





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 esta 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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

CREENCIAS SOBRE TABAQUISMO EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE
CIENCIAS Y HUMANIDADES ORIENTE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

VICTOR ANGEL BAEZA MARIN

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: MTRO. JUAN CRISÓSTOMO MARTÍNEZ BERRIOZABAL

COMITÉ: DR. RODOLFO HIPÓLITO CORONA MIRANDA

MTRA. JULIETA MONJARAZ CARRASCO

DR. JOSÉ DE JESÚS SILVA BAUTISTA

LIC. LEONEL ROMERO URIBE



MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2014

Gracias

Especialmente a ti Melissa, por el tiempo, esfuerzo y apoyo, pero sobre todo por ser mi compañera de vida. Por todo lo que has sido, eres y seguirás siendo para mí.

A ustedes, Erik y Valentina, por ser esa parte que jamás sabré explicar pero que siempre voy a agradecer. Porque desde que llegaron no se si es más grande el orgullo de ser su papá o el placer de que sean mis hijos.

A usted Don Pepe y a usted Doña Angela, papá y mamá, simplemente por todo. Por sus enseñanzas, sus palabras, sus cuidados e interminable afecto y apoyo.

A mis hermanos Cris y Pepe por siempre estar ahí, por ser un ejemplo y por ser eso, mis hermanos.

A la familia Sandoval del Rio, a Alejandro y Elena por ser como mis segundos padres, a Yaya por ser casi otra hermana y nuevamente a Melissa por ser mi otro yo.

Muy especialmente quiero agradecerle a usted Maestro Juan, el apoyo, las enseñanzas y sobre todo el interés que puso en esta investigación, porque a pesar de las 50 veces que me desespere siempre vio la forma de alentarme a continuar.

A los profesores Jesús, Rodolfo, Julieta y Leonel que me regalaron un poco de su tiempo pero mucho de su conocimiento y experiencia para la revisión del trabajo.

Por último a ti, por haber sido todo lo que fuiste a pesar de que sólo eras lo que eras. Por esperarme hasta donde más pudiste, por reafirmarme el significado de la lealtad, del agradecimiento... por enseñarme que a veces la felicidad sí se puede comprar.

Muchas gracias a todos, por fin.

Índice.

Resumen	1
Introducción	2
I MARCO TEORICO	4
1. Tabaquismo	4
1.1 Definición	4
1.2 Historia	5
1.3 Componentes químicos del cigarro	8
1.4 Efectos sobre el Sistema Nervioso Central	10
1.5 Poder adictivo	11
1.6 Enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco	12
1.7 Estructura biopsicosocial del fumador	14
1.8 Clasificación del fumador	15
2. Epidemiología del tabaquismo	16
2.1 Tabaquismo en el mundo	16
2.2 Tabaquismo en América	18
2.3 Tabaquismo en México	20
2.4 Control del tabaquismo	21
3. Adolescencia	23
3.1 Definición	23
3.2 Primeras ideas alrededor del estudio de la adolescencia	26
3.3 Consideraciones generales de la adolescencia	27
3.4 Puntos de referencia en el estudio de la adolescencia	29
3.5 La adolescencia como construcción social	29
3.6 Actitudes hacia la adolescencia	30

3.7 Adolescencia y tabaquismo	31
3.8 Facilitadores para el consumo de tabaco	32
3.9 Consecuencia del uso de tabaco en la adolescencia	33
4. Creencias	34
4.1 Definición	34
4.2 Tipos de creencias	36
4.3 Creencias, intenciones conductuales y conductas	38
4.4 Formación de las creencias	39
4.5 Definición de las actitudes	40
4.6 Formación de las actitudes	41
4.7 La Teoría de la Acción Razonada	42
4.8 La teoría de la Acción Planeada	43
II INVESTIGACION	45
METODOLOGÍA	45
Objetivo	45
Preguntas de investigación	46
Hipótesis	46
V.I	47
V.D	47
Instrumento	47
Diseño	49
Población y muestra	49
Tipo de investigación	49

Procedimiento	50
Análisis de datos	50
Resultados	51
1. Descripción	50
2. Conducta tabáquica	54
3. Análisis de frecuencias	62
4. Análisis factorial	66
5. Confiabilidad	69
6. Correlación	70
7. Análisis inferencial	73
Discusión y Conclusiones	88
REFERENCIAS	94
Anexos	98
1 Escala de creencias sobre las características del tabaco.	99
2 Escala de creencias sobre las características del fumador	100
3 Cuestionario de tabaquismo	101



RESUMEN

Con el objetivo de conocer la relación existente entre el consumo de tabaco y las creencias respecto a las consecuencias de fumar y características de los fumadores en adolescentes, se asistió al Colegio de Ciencias y Humanidades Oriente para entrevistar a 202 estudiantes, 91 hombres y 111 mujeres. Fueron aplicadas dos escalas, para las cuales se obtuvieron índices de confiabilidad y validez adecuados. El 22.7 % de los hombres y el 18.8 % mujeres indicaron ser fumadores y que empezaron a fumar entre el tercer año de secundaria y el primer año de bachillerato. Los resultados indican que los adolescentes que fuman creen más en los efectos positivos del tabaco mientras que los que no fuman creen más en los beneficios psicológicos del tabaco pero también en los efectos negativos. El hecho de que en la casa de los adolescentes se aceptara el tabaco, que se aceptara que fumaran, que su mamá fumara y que sus maestros fumaran resultó influir en la conducta tabáquica de los adolescentes. No fue así con el hecho de que el papá fumara. Continúa la discusión sobre la posibilidad de que los resultados encontrados se puedan utilizar en programas relacionados con el tabaquismo en jóvenes.

INTRODUCCION

El tabaquismo es la adicción al consumo de tabaco provocada por la nicotina. Es la principal causa de muertes evitables y de discapacidad a nivel mundial, pues se le asocia con más de 25 enfermedades. Actualmente a nivel mundial al año se registran casi 6 millones de muertes relacionadas al tabaquismo y en México existen más de 15 millones de fumadores.

Entre los rasgos más distintivos de la actual epidemia del tabaquismo se encuentra que rápidamente se ha ido extendiendo a los países en desarrollo, la brecha de consumo entre hombres y mujeres se ha reducido y cada vez el consumo se inicia a una más temprana edad.

La gran mayoría de los consumidores de tabaco de todo el mundo empieza a fumar durante la adolescencia; actualmente, más de 150 millones de adolescentes consumen tabaco, cifra que aumenta a escala mundial (OMS, 2008).

Lo anterior lo confirma la Encuesta de tabaquismo en jóvenes en México (ETJ, 2008), pues refiere que el inicio de consumo de tabaco se presenta alrededor de los 13 años de edad. Adicional se indica que los factores principales por los cuales los jóvenes se acercan a consumir el tabaco son: curiosidad y aceptación (o presión) de su grupo de amigos.

La conducta de los jóvenes (y en general de las personas) puede predecirse si se toman en cuentas sus creencias; éstas se refieren a ideas que tienen las personas sobre algún objeto o evento y determinan las acciones que se tomaran respecto a éstos. Por lo tanto, las creencias que los adolescentes tengan acerca del consumo de tabaco influirán en su conducta.

El propósito de esta investigación es explorar las creencias sobre el tabaquismo de los jóvenes, específicamente las creencias que tienen los alumnos del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Oriente respecto al consumo de tabaco y la manera en como se

relacionan con su conducta de fumar. Se pretende que los resultados obtenidos permitan diseñar programas de prevención y tratamiento sobre tabaquismo, con el fin de evitar o aminorar los efectos de su consumo.

Algunos estudios han demostrado que las creencias distinguen de manera significativa los fumadores de los no fumadores. Martínez (2008) refiere que los adolescentes que consideran que el tabaco no es una droga o que fumar no es dañino para la salud tienen más probabilidades de ser fumadores, en comparación con quienes piensan que son muy jóvenes para fumar.

Para la presente investigación, se tomó como base la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) y la Teoría de la Acción Planeada (Ajzen, 1991, 2005 y 2007, en Martínez, 2008).

La investigación está dividida en dos partes. En la primer parte se presenta una revisión de la literatura de los temas abordados. Se compone de cuatro capítulos: en el primero se aborda el tema del tabaquismo; su definición, la historia del tabaco y sus repercusiones en la salud.

En el segundo capítulo se aborda el tema de la epidemiología del tabaquismo; en el mundo, en América y finalmente en México, así como algunos de los programas que se han implementado para su control.

El tercer capítulo aborda el tema de la adolescencia; su definición, consideraciones generales y la adolescencia relacionada con el tabaquismo.

El cuarto y último capítulo trata el tema de las creencias; también se inicia con la definición de éstas, los tipos que hay de creencias, su formación y la Teoría de la Acción Planeada (TAP) y la Teoría de la Acción Razonada (TAR).

La segunda parte de la investigación contiene la metodología, los resultados y las conclusiones del estudio.

I MARCO TEÓRICO

1. TABAQUISMO

1.1 Definición

De acuerdo con Caro, Pueyo y Álvares (2005) el concepto de tabaquismo ha evolucionado desde las últimas décadas; definiéndolo como hábito en los años 60, dependencia en los 70 y a medados de los 80 el tabaquismo fue enunciado como una adicción.

El tabaquismo es la adicción al tabaco provocada principalmente por uno de sus componentes activos: la nicotina. La acción de dicha sustancia termina por condicionar el abuso de su consumo. La adicción, de acuerdo con Dulanto (2000) es un trastorno crónico caracterizado por el uso compulsivo de una sustancia, con el consecuente daño físico, psicológico o social.

El tabaquismo es considerado como una enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones y está catalogada en el DSM IV de la American Psychiatric Association.

El tabaquismo lo podemos definir como la intoxicación crónica provocada por fumar (inhalar y exhalar) los humos producidos al quemar tabaco. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, por sus siglas en ingles), el tabaquismo representa la segunda causa de muerte en el mundo y es la principal causa de muerte prevenible; se estima que para el 2020 causara el doble de defunciones en la actualidad, que es alrededor de 5 millones de muertes anuales (WHO, 2007)

1.2. Historia

En Rico y Ruiz (1990) se encuentra la siguiente información acerca de la historia del tabaco.

El uso del tabaco para fines religiosos y médicos estaba ampliamente extendido por el continente americano antes de la llegada de Colon (1492), y los pueblos indígenas denominaban a la planta de diversas maneras dependiendo el lugar, por ejemplo: *cohiva* o *cojiva*, en el Caribe; *kuts* los mayas, *pisietl* y *velt* los aztecas; *saiti* los incas; *vuri* en Colombia; *petum* en Brasil y *uppowoo* en Virginia. Los aztecas quemaban manojos de tabaco para la fiesta del dios de la guerra Huitzilipochtli. Entre los nahuas del centro de México incluso existía un dios del tabaco llamado Cinacoatl y en el Popol Vuh, libro sagrado de los mayas quichés se hacen referencias muy generales del tabaco y en Palenque, en el templo de la Cruz, aparece el dios Jaguar con una pipa tubular.

Cuando Colon y sus hombres llegaron a tierras americanas, recibieron como presentes hojas de tabaco, aunque no les dieron importancia, de acuerdo con lo que se relata en el diario de Colon del día 15 de octubre. Para la anotación del día 6 de noviembre, aparece lo que sin duda se conoce como primera referencia expresa del tabaco, pues ese día Colon anota el regreso de Rodrigo de Xerez y Luis de Torres, los dos hombres que exploraron lo que es Cuba, y dice que hallaron a mucha gente que atravesaba los pueblos, mujeres y hombres, con un tizón en la mano y hierbas para fumar sus sahumerios que acostumbraban.

Los marineros llevaron semillas y algunas hojas de esta planta a España y Rodrigo de Xerez las plantó en su villa de Ayamonte haciendo alarde del arte de fumar que había aprendido de los indígenas, por lo cual fue condenado por la Santa Inquisición, debido a que solamente Satanás le puede dar al hombre la facultad de sacar humo por la boca.

