. y Aguilar, M. (1982) " Consumo de sustancias tóxicas y tabaco entre la población estudiantil de 14 a 18 años." Salud Pública de México, 24, 565-574.
- Cavazos, O. y Del Río, Z. (1989) " Años de vida potencial perdidos:" Su utilidad en el análisis de la mortalidad en México. Salud Pública de México, 31, 610-624.
- Chassin, L., Presson, C., Sherman, S., Corty, E., Olshavky, R. (1981) "Self image and cigarette smoking in aolescence". Personality and social psychology bulletin. 7, 670-676.
- Cinciripini, M., Nezami, E., Mace, M. (1989) " Cardiovascular reactivity and smoking in coronary prone (type A) and non coronary prone (type B) subjects." Addictive behaviors, 14, 83-90.
- Coopersmith, S. (1967) The antecedents of self esteem. Sn Francisco. W. H. Freedman and company.
- Díaz-Guerrero, R. (1977) Psicología del mexicano. México, Trillas.
- Díaz-Guerrero R. & Castillo Vales, V. M. (1982) El enfoque cultura-contracultura y el deasrrollo cognoscitivo y de la personalidad en escolares yucatecos. México, trillas.
- Díaz-Guerrero, R., Holtzman, W. H. & Swartz, J. D. y Cols. (1975) El desarrollo de la personalidad en dos culturas: México y Estados Unidos, México, trillas.
-

---

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, (s/f) Efectos Farmacológicos del Tabaco.  
Documento interno, Clínica de Tabaquismo.

Eiser, J.R. (1972), En Lara Cantú A. (1984) "Programa Conductual para el Manejo del Tabaquismo",  
Investigaciones Clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 93, 101

Elwood, P., Moore, S., Waters, W. y Sweetnam, P. (1970) " Sucrose consumption and ischemic heart  
disease in the community." The lancet, 1, 1014-1016.

Escayola, G. (1988). Revisión histórica de técnicas terapéuticas para la eliminación del tabaquismo.  
México, UNAM. Tesis de licenciatura en Psicología.

Everson, B. (1980). "Individuos expuestos transplacentariamente pueden incrementar el riesgo de  
cáncer en la vida adulta." The lancet, 19, 81-86.

Fitts, W. (1965) "Tennessee Self Concept Manual" Nashville, Tennessee, Counselor Recordings and  
Test.

Fort, J. (1974) Alcohol: nuestro máximo problema de drogas. México, Extemporaneos.

Gómez Pérez-Mitre G. (1981) "Autoestima: expectativas de éxito o de fracaso en la realización de  
una tarea". Asociación Latinoamericana de Psicología Social, 1, 135-156.

Gordon, (1968) En Bar-on Bulgerman j.l. (1985) op. cit.

---



- 
- Heman, C. y Herrera, G. (1979). Estudio comparativo y aplicación de dos técnicas de autocontrol en la modificación de la conducta de fumar; control interno vs. control externo. México, UNAM: Tesis de licenciatura en Psicología.
- Hickey, R. y Harner, E. (1973) Ethological and biochemical interactions and relationships to smoking. En Dumm, W. Smoking behaviors: Motives and incentives. Washington.
- Horn, D. (1977) "Tabaquismo y enfermedad": Medidas necesarias. Crónica de la OMS, 31, 395-401.
- Horrocks, J.(1984) Psicología de la adolescencia. México, Trillas.
- Hurlock, E. (1982) Desarrollo del niño. México, McGraw Hill.
- James, w. (1890). En Bar-on Bulgerman, J.L. (1985) op. cit.
- Kalkovsky, (1967) En Andrade P. (1984) op. cit.
- Kimble, C y Helmreich, R. (1972) "Self esteem and need for social approval". Psychonomic Science, 26,339-342.
- Kretzschmar, M. (1980). " Fumar y salud: El papel del obstetra y el ginecólogo. " Journal of the american college of obstetricians and gynecologists, 55.
- La Rosa J. (1986) Escalas de locus de control. México, UNAM. Tesis de doctorado en psicología social
-