La hoja mascada o fumada en forma de cigarro o de pipa se extendería ampliamente por los ambientes marineros, haciendo buena la creencia popular de que el tabaco calma el hambre y el cansancio, como se justificaba en un inicio. Los españoles continuaron la propagación de la planta, pero los portugueses fueron quienes la extendieron a Africa y

Asia. Probablemente fue Roman Pané, acompañante de Colon en su segundo viaje, el primer introductor de la planta en España, pues en 1518 le mandó un informe a Carlos V detallando las virtudes medicinales del tabaco, así como las primeras semillas que el emperador mandó cultivar.

A parte de todo esto, el principal y verdadero iniciador de la corriente medico científica en torno al tabaco es el sevillano Nicolas Monardes, quien en su libro *La Historia Medicinal de las cosas que se traen de nuestras indias occidentales* (1556-1774), editado en Sevilla en 1850, dedica un amplio capítulo de la segunda parte al estudio de las innumerables virtudes curativas de la planta, e incluso él mismo junto al Dr. Bernardo, el médico de Felipe II, realizaron experimentos con perros para demostrar que el tabaco era un buen antídoto para algunos venenos.

El gran paso para la difusión del tabaco por todo el mundo sería la aceptación por parte de la nobleza y las cortes de Europa; el primer paso fue dado por Jean Nicot, el embajador francés en Lisboa, quien en 1590 envió a su soberana, Catalina de Medicis, unas hojas de tabaco molidas (conocido como rapé) de las que cultivaba en el jardín lisboeta, con la pretensión de aliviar sus migrañas. La reina se mostró tan convencida de las bondades del tabaco, que se convirtió en una en una propagandista del uso del rapé, contando para ello con la participación decidida del prior Francisco de Lorena. Fue tal la influencia de estos tres personajes, que de el primero tomo su nombre genérico de la clasificación botánica, y de los otros dos tomó dos de las clasificaciones que se le dieron en ese momento: *hierba de la reina* (o *caterinaria*) y *hierba del prior*.

En este punto cabe recordar el origen de la denominación común de la misma; la teoría más aceptada es la que hace derivar la palabra tabaco del artilugio que los indígenas utilizaban para aspirar el humo producido por la combustión de las hojas secas, el cual tenia forma de Y, con una extremidad bifurcada que se introducía en la nariz y se le denominaba *tabaco*.

Progresivamente el tabaco, en forma de rape o fumado en pipa, se iría introduciendo en el resto de las cortes y ambientes de nobleza europeos. En Inglaterra fue sir W. Raleigh quien lo hizo, procedente de Virginia. En Italia lo introdujo el cardenal Prospero di Snta Croce, procedente de Lisboa y otro cardenal, Tornabonna lo cultivarían en la misma Roma, motivos por los cuales se le conoció al tabaco como *hierba de la*

Santa Croce y hierba de Tarnabonna. Tan grande llegó a ser la aceptación que para los siglos siguientes XVII y XVIII, en los estudios anatómicos se designó con el nombre de tabaquera anatómica a la pequeña depresión que se forma con el dorso de la mano, entre los tendones del abductor largo y el extensor del dedo pulgar al contraer dichos músculos, pues supuestamente ahí se colocaba el rapé para ser inhalado. Para el siglo XVII su cultivo era universal (Asia, África, Europa y Nuevo Mundo) superando incluso los cultivos de otras plantas traídas del continente americano, como a papa y el tomate.

Tras este florecimiento ornamental y medicinal del tabaco, progresivamente se fue extendiendo su uso con fines meramente placenteros; tal fue la aceptación que para 1620 ya se construía en Sevilla la primera fábrica de tabaco (tabaco en polvo) y poco después otra en Cádiz (tabaco en cigarros). Obviamente, los gobiernos no pasaron desapercibidos y encontraron en el tabaco una succulenta y potencialmente grande fuente de ingresos para el erario público vía impuestos, España e Inglaterra los adoptaron en 1611 y en 1644 lo hizo Portugal; pocos años después se implementaron los dos sistemas de regulación estatal vigentes hoy en día, el de las tasas múltiples y de libertad de fabricación, elegido en los países con tradición liberal, como Inglaterra, Alemania y Estados Unidos, y el de monopolio estatal, preferido en los países con monarquías absolutas, como Francia, España y Rusia. En España, en el año 1636 el día 28 de diciembre, se aprobó una real cédula por la que arrendaba el Estanco del Tabaco a don Antonio Soria. Las rentas de dicho monopolio se destinaban en su totalidad a obras públicas, y sólo por esta vía fue posible construir el Monte de piedad de Madrid, la Biblioteca Nacional y la publicación para el primer Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, en 1723.

En el siglo XV y XVI se vio la extensión del tabaco molido y en pipa (básicamente para las clases acomodadas) y el cigarro (común para la clase baja); en el siglo XVIII se dio la explotación para el tabaco en modalidad rapé y en el siglo XIX se manejó la modalidad de cigarrillo, suceso para el cual los soldados jugaron un papel muy importante, pues se sabe que en la guerra entre Turquía y Egipto en el año 1832, una granada turca destruyó las pipas de unos soldados egipcios, a quienes se les ocurrió la idea de rellenar los cartuchos de sus fusiles con picadura de tabaco, creando así el primer cigarrillo. Unos años más tarde, en 1865 apareció la primera máquina de fabricación de cigarrillos.

Sin embargo, a la par de todo el apogeo del tabaco y su aceptación, también hubo quienes lo veían a la inversa, como el caso de Jacobo I, quien en Inglaterra se convirtió en uno de los grandes personajes perseguidores del hábito de fumar, prohibiéndolo en 1604, definiéndolo como un espectáculo abominable para la vista, ofensa odiosa para el olfato, costumbre dañina para el cerebro y peligrosa para los pulmones, convirtiéndose en la sentencia pre científica de los peligros del tabaco. Esta tendencia fue adoptada rápidamente en muchos países de todo el mundo, al grado de penalizar con multas a los fumadores, y a los que comerciaban con él, además de multas se les aplicaba pena de muerte si reincidían.

Pero sin duda, la oposición más sistemática al hábito de fumar sería la de la iglesia, debido a la reputación que traía el tabaco de Nuevo Mundo de sustancia afrodisíaca y abortiva, según lo que relataban los monjes que habían ido a evangelizar a los indígenas, además de que no era raro ver a los padres fumando en misa, dando un mal ejemplo para los feligreses.

1.3.Componentes químicos del cigarro

El humo del tabaco es una mezcla heterogénea de gases y partículas que está compuesto por mas de 4 mil sustancias de las cuales 60 son seguros o probables cancerígenos. En la combustión del cigarro, se desprenden pequeñas partículas y gases como producto de la pirolisis. El tamaño de las partículas, entre las cuales se encuentran la nicotina, el alquitrán, el fenol y el pireno, les permite alcanzar hasta las vías aéreas más pequeñas (Calleja, 2009).

Algunos de los gases que componen el humo son el dióxido y el monóxido de carbono, el metano, el benceno, la acetona, el amoniaco, el arsénico, el butano y el tolueno (Mackay, Eryksen y Shafey, 2006, citado en Calleja, 2009).

De acuerdo con Calleja (2009) el producto de la combustión genera 3 corrientes de humo:

-Primaria (humo principal): Se obtiene directamente de la inhalación del cigarro.



-Secundaria(o humo lateral): Se conforma por el humo producido por la combustión del tabaco entre las inhalaciones del fumador.

-Terciaria: Se encuentra constituida por el humo exhalado por el fumador.

El contenido de productos tóxicos lo encontramos en la fase secundaria, ya que la menor temperatura en la punta ardiente del cigarro encendido conlleva mayores concentraciones de algunas sustancias tóxicas.

La composición química del humo depende no sólo de la estructura del tabaco mismo, sino también de la densidad con que se empaca, la longitud de la columna envolvente, las características del filtro, el papel y la temperatura a la cual se quema (Pardell, 1996).

Con base en Molero, Chamizo y Muñoz (2005, citados en Calleja, 2009) podemos afirmar que de los componentes del cigarro destacan tres por su capacidad nociva: el alquitrán, el monóxido de carbono y la nicotina.

-Alquitrán

Es el primer componente de la brea que se utiliza para construir las carreteras y compone la parte sólida del humo. Una persona que fuma una cajetilla diaria inhala al año alrededor de 840 cms cúbicos de alquitrán, el cual forma una película que recubre las zonas con las que está en contacto: boca, garganta y pulmones, dificultando la entrada de oxígeno. Es el responsable de la gran parte de los cánceres inducidos por el consumo de tabaco, aunque también lo es la nicotina.

-Monóxido de carbono

Es un gas tóxico que pasa a la sangre a través de los alvéolos pulmonares, desplaza a los glóbulos rojos y forma carboxihemoglobina, sustancia incapaz de transportar el oxígeno a los tejidos, por lo que en consecuencia impide un adecuado abastecimiento de oxígeno a las células del organismo y lesiona los tejidos. Se le señala como la principal responsable del infarto, la arteriosclerosis y enfermedades respiratorias crónicas.

-Nicotina

La nicotina es un alcaloide tóxico que se destila con el encendido y la combustión del cigarro, y su absorción se inicia lentamente con las membranas de la boca. Cuando el humo del tabaco alcanza las vías respiratorias y los alveolos pulmonares, la nicotina se absorbe rápidamente de tal manera que las concentraciones en la sangre aumentan mientras se está fumando. Una vez absorbida, la nicotina pasa al flujo sanguíneo y se distribuye extensamente a los tejidos corporales. Las concentraciones en sangre decrecen 20 o 30 minutos después de la administración de la droga, debido a la captación periférica de los tejidos. Finalmente la actividad renal permite excretar la nicotina, aunque ésta puede, en función del pH de la orina, reabsorberse por la paredes de la vejiga. El primer metabolito (producto del metabolismo) hepático es la cotinina. La vida media de eliminación de la nicotina es alrededor de 2 horas, por lo que sus concentraciones en sangre puede acumularse si la frecuencia de consumo de cigarrros es incluso moderada.

Conforme aumenta el pH del humo del tabaco, se libera una mayor proporción de nicotina de las sustancias ácidas y se convierte n nicotina libre, la cual es volátil y se absorbe más rápidamente.

La nicotina se absorbe fluidamente por el tracto respiratorio, las mucosas bucales y la piel, y aproximadamente del 80% al 90% de ésta se metaboliza por el hígado, con pequeñas fracciones en pulmón y riñones (Pardell, 1996).

1.4. Efectos sobre el sistema nervioso central

La captación de nicotina por parte del cerebro es rápida e intensa; llega al cerebro humano en aproximadamente siete segundos después de inhalada la primera bocanada.. La nicotina es una sustancia psicoactiva que se fija selectivamente a los receptores de nicotina ubicados en las numerosas regiones del cerebro, los ganglios autónomos, la medula espinal y las uniones neuromusculares. La activación de los receptores de nicotina favorece la liberación de algunos neurotransmisores a nivel cerebral como la dopamina y la norepinefrina la cuales generan sensaciones de placer y alerta.

Los receptores neuronales nicotínicos se encuentran particularmente concentrados en:
(a) la vía mesolímbica dopaminérgica, que es considerada el centro del placer y de la

gratificación, cuya estimulación es responsable de la farmacodependencia, y (b) el locus cerelus, cuya activación libera norepinefrina que es responsable del estado de alerta y vigilia; su estimulación mejora las funciones cognitivas, la agudeza mental, la capacidad de concentración, de atención y de memoria, así como la habilidad para resolver problemas; al mismo tiempo puede reducir las reacciones de estrés, proporcionando una impresión de seguridad y de relajación en las situaciones críticas.

La liberación de norepinefrina por la nicotina también reduce el apetito, lo que contribuye a que los fumadores tengan menor peso que los no fumadores.