- 
- La Rosa, Díaz y Andrade (1985). Escalas traducidas para medir locus de control: Posibilidades y limitaciones. Memorias, XX Congreso Interamericano de Psicología, Caracas, Venezuela.
- Lara Cantú A. (1984) "Programa Conductual para el Manejo del Tabaquismo", Investigaciones Clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 93, 101
- Lindgren, H. (1982) Introducción a la Psicología social. México, Trillas.
- Long, M. y Franklin, E. (1989). "The effects of smoking (nicotine nystagmus) on dynamic visual acuity." Bulletin of psychonomic society, 27, 163-166.
- Low, B. (1984). "The effect of D-amphetamine and ephedrina on smoking attitude and behavior." Addictive behaviors, 9, 335-345.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM.III) (1984) American Psychiatric Association.
- Martínez, R. (1991) " Existen en el humo del tabaco 47 sustancias carcinógenas." Gaceta UNAM. julio, 22-23.
- McDonald, (1971) En Andrade, P. (1984) op. cit.
- McIntire, S. y Levine, E. (1991). "Combining personality variables and goals to predict performance." Journal of vocational behavior, 38. 288-301.
-

- 
- Mcneill, V. y Gilbert, B. (1991). "External locus of control in children of alcoholics". Psychological reports, 68, 528- 530.
- Monroy Ahumada M. O. (1987) Perfil de autoconcepto en jóvenes farmacodependientes de un hogar carente de figura paterna. México, UNAM. Tesis de licenciatura en psicología.
- Moss, A., Hammer, D. y Sanders, H. (1984) "The physiological effects of cigarette smoking: implications for psychophysiological research." Biofeedback and self-regulation, 9, 299-309.
- Murphey, J. y Galbraith, G. (1990). " Effects of personal and universal helplessness upon self esteem." Psychological reports, 67, 963-972.
- Nir, Z. y Neuman, L. ( 1991)." Self esteem, internal external locus of control, and their relationship to weight reduction. Journal and clinical psychology. 47, 568-575.
- O'Brien, R. y cols. (1990). "Obesity, self esteem and health locus of control in black youths during transition to adolescence." American journal of health promotion, 5, 133-139.
- Organización Panamericana de la Salud. Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina. (1977) Publicación científica. 337, 1-51.
- Ornel, J. y Shaufeli, W. (1991). " Stability and change in psychological distress and their relationships with self esteem and locus of control." Journal of personality and social psychology, 60. 288-299.
- Peterson, C. y Seligman, M. (1987) "Explanatory style and illness." Journal of personality, 55, 237-263.
-

- 
- Ranchor, A. y Sanderman, R. (1991). "The role of personality and socioeconomic status in the stress illness relation." European journal of personality, 5, 93-108.
- Raw, M. (1978). " Tratamiento de la dependencia del tabaco" Crónica de la OMS, 33, 11-113.
- Rogers, W., Wilbur, R., Bass, R. y Johnson, D. (1985). " Effects of cigarette nicotine content on smoking behaviors of baboons. Addictive behaviors, 10, 225-233.
- Rosen, T. y Shipley, R. (1983). "A stage analysis of self initiated smoking reductions." Addictive behaviors, 8, 263- 272.
- Rosenberg, M. (1972) La autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires, Paidós.
- Rotter, J. (1966). "Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement". Psychological monographs, 80,609.
- Ruiz, C. (1991) Utilidad del parche transdérmico con nicotina. Memorias, Congreso bienal de la Federación Mundial de la Salud Mental, México.
- Russell, M. (1974) The clasification of smoking by factorial structure of motives. The Royal Statical Society,
- Russell, M. (1974) " The smoking habit and its clasification". The pract, 212, 791-800.
- Russell, M., Merriman, R., Stapleton, J. y Taylor, W. (1983). "Effect of nicotine chewing gum as an adjust to general practiones advice against smoking. British medical journal, 287, 1782-1785.
-

- 
- Serafino E. y Armstrong, J. (1988) Desarrollo del niño y del adolescente. México, Trillas.
- Sherif, M y Sherif, C. (1969) Psicología social. México, Aharla.
- Shibutani, T. (1971) Sociedad y personalidad. Buenos Aires, Paidós.
- Shisslak, C. y Pazda, S. (1990). Body weight and bulimia as discriminators of psychological characteristics among anorexic, bulimic and obese women." Journal of abnormal psychology, 99, 380-384.
- Solis, A. (1991) Género, comportamiento de las mujeres en las relaciones sexuales y autoconcepto. UNAM: México, tesis de licenciatura en Psicología.
- Stuart, C. (1991) Prevención y tratamientos de la adicción a la nicotina. Memorias, Congreso bienal de la Federación Mundial de la Salud Mental. México.
- Sullivan, H. (1953) The interpersonal Theory of psychiatry. New York, Norton and Co, Inc. 1953. pp 164-168.
- " Tabaquismo y embarazo: Hay que ayudar a parar." (1987) Salud perinatal, 2, 65-71.
- Tapia, J. (1980) " Tabaquismo. " Salud Pública de México. 22, 601-615.
- Tapia, C., Lazcano, R., Medina, M., Solache, León, Otero y col. (1990) " El hábito de fumar en la ciudad de México" Epidemiología, 4, 33-39.
-

- 
- Tapia C., Lazcano, R., Revuella, H., Sepúlveda, A. (1989) "El Consumo de Tabaco en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud". Epidemiología , 4, 33-39
- Tashakkori, A. y Thompson, V. (1991). Race differences in self perception and locus of control during adolescence and early adulthood". Genetic, social and general psychology monographs, 17, 133- 152.
- Taylor (1853), En Solís, A. (1991) op.cit.
- Werner, L. y Broida, J. (1991). "Adult self esteem and locus of control as a function of familial alcoholism and dysfunction". Journal of studies on alcohol, 52, 249-252.
- White, (1963) En Bar-on Bulgerman j.l. (1985) op. cit.
- Winefield, A. y Tiggerman, M. (1990). "Employment status and psychological well being." Journal of applied psychogy, 75, 455-459.
- Wylie (1961). En Gonzáles P. (1989). Autoestima y autosatisfacción en el trabajo en un grupo de mujeres. UNAM. México, Tesis de licenciatura en Psicología.
- Yáñez, C. (1991) "Legislación y tabaquismo." Memorias, Congreso bienal de la Federación Mundial de la Salud Mental. México.
-

---

## ANEXO

---

## DATOS PERSONALES

FUMADOR SI ( ) NO ( ) HISTORIA TABAQUICA \_\_\_\_\_  
(en años)  
 CANTIDAD DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS POR DIA \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

## ESCALA DE LOCUS DE CONTROL

### INSTRUCCIONES

A continuación hay una lista de afirmaciones. Usted debe indicar en que medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Hay cinco respuestas posibles: 1= completamente en desacuerdo; 2= en desacuerdo; 3= ni en acuerdo ni en desacuerdo; 4= de acuerdo; completamente de acuerdo. Especifique su respuesta haciendo un círculo alrededor del número que mejor exprese su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas; hay puntos de vista diferentes. **CONTESTE TODAS LAS AFIRMACIONES.** Gracias.

- (1) = COMPLETAMENTE EN DESACUERDO  
 (2) = EN DESACUERDO  
 (3) = NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO  
 (4) = DE ACUERDO  
 (5) = COMPLETAMENTE DE ACUERDO

1. El problema del hambre está en manos de los poderosos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto ..... 1 2 3 4 5
2. El que yo llegue a tener éxito dependerá de la suerte que tenga ..... 1 2 3 4 5
3. Los precios, en general, dependen de los empresarios y no tengo influencia al respecto ..... 1 2 3 4 5
4. No puedo influir en la solución del problema de la vivienda ya que depende del gobierno ..... 1 2 3 4 5
5. Que yo tenga un buen empleo es una cuestión de suerte ..... 1 2 3 4 5