1.5. Poder adictivo

Según Calleja (2009), la nicotina es una condición *sine qua non* de la adicción al tabaco y produce los efectos distintivos de las drogas adictivas: tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

La tolerancia implica el desarrollo de una menor sensibilidad a las acciones de la sustancia; dado que el organismo se hace menos sensible a los efectos de una droga que se administra crónicamente, la persona con la tolerancia tiende a ingerir cada vez mayor cantidad para alcanzar los efectos deseables anteriores.

a) La dependencia física es un estado en el que se manifiestan diversas alteraciones fisiológicas al retirar o suspender la administración continuada de una droga.

b) Los síntomas que emergen tras esta retirada, y que generalmente son opuestos a los efectos agudos de la droga, constituyen el denominado síndrome de abstinencia. El ávido deseo o intensa ansia de fumar y la agitación psicomotora que caracterizan el síndrome de abstinencia a la nicotina, sobreviven cuando desciende la concentración de nicotina en la sangre y la persona comienza a experimentar enojo, irritabilidad, ansiedad, dificultad para concentrarse, somnolencia, fatiga, aumento de peso, impaciencia e inquietud. Los síntomas de la abstinencia se manifiestan a partir de la primeras 24 horas y alcanzan su nivel máximo entre la primera y segunda semanas, disminuyendo y desapareciendo hacia los 30 días de la abstinencia total, aunque muchos ex fumadores refieren episodios de ansiedad por volver a fumar hasta varios años después de la cesación.

La relación entra la conducta de consumo de tabaco y ciertos problemas de salud que a menudo debilitan y llevan a la muerte, como las enfermedades cardiovasculares, pulmonares y de cáncer, parece estar claramente establecida (Goldstein, 1991, citado en Casas y Rubio, 2006).

1.6. Enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco

En Calleja (2009) podemos encontrar algunas de las enfermedades que están relacionadas con el consumo del tabaco.

Canceres: Es ampliamente conocida la asociación entre tabaquismo y cáncer de pulmón, de labio y de laringe, pero también existe una asociación causal entre el consumo tabaco y otros cánceres, como el nasofaríngeo, el de esófago, estómago, páncreas, riñón y ureteros, vejiga, cervicouterino, de mama y leucemia. El riesgo de desarrollar cáncer por tabaquismo aumenta con el consumo: a mayor consumo duración intensidad, mayor riesgo.

Enfermedades cardiovasculares: El tabaquismo desempeña un papel central como promotor o causa de la enfermedad coronaria, la enfermedad vascular aterosclerótica periférica y el accidente cerebrovascular, La aterosclerosis también estrecha otras arterias del cuerpo, impidiendo un flujo sanguíneo adecuado. El tabaquismo ocasiona taquicardia, vasoconstricción, aumento en la contractibilidad del miocardio, y como consecuencia, hipertensión arterial. El monóxido de carbono contenido en el humo del tabaco interfiere con el intercambio de gases, dando como resultado la aparición de isquemia en diferentes partes del organismo, particularmente a nivel del miocardio. Se ha demostrado del papel del tabaquismo como factor para el desarrollo de enfermedad cerebrovascular, especialmente en personas menores a 65 años de edad.

Enfermedad pulmonar obstructiva: Entre el 80 y 90% de los casos de EPOC se relacionan con el consumo de cigarrillos. Esta alteración pulmonar se refiere a la pérdida permanente de la función de la ventilación. El consumo del tabaco tiene efectos sobre el pulmón, produciendo inflamación alveolar y de las vías aéreas. Promueve el aumento de las células productoras de moco e hipersecreción mucosa y, en general, la

destrucción del tejido pulmonar en su conjunto. Comúnmente, la EPOC se hace aparente después de más de 20 años.

Enfisema pulmonar: Consiste en la distensión y ruptura de los alveolos del pulmón. Reduce la capacidad pulmonar de captación de oxígeno y expulsión de dióxido de carbono. En casos extremos, se somete al paciente a una traqueotomía y se utiliza un respirador para introducir aire a los pulmones.

Bronquitis crónica: Implica la acumulación de mucosidad purulenta, lo que provoca tos dolorosa y dificultades respiratorias.

Osteoporosis: El monóxido de carbono proveniente del humo del tabaco es absorbido por la sangre mucho más rápido que el oxígeno, lo que reduce hasta en un 15% la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre en los fumadores severos.. Como consecuencia, los huesos pierden densidad, se fracturan más fácilmente y tardan hasta un 80% más en soldarse.

Úlcera gástrica: El consumo del tabaco reduce la resistencia a las bacterias que causan úlceras en el estómago. Asimismo, disminuye su capacidad para neutralizar el ácido después de las comidas, lo que propicia la erosión de las paredes del estómago. Las úlceras de los fumadores responden mal al tratamiento y suelen reaparecer con frecuencia.

Cataratas: El tabaco causa o agrava varias infecciones oculares. La presencia de cataratas, una opacificación del cristalino que impide el paso de la luz y puede generar ceguera, es 40% más alta en fumadores.

Degeneración macular: el consumo del tabaco se asocia con esta patología causada por el deterioro de la mácula, la zona central de la retina.

Pérdida de la audición e infecciones del oído: Los fumadores son más vulnerables a problemas de la pérdida auditiva porque el tabaco hace que se formen placas en las paredes de los vasos sanguíneos del oído. Además, los fumadores tiene tres veces más probabilidades de padecer infecciones óticas.

Deterioro de la dentadura: El tabaco interfiere en los procesos químicos que tiene lugar en la boca, contribuyendo a un aumento de sarro y a la aparición de caries. En los fumadores, el riesgo de pérdida de los dientes es 1.5 mayor.

Enfermedad periodontal: Es una enfermedad que afecta a la encía y a las estructuras de soporte de los dientes. Fumar es uno de los factores de riesgo para predecir la evolución y la progresión de la periodontitis. Además, influye en el resultado de tratamientos quirúrgicos así como de implantes.

Psoriasis: Los fumadores tienen más probabilidad de desarrollar esta enfermedad inflamatoria de la piel, que se manifiesta con manchas rojas y exudativas en todo el cuerpo.

Impotencia y esterilidad: El tabaco reduce el número de espermatozoides y dificulta el riego sanguíneo en el pene, lo que puede provocar impotencia. La esterilidad es más frecuente entre los fumadores.

Deformación de los espermatozoides: El tabaco puede alterar la morfología de los espermatozoides y dañar su ADN, lo que aumenta el riesgo de aborto espontáneo y defectos congénitos. Los fumadores tienen más probabilidades de engendrar a un niño que padezca cáncer.

Enfermedad de Buerger: También se le conoce como tromboangitis obliterante. Consiste en una inflamación de las arterias, venas y nervios, principalmente de las piernas, que reduce el riego sanguíneo. Puede provocar gangrena y hacer necesaria la amputación de las zonas afectadas.

1.7. Estructura biopsicosocial del fumador

De acuerdo con Pardell (1996), las propuestas para explicar la existencia del tabaquismo incluyen desde las teorías genéticas (que proponen que el individuo está predispuesto a buscar el estímulo de la nicotina en un intento por compensar un déficit de alerta), la psicodinámicas (que buscan la implicación simbólica del cigarrillo como un falo y de las tendencias orales relacionadas con succionar y mantener un objeto placentero en la

boca), las sociales (que sugieren que es un mecanismo para lograr estatus y aceptación en el grupo) y las teorías que contemplan aspectos neurobioquímicos de la dependencia, tolerancia y supresión de la nicotina, sin embargo existen numerosos estudios que demuestran como el hábito del tabaquismo se inicia por imitación cuando el niño que ve que sus padres fuman así como las personas mayores, refleja su deseo de identificarse con ellos. Debido a las características del periodo de la adolescencia, el muchacho se encuentra en proceso de individuación y se identifica con otros de su misma edad por lo que se adhiere a grupos que le proporcionan la oportunidad de ampliar su conducta y experimentar nuevas actitudes que de otra manera no se atrevía a iniciar.

La edad promedio en que el adolescente fuma por primera vez un cigarrillo es a los 11 años, y esta experiencia suele ser displacentera, y a pesar de esto, los adolescentes que fumaron más de un cigarrillo en algún momento cuentan con 85% más de probabilidades de convertirse en fumadores habituales, lo que aparece alrededor de los 20 años de edad.

En los inicios, la nicotina no es suficiente para explicar la habituación, por lo que se le considera a los estímulos psicosociales como los más relevantes de esta etapa. De esta manera, se postulan tres mecanismos básicos de motivación:

1. Disminuir las manifestaciones de tensión, temor, angustia, con el propósito de obtener un efecto sedante o tranquilizante.
2. Para evitar las molestias del síndrome de supresión.
3. Por efectos gratificantes y placenteros de la nicotina per se.

1.8. Clasificación del fumador

De acuerdo con Rusell (año 1987, citado en Pardell, 1996) existen tres patrones de recompensas en particular para la clasificación de los fumadores: las psicosociales (fumar como un medio de aceptación), las sensoriales (la satisfacción del olor, el sabor, de ver el humo, del tocar y agarrar el cigarro) y las farmacológicas (incluyendo los efectos nicotínicos de euforizante, sedante y estimulante). Siguiendo con Rusell, de

estas se obtienen cinco agrupaciones de personalidad que interrelacionan estas recompensas:

1. Fumador psicosocial: las recompensas son en esencia sólo psicosociales, prácticamente no existe inhalación de nicotina, el fumar es intermitente y se limita a situaciones sociales y fuera de ellas no existe deseo de fumar.
2. Fumador indulgente: las recompensas se reducen al puro placer, de manera que se fuma en diversas, como al ver la televisión, al descansar después del trabajo, a leer y demás. El placer se deriva en situaciones orales, por lo que se puede fumar después de comer o en sustitución de estos.
3. Fumador por tranquilizarse: el efecto sedativo de la nicotina, el calmante de la gratificación oral y el mantener las manos ocupadas se utilizan para aliviar la ansiedad y la tensión.
4. Fumador por estimularse: se utiliza el efecto de la nicotina como estimulante para mantener cierta conducta deseable y ahuyentar la fatiga cuando se realizan tareas monótonas como al conducir distancias largas.
5. Fumador por adicción: el sujeto experimenta los efectos de la supresión si no logra fumar en un lapso de 20 a 30 minutos y fuma para aliviar esas molestias

2. EPIDEMIOLOGIA DEL TABAQUISMO

2.1. Tabaquismo en el mundo

El tabaco mata hasta la mitad de los fumadores. Sin embargo, se consume habitualmente en todo el mundo debido a que se vende a bajo precio, se comercializa de forma agresiva, no se toma consciencia de los peligros que entraña y las políticas públicas contra su consumo son incoherentes (OMS, 2011).

La mayoría de los peligros del tabaco en la salud no se evidencian hasta años o incluso décadas de iniciada la adicción, lo que vuelve aun más alarmante la morbilidad y mortalidad relacionadas a éste pues mientras el tabaquismo se expande a nivel mundial, las cifras de enfermedades y muertes relacionadas no han alcanzado su punto máximo.

Se estima que actualmente en el mundo existen 1 300 millones de fumadores. El número de víctimas mortales que cobra el consumo de tabaco es ahora de 5 millones al año; de proseguir la pauta actual de consumo, esta mortalidad podrá llegar a duplicarse, pudiendo casi alcanzar los 10 millones en 2020. (OMS, 2006).

De los 1 300 millones de fumadores que se estima existen, casi 1000 millones son hombres y 250 millones son mujeres (Kuri et al, 2006).

La mayor carga de mortalidad y enfermedad está desviándose con rapidez hacia los países en vías de desarrollo. Aproximadamente la mitad de los fumadores de cigarrillos que mantienen su dependencia mueren prematuramente debido al consumo del tabaco, lo cual indica que alrededor de 650 millones de personas (la mitad de los fumadores actuales) morirán a causa de una enfermedad relacionada con el tabaco si siguen fumando (OMS, 2006).