- (1) = COMPLETAMENTE EN DESACUERDO  
(2) = EN DESACUERDO  
(3) = NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO  
(4) = DE ACUERDO  
(5) = COMPLETAMENTE DE ACUERDO

6. Puedo mejorar mi vida si le caigo bien a la gente ..... 1 2 3 4 5
7. La paz entre los pueblos depende de los gobiernos y mi  
contribución al respecto es insignificante ..... 1 2 3 4 5
8. El que yo llegue a tener mejores puestos en mi trabajo  
dependerá mucho de la suerte ..... 1 2 3 4 5
9. El hecho de que yo tenga pocos o muchos amigos se debe al destino ..... 1 2 3 4 5
10. Mi futuro depende de mis acciones presentes ..... 1 2 3 4 5
11. Puedo tener éxito en la vida si soy simpático ..... 1 2 3 4 5
12. Que yo tenga mucho o poco dinero es cosa del destino ..... 1 2 3 4 5
13. El problema de la contaminación está en manos del  
gobierno y lo que yo haga no cambia nada ..... 1 2 3 4 5
14. El puesto que yo ocupe en la empresa dependerá de las  
personas que tienen el poder ..... 1 2 3 4 5
15. Puedo mejorar mis condiciones de vida si tengo suerte ..... 1 2 3 4 5
16. Que yo tenga éxito en mi empleo (ocupación) depende de mí ..... 1 2 3 4 5
17. Los problemas mundiales están en las manos de los  
poderosos y lo que yo haga no cambia nada ..... 1 2 3 4 5
18. Si le caigo bien a mi jefe puedo conseguir mejores  
puestos ..... 1 2 3 4 5
-

(1) = COMPLETAMENTE EN DESACUERDO

(2) = EN DE8ACUERDO

(3) = NI EN ACUERDO NI EN DE8ACUERDO

(4) = DE ACUERDO

(5) = COMPLETAMENTE DE ACUERDO

19. Mi éxito dependerá de lo agradable que soy ..... 1 2 3 4 5
20. Para subir en la vida necesito ayuda de gentes importantes ..... 1 2 3 4 5
21. Casarme con la persona adecuada es cuestión de suerte ..... 1 2 3 4 5
22. Me va bien en la vida porque soy simpático (a) ..... 1 2 3 4 5
23. Mi vida está determinada por mis propias acciones ..... 1 2 3 4 5
24. Siento que es difícil influir en lo que los políticos ..... 1 2 3 4 5
25. Como estudiante siento (sentí) que las calificaciones dependen mucho de la suerte ..... 1 2 3 4 5
26. Mi éxito en el trabajo dependerá de que tan agradable ..... 1 2 3 4 5
27. Puedo subir en la vida si tengo suerte ..... 1 2 3 4 5
28. Mejorar mis condiciones de vida es una cuestión de esfuerzo persona ..... 1 2 3 4 5
29. El éxito en el trabajo dependerá de las personas que están arriba de mí ..... 1 2 3 4 5
30. Mi país está dirigido por pocas personas en el poder y lo que yo haya hecho no cambia nada ..... 1 2 3 4 5
31. El que yo llegue a tener éxito depende de mí ..... 1 2 3 4 5
-

- 
- (1) = COMPLETAMENTE EN DEACUERDO  
(2) = EN DEACUERDO  
(3) = NI EN ACUERDO NI EN DEACUERDO  
(4) = DE ACUERDO  
(5) = COMPLETAMENTE DE ACUERDO

32. La gente como yo tiene muy poca oportunidad de defender sus intereses personales cuando estos son opuestos a los de las personas que tienen el poder ..... 1 2 3 4 5
33. Cuando logro lo que quiero es porque he tenido suerte ..... 1 2 3 4 5
34. El que mejoren mis condiciones de vida depende ..... 1 2 3 4 5 principalmente de las personas que tienen el poder
35. Puedo conseguir lo que quiero si agrado a los demás ..... 1 2 3 4 5
36. No tengo influencia en las decisiones que se toman ..... 1 2 3 4 5 respecto al destino de mi país
37. Que yo tenga el dinero suficiente para vivir depende de mi ..... 1 2 3 4 5
38. Yo siento que mi vida está controlada por gente que ..... 1 2 3 4 5 tiene el poder
39. Cuando lucho por conseguir algo, en general lo logro ..... 1 2 3 4 5
40. No siempre es bueno para mí planear el futuro porque ..... 1 2 3 4 5 muchas cosas son cuestión de buena o mala suerte
41. El hecho de que conserve mi empleo depende principal- ..... 1 2 3 4 5 mente de mis jefes
42. Mis calificaciones dependen de mi esfuerzo ..... 1 2 3 4 5
43. Mi éxito dependerá de las personas que tienen el poder. .... 1 2 3 4 5
-

- 
- (1) = COMPLETAMENTE EN DESACUERDO  
(2) = EN DEACUERDO  
(3) = NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO  
(4) = DE ACUERDO  
(5) = COMPLETAMENTE DE ACUERDO

44. Muchas puertas se me abren porque tengo suerte ..... 1 2 3 4 5
45. La cantidad de amigos que tengo depende de lo agradable que soy ..... 1 2 3 4 5
46. Que yo consiga un buen empleo depende de mis capacidades ..... 1 2 3 4 5
47. Las guerras dependen de los gobiernos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto ..... 1 2 3 4 5
48. Si tengo un accidente automovilístico ello se debe a mi mala suerte ..... 1 2 3 4 5
49. Muchas puertas se me abren porque soy simpático (a) ..... 1 2 3 4 5
50. Que yo obtenga las cosas que quiero depende de mí ..... 1 2 3 4 5
51. Mi sueldo dependerá principalmente de las personas que tienen el poder económico ..... 1 2 3 4 5
52. Puedo llegar a ser alguien importante si tengo suerte ..... 1 2 3 4 5
53. La mejoría de las condiciones de vida depende de los poderosos y no tengo influencia sobre esto ..... 1 2 3 4 5

Por favor, verifique si contestó todas las afirmaciones. G R A C I A S

---



**Completamente Falso (1)**  
**Casi totalmente Falso (2)**  
**Parte Falso y parte Verdadero (3)**  
**Casi totalmente Verdadero (4)**  
**Totalmente Verdadero (5)**

41. Soy un "don nadie" ..... 1 2 3 4 5
55. Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema ..... 1 2 3 4 5
57. Pertenezco a una familia feliz ..... 1 2 3 4 5
59. Mis amigos confían en mí ..... 1 2 3 4 5
73. Soy una persona amigable ..... 1 2 3 4 5
75. Soy popular con personas del sexo masculino ..... 1 2 3 4 5
77. Lo que hacen otras gentes no me interesa ..... 1 2 3 4 5
91. Algunas veces digo falsedades ..... 1 2 3 4 5
93. En ocasiones me enojo ..... 1 2 3 4 5
2. Me agrada estar siempre arreglado (a) y pulcro (a) ..... 1 2 3 4 5
4. Estoy lleno (a) de achaques ..... 1 2 3 4 5
6. Soy una persona enferma ..... 1 2 3 4 5
20. Soy una persona muy religiosa ..... 1 2 3 4 5
22. Soy un fracaso en mi conducta moral ..... 1 2 3 4 5
24. Soy una persona moralmente débil ..... 1 2 3 4 5
38. Tengo mucho dominio sobre mí mismo (a) ..... 1 2 3 4 5
-

---

**Completamente Falso (1)**  
**Casi totalmente Falso (2)**  
**Parte Falso y parte Verdadero (3)**  
**Casi totalmente Verdadero (4)**  
**Totalmente Verdadero (5)**