Adicional al las muertes entre personas fumadoras, de acuerdo con la OMS (2011) más de 600 000 muertes anuales ocurren entre personas no fumadoras expuestas al humo del tabaco, las cuales mueren por cáncer, cardiopatías y asma entre otras enfermedades. El consumo de tabaco es un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de defunción en el mundo.

Entre los rasgos distintivos de la epidemia del tabaquismo se destacan los siguientes: a) es un problema de salud que se ha ido desplazando de los países industrializados a los países en desarrollo; b) la tradicional brecha en el consumo de hombres y mujeres se redujo, y c) por lo general, el consumo se inicia en la adolescencia (cada vez más temprano), pero el efecto en la morbilidad y mortalidad atribuibles al tabaco se observan a partir de la cuarta década de vida (Valdés, Thrasher, Sánchez, Lazcano, Reynaldes, Meneses et al., 2006; Valdez, Reynales, Lazcano y Hernandez, 2007, citados en Martínez, 2008).

A pesar del conocimiento que hoy se tiene del tabaco, su consumo continua aumentando en todo el mundo; la epidemia sigue expandiéndose especialmente en los países de bajos y medianos ingresos, debido a que la industria tabaquera tiene un enorme mercado potencial en estos países, donde suelen existir medidas menos estrictas sobre el control del tabaco, y en donde encuentran un gran número de posibles nuevos clientes, concretamente en las mujeres (OMS, 2006).

2.2. Tabaquismo en América

La Organización Panamericana de la Salud señala que 800 000 personas fuman en América y 10% de muertes de la región estaban relacionadas al tabaco. Datos recientes muestran que el consumo actual de tabaco alcanza la tercera parte de la población urbana de los países de América Latina, Estados Unidos y Canadá (PAHO, 2006, citado en Martínez, 2008).

Dichos datos revelan, además, que mientras en los países de América de Norte (Estados Unidos y Canadá) se observa una disminución continua del uso actual, los países del cono sur evidencian los índices más elevados de consumo, seguidos por los países Andinos (Martínez, 2008).

De acuerdo a un informe de la OPS (2009) los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud lograron en 2008 avances importantes en la implementación de nuevas medidas de control de tabaco que pueden salvar vidas y reducir enfermedades. Colombia, Guatemala y Panamá son tres de sólo siete países en el mundo que implementaron en 2007 leyes de ambientes 100% libres de humo de tabaco incluyendo bares y restaurantes.

Nicaragua, Colombia, Costa Rica y Surinam se sumaron al grupo de 168 países en el mundo que han ratificado el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS convirtiéndose así en Estados Partes (OPS, 2009).

Este progreso registrado en 2008 significa que otros 60 millones de personas en las Américas están protegidas de los efectos perjudiciales del tabaco.

Otros de los puntos clave del informe (OPS, 2009) sobre el control del tabaco en las Américas incluyen:

- Panamá, en el 2008, se convirtió en el primer y único país de las Américas que implementa una prohibición completa de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Es uno de 26 países en el mundo que lo han logrado.
- Más de la mitad (12 de cada 22) de las ciudades más grandes del mundo que son 100% libres de humo de tabaco están en las Américas. Entre ellas están Ciudad de México, Sao Paulo, Nueva York, Toronto, Bogotá y Río de Janeiro.
- La implementación de advertencias sanitarias enérgicas en los paquetes de productos de tabaco sigue siendo la política de control de tabaco más aplicada en las Américas. Cuatro países—Brasil, Panamá, Uruguay y Venezuela—cuentan con regulaciones de acuerdo a las "mejores prácticas" del CMCT. Canadá, Chile y Perú también tienen advertencias sanitarias fuertes (con fotos gráficas), mientras que México se sumó a este grupo en el 2008 teniendo previsto aplicar tales advertencias en el 2010. Reglamentos similares están pendientes en Bolivia.
- En el 2008, no se sumó un nuevo país de las Américas al grupo de los que aplican impuestos por encima del 75 por ciento del precio de venta al por menor. Chile, Cuba y Venezuela siguen siendo los únicos países de la Región que tienen tal nivel de impuestos.
- Las tasas de tabaquismo (el porcentaje de adultos que fuman diariamente) en las Américas varían de menos del 5% (en países como Suriname, Belice, Guatemala y El Salvador) a más del 30% (en países como Chile, Colombia y Uruguay).

Sin embargo, el consumo de tabaco sigue siendo la principal causa de muerte evitable en el mundo, matando a más de 5 millones de personas cada año a nivel mundial y a 1 millón en las Américas, por lo que de no continuar y ampliarse las medidas de control,

la cifra podría subir a 8 millones para el 2030, de acuerdo con el informe de la OPS (2009).

2.3. Tabaquismo en México

A partir de la década de 1980, los padecimientos cardiacos son la principal causa de muerte en México y corresponden al 15.4 % de la defunciones, y más de la mitad de éstas corresponden cardiopatía isquémica, la cual está directamente relacionada con el tabaquismo (Belsasso, 2005).

En México existen alrededor 15 millones de fumadores de acuerdo con el Atlas del Tabaco de la Sociedad Americana del Cáncer (ACS, 2010). Esto representa, según el Consejo Mexicano contra el Tabaquismo (CNN, 2011), el 9.8 del total de la población; cada año mueren en el país 60000 personas por causas atribuibles al tabaquismo, lo que significa 165 muertes al día.

De acuerdo con al Secretaria de Salud (CNN, 2011) son cuatro las enfermedades asociadas de manera directa al consumo del tabaco: infarto al corazón, embolia cerebral, cáncer de pulmón y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, sin embargo también se relaciona la diabetes, osteoporosis y otros tipos de cáncer como el de próstata, cervicouterino y de mama; cada año se estima se destinan 30,000 millones de pesos, el 0.3 % de Producto Interno Bruto, en la atención y tratamiento de pacientes que presentan enfermedades relacionadas al tabaco.

La Encuesta Nacional de Adicciones o ENA (INEGI, 2011) indica que tan sólo en el Distrito Federal, 53.5 de la población de 18 a 65 años (cerca de 3 millones de persona ,1 millón 781 mil hombres y 1 millón 215 mil mujeres) alguna vez han probado el cigarro y la edad promedio de inicio de consumo entre esta población es de 17.1 años. Las dos razones principales para el inicio del consumo de tabaco fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores, 56.2 y 35.4 % respectivamente.

En 2010 (CNN, 2010) el gobierno mexicano cumplió 15 años de regulaciones para erradicar el tabaquismo; desde 1995 ha habido alzas constantes de impuestos al cigarro.

Después, con el apoyo de los gobiernos locales en 2008, se prohibió fumar en oficinas públicas, restaurantes y bares de algunas ciudades del país. En 2010, se obligó a las tabacaleras a vender cajetillas con leyendas y fotos ejemplificando los daños que causa fumar.

Sin embargo, esto no ha arrojado los resultados que se pudieran esperar ya que el consumo de tabaco en México va en aumento, pues en el año 2000 existían 9 millones de fumadores (CNN, 2008), a diferencia de los 15 millones que existen actualmente.

El consumo de tabaco no sólo se ha elevado si no que existe una tendencia a que mientras los adultos dejan de fumar, los niños fuman cada vez más; de acuerdo con Justino Regalado, titular de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco de la Secretaría de Salud, los nacidos en 1930 o antes señalan que empezaron a fumar a los 22 años y los nacidos en 1990 o después, indican haberlo hecho a los 11 años, pese a que la venta en México está prohibida a menores (CNN, 2008)

2.4. Control del tabaquismo

Desde hace algunas décadas, gobiernos de todo el mundo están realizando valiosos esfuerzos para controlar la epidemia tabáquica. Se pretende reducir el número de fumadores, retrasar la edad de inicio del consumo del tabaco, incrementar la protección a los no fumadores, disminuir el consumo de tabaco y fomentar la cesación (Kuri et al, 2006).

Como ya se ha mencionado, se han estado tomando diversas medidas para el control de tabaco: se han aumentado los impuestos, se han declarado lugres 100% libres de humo de tabaco, aparecen pictogramas en las cajetillas de cigarros alusivas a los daños del uso del tabaco. Todas estas medidas y otras más, que a nivel mundial se están implementando para el control del consumo de tabaco, se rigen por el Convenio Marco para el Control de Tabaquismo (CMCT) de la OMS, éste es un tratado mundial que entró en vigor en 2005 con el objetivo de proteger a las generaciones presentes y futuras del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco (OMS, 2008). Los Países Parte se comprometen a cumplir con ciertas medidas para controlar el consumo de tabaco.

Para ayudar a los países a llevar a cabo las medidas del CMCT, la OMS elaboró un instrumento llamado MPOWER, que incluye las seis políticas más eficaces que pueden poner freno a la epidemia del tabaquismo (OMS, 2011):

Política MPOWER 1 (Monitoring): Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención

Es preciso impulsar la evaluación del consumo de tabaco y sus efectos. Actualmente, la mitad de los países del mundo - dos de cada tres en el mundo en desarrollo - no disponen siquiera de información básica sobre el consumo de tabaco entre jóvenes y adultos.

Política MPOWER 2 (Protecting): Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco

El consumo de tabaco está permitido en las oficinas públicas, los espacios de trabajo y otros lugares cerrados de más de la mitad de los países del mundo, lo que representa cerca de las dos terceras partes de la población mundial. La aplicación de políticas que favorecen los lugares de trabajo libres de tabaco en varias naciones industrializadas ha permitido reducir su consumo entre los empleados en un 29% por término medio.

Política MPOWER 3 (Offering): Ofrecer ayuda para poder dejar de consumir tabaco

Tres de cada cuatro fumadores, conscientes de los peligros del tabaco, quieren dejar de fumar. Sólo el 5% de la población mundial dispone de servicios completos para el tratamiento de la dependencia del tabaco. A los fumadores les resulta difícil abandonar su hábito sin ayuda, y la mayoría debe recurrir a ella para superar su dependencia. Los sistemas de atención de salud de los países son los principales responsables de ofrecer el tratamiento para la dependencia del tabaco.

Política MPOWER 4 (Warning): Advertir de los peligros del tabaco

Las advertencias gráficas en los paquetes de productos de tabaco disuaden de su consumo, pero sólo en 15 países, que representan el 6% de la población mundial, es obligatorio incluir advertencias ilustradas que abarquen al menos el 30% de la superficie principal.

Más del 40% de la población mundial vive en países donde no se impide el uso de términos desorientadores y engañosos en los paquetes, por ejemplo, «light», «ligeros» y «con bajo contenido en alquitrán», ninguno de los cuales significa que se reduzca de hecho el riesgo para la salud.

Política MPOWER 5 (**E**nforcing): Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio

Alrededor de la mitad de los niños del mundo vive en países donde no se prohíbe la libre distribución de los productos de tabaco. Estudios comparativos a escala nacional, realizados antes y después de prohibir la publicidad del tabaco, muestran que tras las prohibiciones, su consumo ha disminuido hasta un 16%.

Política MPOWER 6 (**R**aising): Aumentar los impuestos y las tasas al tabaco

En general, un aumento del 10% en los impuestos al tabaco disminuye su consumo en un 4% en los países con ingresos elevados, y en cerca de un 8% en los de ingresos bajos y medianos. Un aumento del 70% en el precio del tabaco evitaría hasta una cuarta parte de todas las muertes conexas entre los fumadores actuales.

3. ADOLESCENCIA

De acuerdo con la OMS (2008) una de cada 5 personas en el mundo es adolescente; casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga de morbilidad total de los adultos están relacionadas con condiciones o comportamientos que se inician en la juventud, incluidos el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección o la exposición a la violencia. Tomando en cuenta lo anterior es que se considera importante el estudio de conductas nocivas a la salud en esta etapa del desarrollo, ya que la promoción de prácticas saludables durante la adolescencia y

los esfuerzos que protejan mejor a este grupo de edad frente a los riesgos garantizarán a muchos una vida más larga y productiva.