40. Soy una persona detestable ..... 1 2 3 4 5
42. Me estoy volviendo loco (a) ..... 1 2 3 4 5
56. Soy importante para mis amigos y para mi familia ..... 1 2 3 4 5
58. Mi familia no me quiere<sup>1</sup> ..... 1 2 3 4 5
60. Siento que mis familiares me tienen desconfianza ..... 1 2 3 4 5
74. Soy popular con personas del sexo femenino ..... 1 2 3 4 5
76. Estoy disgustado (a) con todo el mundo ..... 1 2 3 4 5
78. Es difícil entablar amistad conmigo ..... 1 2 3 4 5
92. De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden mencionarse . 1 2 3 4 5
94. Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor ..... 1 2 3 4 5
7. No soy ni gordo (a) ni muy flaco (a) ..... 1 2 3 4 5
9. Me agrada mi apariencia física ..... 1 2 3 4 5
11. Hay partes de mi cuerpo que no me agradan ..... 1 2 3 4 5
25. Estoy satisfecho con mi conducta moral ..... 1 2 3 4 5
27. Estoy satisfecho (a) de mis relaciones con Dios ..... 1 2 3 4 5
29. Debería asistir más a menudo a la Iglesia ..... 1 2 3 4 5
-

---

**Completamente Falso (1)**  
**Casi totalmente Falso (2)**  
**Parte Falso y parte Verdadero (3)**  
**Casi totalmente Verdadero (4)**  
**Totalmente Verdadero (5)**

43. Estoy satisfecho (a) de lo que soy ..... 1 2 3 4 5
45. Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería ser 1 2 3 4 5
47. Me desprecio a mí mismo ..... 1 2 3 4 5
61. Estoy satisfecho (a) con mis relaciones familiares ..... 1 2 3 4 5
63. Muestro tanta comprensión a mis familiares como debiera ..... 1 2 3 4 5
65. Debería depositar mayor confianza en mi familia ..... 1 2 3 4 5
79. Soy tan sociable como quiero ser ..... 1 2 3 4 5
81. Trato de agradar a los demás pero no me excedo ..... 1 2 3 4 5
83. Soy un fracaso en mis relaciones sociales ..... 1 2 3 4 5
95. Algunas de las personas que conozco me caen mal ..... 1 2 3 4 5
97. De vez en cuando me dan risa los chistes colorados ..... 1 2 3 4 5
8. No soy muy alto (a) ni muy bajo (a) ..... 1 2 3 4 5
10. No me siento tan bien como debiera ..... 1 2 3 4 5
12. Debería ser mas atractivo (a) para con personas del sexo opuesto ..... 1 2 3 4 5
26. Estoy satisfecho (a) con mi vida religiosa ..... 1 2 3 4 5
28. Quisiera ser más digno (a) de confianza ..... 1 2 3 4 5
-



---

Completamente Falso (1)  
Casi totalmente Falso (2)  
Parte Falso y parte Verdadero (3)  
Casi totalmente Verdadero (4)  
Totalmente Verdadero (5)

30. Debería mentir menos ..... 1 2 3 4 5
44. Estoy satisfecho (a) con mi inteligencia ..... 1 2 3 4 5
46. Me gustaría ser una persona distinta ..... 1 2 3 4 5
48. Quisiera no darme por vencido (a) tan fácilmente ..... 1 2 3 4 5
62. Trato a mis padres tan bien como debiera  
(use tiempo pasado si los padres no viven) ..... 1 2 3 4 5
64. Me afecta mucho lo que dice mi familia ..... 1 2 3 4 5
66. Debería amar más a mis familiares ..... 1 2 3 4 5
80. Estoy satisfecho (a) con mi manera de tratar a la gente ..... 1 2 3 4 5
82. Debería ser más cortés con los demás ..... 1 2 3 4 5
84. Debería llevarme mejor con otras personas ..... 1 2 3 4 5
96. Algunas veces me gusta el chisme ..... 1 2 3 4 5
98. Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras ..... 1 2 3 4 5
13. Me cuido bien físicamente ..... 1 2 3 4 5
15. Trato de ser cuidadoso (a) con mi apariencia ..... 1 2 3 4 5
17. Con frecuencia soy muy torpe ..... 1 2 3 4 5
31. Mi religión es parte de mi vida diaria ..... 1 2 3 4 5
-