3.1 Definición

La palabra adolescencia proviene del verbo latino *adolescere*, que significa crecer o crecer hacia la madurez. La adolescencia es un periodo de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la de adulto (Horlock, 1991).

Por lo general, la mayoría de las definiciones de adolescencia tienen un punto de vista biológico. En Horrocks (1984) encontramos que una persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse; por lo general a esto se les conoce como el comienzo de la pubertad que fluctúa entre los 10 y 15 años en la mayoría de los hombres, y en las mujeres generalmente entre los 9 y los 14 años. Sin embargo, por las características de cada persona, existen casos en que alguien de 10 a 12 años aparenta más edad y se le llama adolescente, por lo que en este sentido, podría decirse que la adolescencia comienza por consenso social.

Son tantos los factores (personales, culturales e históricos) que influyen en el logro de la madurez personal que es casi imposible establecer edades precisas, por lo que de manera general se puede definir la adolescencia como el periodo de la segunda y parte de la tercera década de la vida (Horrocks, 1984).

Siguiendo con el propósito de definir el concepto de adolescencia para poder determinar las características principales de esta etapa del desarrollo, en Orozco (1998) encontramos las siguientes definiciones:

Adolescencia, como palabra deriva de la voz latina *adolescera* que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez (Muuss, 1957).

La adolescencia es un vasto periodo acelerado de crecimiento físico y psicológico (Josselyn, 1973).

De acuerdo con el Grupo para el Progreso de la Psiquiatría (GAP, 1968) la adolescencia es un fenómeno evolutivo específico del hombre, diferenciándola de la

pubertad considerada primordialmente como un proceso de crecimiento, maduración y hormonal, mientras la adolescencia es, además, un proceso psicológico, social y de maduración suscitado por la pubertad.

Coleman (1980) se refiere a la adolescencia como un estadio del desarrollo complejo y contradictorio, al que considera como el estadio del ciclo vital que comienza en la pubertad y concluye cuando el individuo alcanza la madurez.

Osterrieth (1969) señala que la adolescencia siempre será continuación inevitable de la niñez.

La adolescencia es la edad en la que el individuo se integra dentro de la sociedad de los adultos, la edad en la que ya no se siente por debajo del nivel de sus mayores, sino un igual al adulto por lo menos en cuanto a sus derechos y más frecuentemente por encima de él, debido al narcisismo y el egocentrismo a menudo señalado (Piaget, 1969).

Schonfeld (1969) define la adolescencia como una fase dinámica en el continuo de la vida durante la cual tiene lugar profundos cambios en el desarrollo físico, fisiológico y bioquímico, así como en de la personalidad, de manera tal que el niño se transforma en adulto sexualmente atractivo capaz de intervenir en la reproducción.

Dupont (1976) señala que el término adolescencia connota una peculiar fenomenología en la que participan complejos hechos de índole biológica, psicológica, sociológica y cultural, que interactúan y se influyen de manera muy importante los unos a los otros.

Blos (1962) afirma que el término adolescencia se emplea para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad, la cual se emplea para calificar las manifestaciones físicas de la maduración sexual.

Knobel (1970) se refiere a la adolescencia como la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de elementos biofísicos en desarrollo a sus disposición y que a s vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genita, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil.

3.2. Primeras ideas alrededor de la adolescencia

En Grinder (2001) encontramos información acerca del origen y las primeras ideas alrededor de la adolescencia.

La adolescencia fascinó siempre a los filósofos que buscaban un mejor futuro para la humanidad mediante la socialización de la juventud para lograr una sociedad transformada; por ejemplo, Platón y Aristóteles contribuyeron notablemente al entendimiento de la adolescencia pues ambos reconocieron la existencia de una jerarquía de acontecimientos evolutivos y otorgaron especial importancia al proceso de la capacidad de raciocinio durante la adolescencia, además ambos eran de la opinión de que el proceso de la socialización alcanzaba la perfección cuando se daba un ambiente propicio que favoreciera el despliegue de las almas.

Los presupuestos de Aristóteles contribuyeron en forma importante a las interpretaciones del desarrollo adolescente a principios del siglo XX sin embargo, durante siglos, los adelantos de los griegos quedaron oscurecidos por la miopía cultural de la Europa medieval.

En la Edad Media, el niño pasaba la sociedad de los adultos o bien podía sustraerse a la solicitud constante de la madre o del ayo.

En el Medievo, los niños andaban mezclados con los adultos (especialmente en las clases inferiores), participando en su trabajo y solaces tan pronto como les fuera posible; los niños eran compañeros de los adultos y no se distinguían de estos en la indumentaria, pues tan pronto como el niño dejara las fajas (prenda que le envolvía el cuerpo ajustadamente durante la infancia) se le vestía como hombre o mujer.

Los niños de las clases bajas, vástagos de campesinos y artesanos, jugaban en los pastos del pueblo, en las calles de la ciudad, en los talleres y en las cubas de las tabernas; se daba por sentado que los niños eran indiferentes al sexo, por lo que los adultos se aprovechaban de ellos para sus recreos, además los ademanes obscenos y

contactos físicos entre niños estaban generalmente aceptados e incluso se le alentaba para el entretenimiento de los adultos.

A medida que la iglesia medieval fue ganando influencia, se suscitó la compasión que por fin llevó a una reacción contra el trato que se daba a los niños como objetos de juego. Durante el siglo XVII, la educación de los niños cobró redoblada importancia, reavivándose la creencia platónica-aristotélica respecto de la necesidad de una ambientación temprana para la socialización; se juzgó que se había de resguardar a los niños de la sexualidad libertina que los adultos toleraban y que se debía proceder a vigorizar su inocencia educándoles el carácter y la razón. Durante el mismo siglo, los éxitos del monarquismo condujeron a la implantación del punto de vista de que no se debía dejar al niño sólo entregado a sus antojos, por lo que en los internados en los que el niño quedo sujeto a una severa disciplina, además para fomentar la modestia se recomendaba a los padres a que dieran una cama individual a cada niño y que nunca los desnudaran en presencia del sexo opuesto.

Los clérigos afirmaban que el niño era frágil criatura de Dios que debía ser protegida y reformada, que había que tratarlo con cariño y cuidado y se le debía que animar a que se disciplinara y adquiriera buenos modales.

Fue a medida en que los hombres de autoridad empezaron a apreciar la naturaleza única de la niñez, que se dio importancia social y moral de los niños en instituciones especiales, con lo que se distinguió entre niñez y adolescencia y el florecimiento de las escuelas durante los siglos XVI y XVII sirvió para fortalecer la distinción entre ambas, pero fue hasta inicios de del siglo XX que ya se tenía el escenario para ver de manera nueva la adolescencia, pues los métodos de investigación empezaron a aplicarse en las ciencias sociales, formándose nuevas síntesis en torno al desarrollo humano.

3.3 Consideraciones generales de la adolescencia

Los cambios biológicos que comienzan en la adolescencia son universales, pero la diferencia en su expresión y momento de aparición son enormes y dependen del sexo, de los genes y de la nutrición; los cambios psicosociales durante esta segunda década de la vida muestran mayor diversidad que los aspectos biológicos o cognitivos: los

adolescentes desarrollan sus propias identidades, eligiendo entre un gran número de caminos sexuales, políticos y educacionales (Berger, 2004).

De acuerdo con Hurlock (1991) la adolescencia se inicia cuando el individuo accede a la madurez sexual y culmina cuando se independiza legalmente de la autoridad de los adultos. Como promedio y tomando en cuenta que establecer el comienzo de la adolescencia es muy difícil debido a que la madurez sexual es muy variable, la adolescencia se extiende de los 13 a los 18 años en las mujeres y de los 14 a 18 años en los hombres.

Dado a que hay diferencias entre los patrones de conducta de adolescentes menores y mayores, Hurlock (Ibid) indica que puede ser dividida en dos periodos: adolescencia inicial y adolescencia final.

La adolescencia inicial se ubica en las niñas desde alrededor de los 13 hasta los 17 años y en los varones desde alrededor de los 14 años hasta los 17, según el momento en el que se alcanza la madurez sexual. La adolescencia final se ubica desde los 17 hasta los 18 años, periodo para el que usualmente se le da el término juventud. Se dice que un adolescente mayor es un joven, lo que indica que la conducta característica de este periodo se asemeja a la de un adulto.

En Papalia, Wendkos y Duskin (1984) encontramos que sólo hasta el siglo XX se reconoció a la adolescencia como un periodo diferenciado de la vida en el mundo occidental y que los niños y las niñas alcanzan más temprano la madurez sexual en los países desarrollados que en los países en desarrollo. De acuerdo con estos autores (Ibid) la adolescencia es un largo periodo entre el paso de la niñez a la adultez; una transición del desarrollo que implica cambios físicos, emocionales y sociales.

Aunque tradicionalmente se creía que la adolescencia y la pubertad comenzaban al mismo tiempo alrededor de los 13 años, hoy sabemos que los cambios propios de la pubertad tienen lugar incluso antes de los 10 años. La adolescencia abarca aproximadamente el lapso entre los 11 y 19 o 20 años. (Ibíd.).

3.4. Puntos de referencias en el estudio de la adolescencia

De acuerdo con Horrocks (1984), en general son seis puntos de referencia más importantes de los cuales se considera el crecimiento y desarrollo del adolescente:

1.-La adolescencia es una época en la que el individuo se hace cada vez más consciente de si mismo, trabaja gradualmente hacia la auto estabilización que caracterizara su vida adulta. Durante este periodo, el joven aprende el rol personal y social que con más probabilidad se ajustara a su concepto de si mismo así como a su concepto de los demás.

2.-La adolescencia es una época de búsqueda de estatus como individuo; la sumisión infantil tiende a emanciparse de la autoridad paterna y por lo general, existe una tendencia a luchar contra aquellas relaciones en las que el adolescente queda subordinado debido a su inferioridad en edad, experiencia y habilidades.

3.-La adolescencia es una etapa en las relaciones de grupo adquieren la mayor importancia. En general, el adolescente esta muy ansioso por lograr un estatus entre los de su edad y el reconocimiento de ellos; desea conformar sus acciones y estándares a las de sus iguales.

4.-La adolescencia es una época de desarrollo físico y crecimiento que sigue un patrón común a la especie, pero también es idiosincrásica del individuo. Durante este tiempo se alcanza la madurez física.

5.-La adolescencia es una etapa de expansión y desarrollo intelectual así como de experiencia académica. La persona encuentra que debe ajustarse a un creciente número de requisitos académicos e intelectuales.

6.-La adolescencia tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores. Es un tiempo de conflicto entre el idealismo juvenil y la realidad. En primer lugar existe una continua necesidad de ajuste a las situaciones en las que las personas no tienen experiencia frecuentemente surge la demanda de adoptar patrones de conducta adulta antes de que el joven este preparado emocional o socialmente. A menudo, el

adolescente tiene que afrontar valores contradictorios debido a dependencias creadas culturalmente.

3.5. La adolescencia como construcción social.

De acuerdo con Aguirre (1994) la adolescencia es una invención de occidente, pues en las sociedades no desarrolladas el tránsito entre la infancia y la adultez era procesado a través de los breves y traumáticos ritos de iniciación.

De igual manera, Papalia, Wendkos y Duskin (1984) afirman que la adolescencia es una construcción social. En las sociedades preindustriales no existía este concepto y en ellas se consideraba que los niños eran adultos cuando maduraban físicamente o empezaban el aprendizaje de una vocación; ya en el siglo XX, como ya se indicó en este trabajo, la adolescencia fue definida como una etapa diferenciada de la vida en el mundo occidental y aunque en la actualidad se ha convertido en un fenómeno global, puede adoptar distintas formas en diferentes culturas.

En casi todo el mundo, la entrada a la adultez insume más tiempo y es menos clara que en el pasado, la pubertad inicia más temprano que antes y el ingreso a una vocación ocurre más tarde y a menudo requiere periodos más largos de educación entrenamiento vocacional como preparación para las responsabilidades adultas (Ibíd.).