---

Completamente Falso (1)  
Casi totalmente Falso (2)  
Parte Falso y parte Verdadero (3)  
Casi totalmente Verdadero (4)  
Totalmente Verdadero (5)

33. Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo algo que no debo . . . . . 1 2 3 4 5
35. En algunas ocasiones hago cosas muy malas . . . . . 1 2 3 4 5
49. Puedo cuidarme siempre en cualquier situación . . . . . 1 2 3 4 5
51. Acepto mis faltas sin enojarme . . . . . 1 2 3 4 5
53. Hago cosas sin haberlas pensado bien . . . . . 1 2 3 4 5
67. Trato de ser justo (a) con mis amigos y familiares . . . . . 1 2 3 4 5
69. Me intereso sinceramente por mi familia . . . . . 1 2 3 4 5
71. Siempre cedo a las exigencias de mis padres . . . . . 1 2 3 4 5
85. Trato de comprender el punto de vista de los demás . . . . . 1 2 3 4 5
87. Me llevo bien con los demás . . . . . 1 2 3 4 5
89. Me es difícil perdonar . . . . . 1 2 3 4 5
99. Prefiero ganar en los juegos . . . . . 1 2 3 4 5
14. Me siento bien la mayor parte del tiempo . . . . . 1 2 3 4 5
16. Soy malo (a) para el deporte y los juegos . . . . . 1 2 3 4 5
18. Duermo mal . . . . . 1 2 3 4 5
32. La mayoría de las veces hago lo que es debido . . . . . 1 2 3 4 5
-

---

**Completamente Falso (1)**  
**Casi totalmente Falso (2)**  
**Parte Falso y parte Verdadero (3)**  
**Casi totalmente Verdadero (4)**  
**Totalmente Verdadero (5)**

34. A veces me valgo de medios injustos para salir adelante ..... 1 2 3 4 5
36. Me es difícil comportarme en forma correcta ..... 1 2 3 4 5
50. Resuelvo mis problemas con facilidad ..... 1 2 3 4 5
52. Con frecuencia cambio de opinión ..... 1 2 3 4 5
54. Trato de no enfrentar mis problemas ..... 1 2 3 4 5
68. Hago el trabajo que me corresponde en casa ..... 1 2 3 4 5
70. Riño con mis familiares ..... 1 2 3 4 5
72. No me comporto en la forma que desea mi familia ..... 1 2 3 4 5
86. Encuentro buenas cualidades en toda la gente que conozco ..... 1 2 3 4 5
88. Me siento incómodo (a) cuando estoy con otras personas ..... 1 2 3 4 5
90. Me cuesta trabajo entablar conversaciones con extraños ..... 1 2 3 4 5
100. En ocasiones dejo para mañana lo que debería hacer hoy ..... 1 2 3 4 5
-



## SCORE SHEET

Clinical and Research Form  
Thomson Self-Concept Scale

NAME	ADDRESS	CITY	STATE	ZIP	DATE	TIME OF DAY	AGE	SEX	EDUCATION	TELEPHONE
------	---------	------	-------	-----	------	-------------	-----	-----	-----------	-----------