3.6 Actitudes hacia la adolescencia

La transición desde la infancia hasta la adultez es normalmente un periodo difícil tanto para el grupo social como para el individuo (Hurlock, 1991).

De manera general es sabido que la adolescencia es un periodo de gran tensión tanto para el adolescente como para los padres; es en esta etapa en donde la rebeldía del adolescente se agudiza y es común escuchar que existen más peleas y diferencias con los padres que en alguna otra etapa.

El estereotipo desfavorable del adolescente ha tenido un efecto dañino tanto sobre las actitudes y relaciones de adultos con adolescentes como sobre las actitudes de los jóvenes hacia sí mismos y sobre las relaciones de estos con los mayores. (Ibid).

Muchos adolescentes ven la adultez con un sentimiento combinado de prevención y temor; el conocimiento de los sentimientos de los adultos hacia el adolescente, lleva a éstos últimos a resentirse contra aquellos (Ibid).

Lo anterior lleva por lo regular a que el adolescente vea en los padres, en vez de una figura de autoridad, un enemigo en quien poco se puede confiar y a quien es mejor desobedecer, a pesar de que los padres o las figuras de autoridad se preocupen por las cuestiones propias de éste.

3.7. Adolescencia y tabaquismo

A principios de los setenta, la industria la publicidad unía el fumar con el atletismo, la belleza, la masculinidad, la juventud y el intelecto; entre los modelos de que poseían los adolescentes se encontraba el fumar. Estos veían fumar a sus padres, a su maestros y a los héroes de cine y televisión, por lo que se sentían tentados a seguir el ejemplo (Grinder, 2001).

Estudios en imagenología (Papalia, Wendkos y Duskin, 1984) revelan que el desarrollo del cerebro del adolescente aún se encuentra en progreso, lo que puede permitir sentimientos que anulan la razón e impiden que presten atención a las advertencias que los adultos consideran lógicas.

El sub desarrollo de los sistemas corticales frontales asociados con la motivación, la impulsividad y la adicción puede explicar por que los adolescentes tienden a buscar emociones y novedad (Bjork et al., 2004; Chambers, Taylor y Potenza, 2003, citados en Papalia, Wendkos y Duskin, 1984).

Esta información, adicional a la búsqueda de identidad propia de la adolescencia, puede explicar el por que es en esta etapa cuando, por lo general, comienza el consumo de sustancias.

De acuerdo con la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (OPS, 2002) en países como Chile cerca del 40% de los adolescentes fuma; de hecho este país cuenta

con la mayor prevalencia de tabaquismo en adolescentes de 13 a 15 años de edad, seguido de Estados Unidos, Costa Rica, México, el Caribe Latino y el Caribe angloparlante.

La gran mayoría de los consumidores de tabaco de todo el mundo empieza a fumar durante la adolescencia; actualmente, más de 150 millones de adolescentes consumen tabaco, cifra que aumenta a escala mundial (OMS, 2008).

La ENA (INEGI, 2011) reporta que en México existen 1.7 millones de fumadores activos adolescentes, con un promedio de consumo de 4.1 cigarrillos al día. La prevalencia de fumadores en adolescentes es de 24.7% y aproximadamente el 77.8% nunca ha fumado.

3.8. Facilitadores para el consumo de tabaco

Horowitz (1966, citado en Grinder, 2001) afirma que mientras los jóvenes pueden parecer que se revelan contra los padres optando por fumar, en realidad no hacen sino seguir un modelo y tratar de entrar en el agrado de alguien. De acuerdo con Alexander, Piazza, Mekos y Valente (2001, citado en Martínez 2005) se ha encontrado persistentemente que el riesgo de fumar se asocia con tener amigos que fuman.

Coleman, Hendry y Kloep (2008) señalan que el consumo de sustancias en la adolescencia en primer lugar se relaciona con cambios de sus preferencias en cuanto al uso de su tiempo libre. En comparación con niños y adolescentes menores, los adolescentes pasan más tiempo con sus amigos fuera de la casa de sus padres. De igual manera asistir a bares, discotecas y fiestas se vuelve una actividad importante para el desarrollo y conservación de amistades. Debido a que algunas actividades de tiempo libre se llevan a cabo en situaciones en que coincide la ocurrencia de ciertas conductas de riesgo, como el fumar y beber, y el desarrollo de pares, se podría asumir que algunas conductas de este tipo facilitan la integración a grupos de referencia.

Coincidiendo con esto, Grinder (2001) indica que los adolescentes suelen fumar por alguno de estos motivos: curiosidad, placer, para hacer aceptados entre los camaradas y emulación de los modelos de los adultos. Para continuar con el uso de tabaco, los principales incentivos son los camaradas y los padres.

En el desarrollo de la conducta de fumar, Gómez-Durán, Gonzales y García (1998, citados en Calleja, 2009) distinguen cuatro fases previas entes de la adicción: preparación, iniciación, pruebas y habituación.

1. Fase preoperatoria: Los niños de 10 años o menos se forma una imagen del fumador y perciben las funciones potenciales de esta conducta, que serán la base con la que más adelante configuraran expectativas, creencias y actitudes que afectaran su decisión de probar su prime cigarro.
2. Fase de iniciación: el niño o adolescente prueba sus dos o tres primeros cigarros (de los 10 a los 14 años). Frecuentemente esta experiencia es desagradable; sin embargo, más de 30% de los chicos que fumen un primer cigarro avanzan hacia el segundo. La interpretación que hace de las sensaciones que experimenta depende de sus esquemas cognoscitivos.
3. Fase de pruebas: el adolescente fuma de forma repetida pero irregular. Es una etapa de aprendizaje en la que aprende como sostener el cigarro, donde guardarlos, así como obtener la aprobación de los pares, mejorar sus autoimagen y obtener refuerzos fisiológicos. Los jóvenes comienzan a desarrollar tolerancia a los componentes del tabaco y a sentir placer al fumar sin embargo aun no se definen a sí mismos como fumadores.
4. Fase de habituación: el adolescente (de los 14 a los 18 años) conoce ya los beneficios que obtiene al fumar: controlar la ansiedad, tener más confianza, controlar su peso, etc., y fuma para conseguirlos, de tal manera que la conducta es reforzada con cada bocanada, ya se en términos fisiológicos, psicológicos o sociales. Es la antesala de la adicción.

3.9. Consecuencias del uso de tabaco en la adolescencia

Tomando en cuenta los daños que se sabe causa el tabaco en gente adulta y que en la adolescencia el individuo se encuentra en proceso de maduración, incluido el aspecto biológico, podemos imaginar que el daño que causa el tabaquismo en esta etapa es incluso mayor que en etapas posteriores.

El uso del tabaco disminuye el consumo de alimentos e interfiere con la absorción de nutrientes y como consecuencia, el promedio de crecimiento de una persona desciende. Los fumadores juveniles habituales son significativamente más bajos y más pequeños de lo que habrían sido si no hubiesen empezado a fumar antes de completar su crecimiento (Berger, 2004).

La nicotina presente en el tabaco es tal vez la droga más adictiva de todas, lo que lleva a que la gran mayoría de los adolescentes que se vuelven fumadores regulares rápidamente se convierten en adictos.

En Dulanto (2000), encontramos que las adolescentes que fuman durante el embarazo tienen mayor riesgo de tener un hijo de bajo peso, un parto prematuro o muerte perinatal. Los hijos de madres fumadores tienen más padecimientos respiratorios y sus complicaciones; el joven fumador tiene una disminución de volumen/minuto y de la capacidad vital respiratoria.

Es importante el estudio del consumo de sustancias, como el tabaco, en la adolescencia debido a que, adicional a los datos existentes que indican que en su mayoría los fumadores iniciaron su adicción en la adolescencia y en los últimos años la gente empieza a fumar cada vez a más temprana edad (CNN, 2008), de acuerdo con la OMS (2008) la promoción de prácticas saludables durante la adolescencia y los esfuerzos que protejan mejor a este grupo de edad frente a los riesgos garantizarán a muchos una vida más larga y productiva.

4. CREENCIAS

4.1. Definición

De acuerdo con Jones y Gerard (1992, citado en Martínez, 2008), la creencia expresa la relaciones entre dos categorías cognitivas cuando ninguna define a la otra, por lo que la creencia se refiere a las características asociadas a un objeto.

Pepitone (1991) señala que en el campo de la Psicología Social a las creencias se les ha estudiado muy poco y se les ha dado poca importancia. Para él, las creencias son conceptos normativos que se crean en grupos, particularmente en grupos culturales; adicional a esto, indica que las creencias son estructuras relativamente estables que representa lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa.

En un estudio (Pepitone, 1991) sostiene que las creencias son muy resistentes al cambio debido a que tiene raíces muy profundas, por lo que no pueden ser cambiadas muy fácilmente.

Desde el punto de vista de Fishbein (1967, citado en Rincón, 2011) las creencias son hipótesis concernientes a la naturaleza de un objeto y los tipos de acciones que podrían tomarse con respecto a él.

Hernandez, Suarez, Martinez-Tovisco, et. al. (1997, citados en Rincón, 2011) indican que desde las investigaciones en Psicología Social se define a las creencias como conceptos proposicionales que señalan el grado en que un objeto posee determinada característica y sobre la que se puede estimar acuerdo o veracidad.

Según DiMatteo (1991, citado en Quintanar, 2005) una creencia es un constructo hipotético que implica una afirmación de la relación entre algún objeto, acción o idea y algún atributo; algunas se derivan de la experiencia directa y otras son aprendidas de modelos.

Greene (1988) define la creencia como una convicción de que el fenómeno u objeto es real o verdadero: la fe, la confianza y verdad son palabras que se usan para significar creencias.

Fisbein y Ajzen (1975) definen la creencia como la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, valor, concepto o atributo.

De acuerdo con Fishbein (1976 a y 1976 b) la creencia, a diferencia de la actitud, representa la información que la persona tiene acerca del objeto, que es unido a algún atributo, en tanto que la actitud constituye la dimensión evaluativa favorable o desfavorable del objeto. Sin embargo, ambas permiten predecir la conducta. La totalidad de las creencias de un individuo pueden ser vistas como un sistema de creencias. Se la

ha asociado con estímulos dados, pero también puede ser visto como un grupo jerarquizado de respuestas. Los sujetos difieren en sus creencias con respecto al objeto.

Díaz Guerrero (2002, citado en Rodríguez y Sotelo, 2007) define a las creencias como un producto cultural que constituye una premisa sociocultural que respalda a cultura y sus fuerzas. Por lo que el conocimiento de factores culturales para este autor es de suma importancia debido a que son determinantes en el comportamiento individual, aspecto que permite identificar las semejanzas encontradas en las acciones de las persona, en virtud del apoyo que proporciona el grupo social.

Greene (1988), menciona tres características de las creencias: primero, otras personas pueden clasificarlas de falsas o verdaderas; segundo, las creencias tienen un elemento cognoscitivo que es lo que la persona sabe o cree saber al respecto; tercero, las creencias tienen un componente afectivo el cual hacer referencia al valor al grado de importancia que tiene una determinada creencia para un individuo en una situación dada.

Álvarez (2002, citado en Granados y Núñez, 2006), comenta que las creencias son ideas y prácticas generalizadas basadas en la tradición y que se adoptan de forma acrítica por los miembros del grupo, comunidad y sociedad, debido a que son interpretadas como correctas o adecuadas.

Con las anteriores definiciones, entonces concretamos que la creencia es una idea, cierta o no, de la que una persona está convencida y se expresa como atributo o característica de algún evento, conducta, objeto o relación entre objetos.

4.2. Tipos de creencias

Existen diversas clasificaciones de creencias, por un lado Paez y cols. (2007, citado en Rincón, 2011) proponen tres categorías para clasificar las creencias: 1) creencias sobre la benevolencia, 2) creencias sobre el sentido del mundo, el control, el azar y la justicia y 3) creencias sobre la dignidad de uno mismo.