## HOW THE INDIVIDUAL PERCEIVES HIMSELF

IN TERMS OF:	COLUMN A PHYSICAL SELF	COLUMN B MORAL-ETHICAL SELF	COLUMN C PERSONAL SELF	COLUMN D FAMILY SELF	COLUMN E SOCIAL SELF	SELF CRITICISM	ROW TOTALS	
ROW 1: IDENTITY = WHAT HE IS	P-1 P-2 P-3 N-4 N-6 N-8 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-19P-20P-21 N-22N-23N-24P-27P-28P-29 N-30N-31N-32 5 5 5 1 1 1 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 2 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5 1 1 1 5 5 5	P-33P-34P-35 N-36N-37N-38P-39P-40P-41 N-42N-43N-44 5 5 5 1 1 1 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 2 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5 1 1 1 5 5 5	P-45P-46P-47 N-48N-49N-50P-51P-52P-53 N-54N-55N-56 5 5 5 1 1 1 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 2 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5 1 1 1 5 5 5	P-57P-58P-59 N-60N-61N-62P-63P-64P-65 N-66N-67N-68 5 5 5 1 1 1 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 2 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5 1 1 1 5 5 5	P-69P-70P-71 N-72N-73N-74P-75P-76P-77 N-78N-79N-80 5 5 5 1 1 1 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 2 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5 1 1 1 5 5 5	91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	POSITIVE P = N NEGATIVE P = N TOTAL P = N RANGE P = N S.D. P = N
ROW 2: SELF SATIS- FACTION HOW HE PERCEIVES HIMSELF	P-1 P-2 P-3 N-4 N-6 N-8 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-22P-23P-24N-25N-26N-27P-28P-29P-30 N-31N-32N-33 5 5 5 1 1 1 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 2 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5 1 1 1 5 5 5	P-34P-35P-36 N-37N-38N-39P-40P-41P-42 N-43N-44N-45 5 5 5 1 1 1 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 2 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5 1 1 1 5 5 5	P-46P-47P-48 N-49N-50N-51P-52P-53P-54 N-55N-56N-57 5 5 5 1 1 1 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 2 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5 1 1 1 5 5 5	P-59P-60P-61 N-62N-63N-64P-65P-66P-67 N-68N-69N-70 5 5 5 1 1 1 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 2 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5 1 1 1 5 5 5	P-72P-73P-74 N-75N-76N-77P-78P-79P-80 N-81N-82N-83 5 5 5 1 1 1 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 2 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5 1 1 1 5 5 5	95 96 97 98 99 100	POSITIVE P = N NEGATIVE P = N TOTAL P = N RANGE P = N S.D. P = N
ROW 3: BEHAVIOR HOW HE ACTS	P-12 P-14 P-15 N-16 N-17 N-18P-19P-20P-21 N-22N-23N-24P-25P-26P-27 N-28N-29N-30 5 5 5 1 1 1 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 2 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5 1 1 1 5 5 5	P-31P-32P-33 N-34N-35N-36P-37P-38P-39 N-40N-41N-42P-43P-44P-45 N-46N-47N-48 5 5 5 1 1 1 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 2 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5 1 1 1 5 5 5	P-49P-50P-51 N-52N-53N-54P-55P-56P-57 N-58N-59N-60 5 5 5 1 1 1 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 2 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5 1 1 1 5 5 5	P-62P-63P-64 N-65N-66N-67P-68P-69P-70 N-71N-72N-73 5 5 5 1 1 1 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 2 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5 1 1 1 5 5 5	P-75P-76P-77 N-78N-79N-80P-81P-82P-83 N-84N-85N-86 5 5 5 1 1 1 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 2 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5 1 1 1 5 5 5	P-87P-88P-89 N-90N-91N-92P-93P-94P-95 N-96N-97N-98 5 5 5 1 1 1 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 2 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5 1 1 1 5 5 5	99 100	POSITIVE P = N NEGATIVE P = N TOTAL P = N RANGE P = N S.D. P = N
COLUMN TOTALS	TOTAL POSITIVE (EP + N)						TOTAL POSITIVE or P = N	
	4 (Algebraic P - N)						TOTAL NEGATIVE (P - N)	
	4 (Non-Algebraic P - N)						TOTAL POSITIVE (P = N)	
	V. (Range of P - N)						TOTAL NEGATIVE (P = N)	
							Col. Tot. V.	

## DISTRIBUTION OF RESPONSES

NUMBER OF 55-65 70 75-85 = 90 T/F =

SELF-CONCEPT RESPONSES = 10

TOTALS = 100

D =

## EMPIRICAL SCALES

DP = - - - = -

GM = - - - = -

PSY = (100 + ) - ( ) = -

PD = - - - = -

N = - - - = -

PI = - - - = -

PUBLISHED BY:  
COUNSELOR RECORDINGS AND TESTS  
BOX 616 ACHLEN STA.  
NASHVILLE, TENN. 37212