Las primeras a su vez se dividen en creencias sobre el carácter benevolente del mundo en general y de los hechos que en él ocurren, y las creencias sobre el mundo social benevolente y los otros en quien confiar.

Las creencias sobre el carácter benevolente del mundo en general, señalan un balance globalmente positivo del mundo; estas creencias hacen que las personas se sientan relativamente invulnerables piensen en un futuro positivo. Las creencias del mundo social benevolente y los otros en que confiar, las personas tienden a creer que el mundo social es benevolente y las personas son buenas, lo que las lleva a sentirse integradas socialmente.

Continuando con Paez y cols. (2007, citado en Rincón, 2011) las creencias sobre el sentido del mundo, el control, el azar y la justicia hacen referencia al sentido del mundo y llevan a las personas en general a pensar que el mundo tiene sentido propósito, que existe un orden y predictibilidad en el mundo y que, por lo tanto, se puede entender y comprender.

Por último, las creencias sobre la dignidad de uno mismo, se centran sobre sí mismo y su carácter merecedor y digno de respeto. Son creencias positivas hacia uno mismo, como el autoestima (Rincón, 2011).

De acuerdo con Ajzen y Fisbein, 1980, citado en Martínez, 2008) las creencias pueden clasificarse en descriptivas, inferenciales e informativas. Esta tipología corresponde a los diferentes procesos de formación de una creencia. Primero, la relación entre objeto y su atributo se establece mediante la observación directa (creencia descriptiva. Segundo, se establece tal relación por medio de procesos de inferencia que provienen de otra creencia acerca del objeto (creencias inferencial). Tercero, se acepta la relación entre el objeto y su atributo proveniente de una fuente externa (creencia informativa).

Pepitone (1991) propone la siguiente clasificación de creencias:

1. Natural material: se refiere a aquello que existe en el mundo material; aquello que de alguna manera es concreto o que puede ser analizado como material en alguna medida.

2. Sobrenatural (religión-secular): se refieren a objetos, lugares sagrados o eventos sobrenaturales y entidades o poderes espirituales. Estas creencias de manera general se relacionan con las creencias de control sobre eventos que suceden en la vida y en el destino.
3. Creencias psicológicas: se refieren a procesos mentales o procesos internos que determinan o facilitan ciertos resultados.
4. Creencias morales: son las que tienen que ver con los estados de bondad y rectitud y como llevarlos a la practica. Muchas de estas creencias se relacionan con la justicia, la cual a su vez se relaciona con creencias en deidades y poderes divinos, ya sea de forma directa o indirecta.

4.3. Creencias, intenciones conductuales y conducta

De acuerdo con Fishbein y Ajzen (1975, citado en Perlman y Chris, 1986), podemos distinguir las actitudes de las creencias tomando en cuenta que mientras las actitudes se refieren a una evaluación favorable o desfavorable de una persona hacia un objeto, las creencias representan la información que esta persona tiene acerca del objeto, además de que una creencia une específicamente un objeto con algún atributo.

Tomando esto en cuenta, podemos afirmar que las personas difieren de la intensidad de sus creencias, por ejemplo, una persona puede tener la creencias de que el tabaquismo es algo en su totalidad negativo para la salud, mientras que otra puede creer que es negativo pero no del todo. Esto nos lleva a tomar en cuenta otro aspecto de las creencias: son lo que la gente ve de manera subjetiva como probabilidad de que determinado objeto tenga ciertos atributos. En otras palabras, una creencia une un objeto a un atributo en una probabilidad de 0 a 1 (Perlman y Chris, 1986).

Siguiendo con Perlman y Chris (1986), si uno tiene una actitud positiva o negativa hacia algo, depende de si las creencias relevantes son evaluadas positivamente o negativamente y de la fuerza con que son sostenidas estas creencias.

Otro concepto que podemos diferenciar entre actitud y creencia es el de intención conductual. Tomando en cuenta lo anterior, tenemos que las actitudes son las evaluaciones o sentimientos hacia un objeto, y las creencias son eslabones entre el

objeto y varios atributos, la intención conductual es la intención o disposición de una persona en desarrollar conductas específicas.

Las intenciones conductuales, de manera similar al de las creencias, son probabilidades subjetivas, debido a que ambas son estimaciones personales de la probabilidad de observar una conducta específica.

El último concepto que podemos diferenciar es el de conducta, que se refiere a los actos que podemos observar de manera directa. Aquí entra la principal diferencia entre estos conceptos, pues mientras las actitudes, creencias y las intenciones conductuales son internas y no tenemos manera de observarlas, la conducta es directamente observable.

Retomando a Fishbein y Ajzen (1975, citado en Perlman y Chris, 1986) sugieren que las creencias de una persona acerca de un objeto influyen en las actitudes que desarrolla hacia el objeto, que las actitudes influyen en como la persona pretende actuar sobre un objeto y que las intenciones conductuales influyen en como una persona realmente termina por conducirse hacia un objeto.

4.4. Formación de las creencias

Ajzen y Fishbein (1975) mencionan que las creencias se forman a partir de las experiencias pero también pueden formarse a través de la observación directa, a través de la información de otras personas o pueden ser generadas a través del proceso del pensamiento. También afirman que algunas creencias pueden ser muy persistentes y resistentes al paso del tiempo pero contrariamente hay algunas que pueden incluso ser reemplazadas por nuevas creencias.

Por otra parte, Epstein (1994, citado en Rincón, 2011) postuló que las personas desarrollan de forma automática modelos del mundo en el que viven que están constituidos por creencias, él llama a estos modelos teorías de la realidad ya que considera que son una especie de teorías que de forma automática interpretan, codifican y organización las experiencias y dirigen la conducta.

Sostiene además que las personas tienen dos sistemas de procesamiento de la información que son paralelos, uno llamado racional y el otro experiencial preconscious. El sistema experiencial preconscious está íntimamente relacionado con las emociones y es básicamente hedonista, así que lleva a las personas a buscar el placer y evitar el dolor. Las creencias a las que este sistema da lugar son implícitas (de ahí el nombre de experiencial preconscious) y provienen de la experiencia directa y su posterior generalización. Este sistema procesa la información de manera automática, holística y sin esfuerzo; su base es la experiencia, por lo que el criterio de verdad es la experimentación: experimentar es creer. Debido a esto, los cambios de creencias en este sistema son lentos y difíciles, se dan únicamente como resultado de experiencias repetitivas e intensas.

Con respecto al sistema racional, Epstein (Ibíd.) lo describe como un sistema evolucionado que procesa la información de manera intencional y abstracta. Tiene como criterios de verdad la lógica, la razón y la evidencia, lo cual lleva a que en este sistema los cambios de creencias sean más rápidos, pues sólo se requiere que exista evidencia.

En general existen básicamente dos formas de las cuales provienen las creencias, una de ellas es la experiencia personal con el objeto de la creencia y la otra es la información que recibimos de la demás gente.

4.5. Definición de las actitudes

Una de las definiciones más sencillas de actitud la sugirió Bem (1970, citado en Perlman, 1986), indicando que las actitudes son lo que nos gusta y lo que no nos gusta, nuestras afinidades y aversiones hacia objetos, situaciones, personas, grupos y cualquier otro aspecto identificable de nuestro ambiente, incluso ideas abstractas y políticas sociales.

Así, tenemos que las actitudes son nuestros sentimientos evaluadores (bueno, malo) hacia determinados blancos: son afectivas o emocionales, y se refieren primordialmente a lo favorable de nuestros sentimientos hacia un blanco en particular (Perlman y Chris, 1986).

De acuerdo con Casas y Rubio (2006) las actitudes tienen las siguientes características:

- Son adquiridas, es decir el resultado de la historia de cada hombre.
- Son estables, perdurables, difíciles de mover y cambiar.
- Son raíz de conducta, pero no la conducta misma, ya que son las precursoras y determinantes de nuestro comportamiento. Conllevan a un impulso operativo y resultan ser nuestras tendencias de actuar, las predisposiciones para responder ante las múltiples estimulaciones que nos llegan.
- Son un proceso cognitivo y su raíz es cognitiva.
- Conlleva a procesos afectivos: ya que los valores que tienen nuestras actitudes ponen en juego nuestros deseos, nuestra sensibilidad y nuestra voluntad como segundo principio motor de nuestros actos y hábitos.
- Son un proceso complejo e integral.
- Son cualidades radicales.
- Evocan un sector de la realidad y se refieren a determinados valores.
- Son transferibles y pueden actualizar de modos diversos y hacia distintos objetos. Con una actitud podemos responder a múltiples y diferentes operaciones.

4.6. Formación de las actitudes

Las actitudes que tenemos hacia objetos, situaciones y problemas la vamos desarrollando a través de los años.

El modo en que sentimos acerca de objetos o personas, depende de lo que conocemos acerca de ellos: es decir, las actitudes (sentimientos) dependen de alguna manera de las creencias, que serian el conocimiento acerca del objeto (Perlman y Chris, 1986).

Fisbein y Ajzen (1975 y Ajzen y Fishbein, 1980, Ibid) presentaron un modelo entre las relaciones entre actitudes, creencias, intenciones conductuales y conductas. Proponen que las creencias de una persona acerca de un objeto determinan como se

siente la persona respecto al objeto, que sería la actitud. A su vez, las actitudes determinan las intenciones conductuales de la persona con respecto a ese objeto, y por último, estas intenciones conductuales determinan como el individuo se comporta hacia ese objeto.

Estos autores suponen que normalmente somos muy razonables y hacemos uso sistemático de la información de la que disponemos. Proponen que la gente considera las implicaciones de sus acciones antes de decidirse a conducirse o no de un cierto modo, (Fisbein y Ajzen, 1980, Ibid).

Debido a esto llaman a su teoría como la teoría de la acción razonada, en la que tomando en cuenta que las creencias son una serie de eslabones entre un objeto y un atributo, y que estos eslabones tiene una probabilidad de 0 a 1, llevan a cabo un proceso en el cual tomando en cuenta la probabilidad de las creencias que tenemos, se lleva a cabo la suma de éstas, y suponen que de esta forma podemos predecir la actitud. Por ejemplo, alguien puede creer que el internet es bueno para comunicarse (en una fuerza de creencia o probabilidad de .7), creer que el internet es una buena fuente de información (.9) y también creer que es a la vez una amenaza por la información que se maneja en algunas paginas (.8). Al sumar las probabilidades de sus creencias, con el resultado podemos predecir la actitud de esta persona con respecto al internet (Ibíd.).

4.7. Teoría de la Acción Razonada (TAR)

La Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975, citado en Rincón, 2011) sostiene que la conducta está determinada por la intención, a su vez la intención está motivada por las actitudes las cuales a su vez están influidas por las creencias, mismas que son el resultado de la evaluación positiva o negativa de un objeto y sus atributos

Estos autores proponen una cadena causal: “la conducta está determinada por las intenciones para ejecutar la conducta, las intenciones siguen a las evaluaciones o actitudes y las actitudes son función de las creencias más sobresalientes” (Javiedes, 2004, Ibíd.).

Fishbein y Ajzen (1975) postularon que hay dos determinantes primarios de la intención de realizar un comportamiento: la actitud hacia la ejecución de la conducta y la norma subjetiva, entendida como control social.

De acuerdo con Martínez (2008) esta teoría sugiere que la conducta de una persona está determinada por su intención para realizar la conducta y su intención está en función de su actitud hacia la conducta y su norma subjetiva. Para el propósito de predecir la conducta, es suficiente medir lo correspondiente a las intenciones conductuales. La consideración de actitudes y normas subjetivas constituye el primer paso hacia una comprensión de por qué las personas se comportan de la manera que ellos lo hacen.

Un entendimiento más profundo de los factores que influyen en la conducta, sin embargo, requiere que se busquen los determinantes de las actitudes y de los componentes normativos. Esta búsqueda lleva a considerar las creencias que los individuos sostienen sobre sí mismos y sobre el mundo en el que viven. Las creencias se encuentran detrás de las actitudes de una persona y las normas subjetivas determinan, finalmente, las intenciones y la conducta (Ibíd.).

Sin embargo, una limitante de esta teoría es que aplica sólo en las conductas que están bajo control voluntario de una persona y ante esta limitante surge después la Teoría de la Acción Planeada (Carpi, Brea y Palmero, 2005, citado en Rincón, 2011).

4.8. Teoría de la acción planeada (TAP)

Esta teoría es una variante de la TAR, en ella se introduce una variable llamada percepción de control con la finalidad de elevar el nivel de predicción de la TAR. Así, la percepción de control se explica a partir de las creencias acerca de la habilidad de ejecución, es decir, la confianza que el sujeto tiene en sí mismo para poder llevar a cabo la conducta (Ibíd.).

Como en la TAR, la teoría de la acción planeada se basa en la aceptación de los seres humanos normalmente se comportan de una manera sensata, que toman en cuenta la información disponible e implícita o explícitamente consideran las implicaciones de sus acciones (Martínez, 2008).

Con esta teoría, se tiene entonces que las creencias acerca de la facilidad o dificultad de realizar una acción afectaran la conducta y la situación en que ha de ser realizada, pudiendo impedir o facilitar su ejecución (Carpi, Brevia y Palmero, 2005, citado en Rincón, 2011).

En resumen, hemos visto como el uso del tabaco para fines religiosos y médicos estaba ampliamente extendido por el continente americano antes de la llegada de Colon en 1492 (Rico y Ruiz, 1990). De igual manera se abordó la definición de tabaquismo como la intoxicación crónica provocada por fumar (inhalar y exhalar) los humos producidos al quemar tabaco, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2007).

En el apartado de la epidemiología del tabaquismo, abordamos como el tabaco mata hasta la mitad de los fumadores (OMS, 2011) y que se estima que actualmente en el mundo existen 1 300 millones de fumadores (OMS, 2006). De acuerdo con el Atlas del Tabaco de la Sociedad Americana del Cáncer (ACS, 2010) en México existen alrededor de 15 millones de fumadores.

En cuanto al control del tabaquismo, observamos que la OMS elaboró un instrumento llamado MPOWER, que incluye las seis políticas más eficaces que pueden poner freno a la epidemia del tabaquismo (OMS, 2011): Monitorear, Proteger, Ofrecer ayuda, Advertir de los peligros, Hacer cumplir las prohibiciones y Aumentar las tasas al tabaco.

Posteriormente se abordó el tema de la adolescencia, donde retomamos la definición de Horlock (1991), que afirma que la palabra adolescencia proviene del verbo latino *adolescere*, que significa crecer o crecer hacia la madurez, por lo tanto la adolescencia es un periodo de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la de adulto. Se abordaron consideraciones generales al tema de la adolescencia y la relación, para los fines de este trabajo, entre la adolescencia y el tabaquismo. Pudimos observar como la Encuesta Nacional de Adicciones (INEGI, 2011) reporta que en México existen 1.7 millones de fumadores activos adolescentes, con un promedio de consumo de 4.1 cigarros al día. La prevalencia de fumadores en adolescentes es de 24.7% y aproximadamente el 77.8% nunca ha fumado.

Finalmente se tocó el tema de las creencias, donde retomamos que de acuerdo con Jones y Gerard (1992, citado en Martínez, 2008) la creencia expresa la relaciones entre dos categorías cognoscitivas cuando ninguna define a la otra, por lo que la creencia se refiere a las características asociadas a un objeto. También, desde el punto de vista de Fishbein (1967, citado en Rincón, 2011) vimos que las creencias son hipótesis concernientes a la naturaleza de un objeto y los tipos de acciones que podrían tomarse con respecto a él.

II INVESTIGACIÓN

Metodología

Objetivos

1. Se identificaran si las creencias que tienen los adolescentes acerca las consecuencias del tabaco y las características de los fumadores se relacionan con su conducta de fumar.
2. Se determinara si la cantidad de adolescentes hombres que fuman es mayor que la cantidad de adolescentes mujeres.
3. Establecer si las creencias sobre el tabaquismo de los adolescentes hombres son distintas a las creencias sobre el tabaquismo de las adolescentes mujeres.
4. Identificar si la edad de los adolescentes es factor para determinar las creencias que tiene sobre el tabaquismo.
5. Establecer si existe relación entre la intención de fumar de los jóvenes en el futuro y sus creencias acerca de las consecuencias del tabaco y su conducta tabáquica.

6. Determinar si las creencias sobre las consecuencias del tabaco y las características de los fumadores están relacionadas con las variables demográficas (sexo, edad), el promedio de calificaciones, el grado escolar, el tabaquismo en figuras de autoridad y su conducta tabáquica.

Preguntas de investigación

1. ¿Las creencias que los adolescentes poseen sobre las consecuencias del tabaco y las características de los fumadores se relacionan con su conducta de fumar?
2. ¿La cantidad de adolescentes hombres que fuman es mayor que la cantidad de adolescentes mujeres que lo hacen?
3. ¿Las creencias sobre el tabaquismo de los adolescentes hombres son distintas a las creencias sobre el tabaquismo de las adolescentes mujeres?
4. ¿La edad de los adolescentes se relaciona con las creencias que tiene sobre el tabaquismo?
5. ¿Existe relación entre la intención de fumar de los jóvenes en el futuro y sus creencias acerca de las consecuencias del tabaco y su conducta tabáquica?
6. ¿Las creencias sobre las consecuencias del tabaco y las características de los fumadores están relacionadas con las variables demográficas (sexo, edad), el promedio de calificaciones, el grado escolar, el tabaquismo en figuras de autoridad y su conducta tabáquica?

Hipótesis

1. Las creencias que los adolescentes poseen sobre las consecuencias del tabaco y las características de los fumadores se relacionan con su conducta de fumar.
2. La cantidad de adolescentes hombres que fuman es mayor que la cantidad de adolescentes mujeres que lo hacen.



3. Las creencias sobre el tabaquismo de los adolescentes hombres son distintas a las creencias sobre el tabaquismo de las adolescentes mujeres.
4. La edad de los adolescentes es factor para determinar las creencias que tiene sobre el tabaquismo.
5. Existe relación entre la intención de fumar de los jóvenes en el futuro y sus creencias acerca de las consecuencias del tabaco y su conducta tabáquica.
6. Las creencias sobre las consecuencias del tabaco y las características de los fumadores están relacionadas con las variables demográficas (sexo, edad), el promedio de calificaciones, el grado escolar, el tabaquismo en figuras de autoridad y su conducta tabáquica.

V.I

Edad

Sexo

Grado

Promedio

Si tu maestro fuma

Si tu papá fuma

Si tu mamá fuma

Tu familia acepta que se fume

Si en tu casa aceptan que tu fumes

V.D

Creencias sobre el tabaquismo

Definiciones conceptuales

Creencia: idea expresada en términos de características, de la cual estamos convencidos y puede ser o no cierta.

Tabaquismo: adicción al tabaco, la intoxicación provocada por fumar (inhalar y exhalar) el humo producido al quemar tabaco (WHO, 2007).

Instrumento

1. Escala de creencias sobre las características del tabaco

La escala originalmente fue desarrollada en 1998 por Calleja; constaba de 27 afirmaciones respecto de los posibles efectos de fumar. Se le pedía a los participantes que calificara cada uno de ellos de acuerdo a su veracidad, utilizando una escala de 1 (totalmente falso) a 10 (totalmente verdadero) (véase anexo 1).

2. Escala de creencias sobre las características del fumador

De igual manera, esta escala fue originalmente desarrollada en 1998 por Calleja. Inicialmente contenía 22 adjetivos, se le pedía a los participantes que indicaran en una escala de cuatro opciones (de *nada* a *muchísimo*) qué tanto el adjetivo describía a una persona que fuma (véase anexo 2).

Para ambas escalas, en este estudio se efectuó una nueva validación que se describe en la sección de resultados.

3. *Cuestionario de tabaquismo*

El cuestionario esta compuesto por 43 reactivos distribuidos en cuatro secciones (véase anexo 3).

- Datos generales: 5 reactivos, explora variables socio demográficas y calificaciones.
- Figuras de autoridad: 5 reactivos, explora tabaquismo en figuras de autoridad.
- ¿Tu fumas?: 22 reactivos, explora la conducta tabáquica.

Diseño

Ex-post- facto, multivariado e intragrupo.

Población y muestra

La población estudiada fueron los alumnos del Colegio de Ciencias y Humanidades Oriente. La muestra consistió de 202 participantes del turno matutino que cursaban el 1er, 3er y 5to semestre. El muestreo fue no probabilístico. De los participantes 91 fueron hombres y 111 mujeres, con un rango de edad de 14 a 23 años.

Tipo de investigación

De campo, descriptiva y transversal

Procedimiento

Se asistió al Colegio de Ciencias y Humanidades Oriente y con la previa autorización del Área Directiva del plantel se les pidió a algunos profesores unos minutos antes de iniciada su clase para la aplicación de los cuestionarios. A los participantes se les indico el objetivo de la investigación, se les pidió contestaran el cuestionario tratando no dejar alguna pregunta sin contestar y al final de la aplicación se les agradeció la participación.

Análisis de datos

Frecuencias y pruebas estadísticas de Validez (Factorial), Confiabilidad (Alfa de Cronbach), correlaciones, Anovas, pruebas T y análisis de regresión.

Resultados

1. Descripción de frecuencias

A continuación se presentan las frecuencias de los resultados mostrando la descripción de cada una de ellas para proporcionar información sobre la población estudiada.

De acuerdo a la variable *edad* los participantes se dividieron en 2 grupos. El grupo 1 está formado por el rango de 14 a 15 años teniendo una frecuencia de 102 y un porcentaje de 50.5 %. El grupo 2 está formado por el rango de 16 a 23 años teniendo una frecuencia de 100 y un porcentaje de 49.5 %.

Tabla 1

Edad de los participantes

Edad			
Grupo	Rango	Frecuencia	Porcentaje
1	14 – 15 años	102	50.5
2	16 – 23 años	100	49.5
		202	100

En la variable *sexo* tenemos una cantidad de 91 hombres y 110 mujeres, esto es el 45 y 55 % respectivamente.

Tabla 2
Sexo de los participantes

Sexo

Grupo	Frecuencias	Porcentaje
Hombres	91	45 %
Mujeres	111	55 %
	202	100 %

En la variable *grado* tenemos 100 participantes que cursaban el 1er semestre, lo que representa el 49.5 %, 56 participantes que cursaban el 3er semestre y que representan el 27.7 % y a 46 participantes que cursaban el 5to semestre, lo que representa 22.8 %.

Tabla 3
Grado escolar de los participantes

Grado

Grupo	Frecuencias	Porcentaje
1er semestre	100	49.5 %
3er semestre	56	27.7 %
5to semestre	46	22.8 %
	202	100 %

En la variable *promedio* se formaron 3 grupos de acuerdo a la calificación indicada. El grupo 1 está formado por el rango de calificación de 6.3 a 8.7, tiene una frecuencia de 51 y un porcentaje de 25.2 %. El 2do grupo lo conforma el rango de 8.8 a 9.4 con una frecuencia de 89 y un porcentaje de 44.1 %. El grupo 3 lo forma el rango de 9.5 a 9.9 y tiene una frecuencia de 62 y un porcentaje de 30.7 %.

Tabla 4

Promedio escolar de los participantes

Promedio			
Grupo	Rango	Frecuencia	Porcentaje
1	6.3 – 8.7	51	25.2 %
2	8.8 – 9.4	89	44.1 %
3	9.5 – 9.9	62	30.7 %
		202	100 %

2. Descripción de frecuencias / Conducta tabáquica

En la variable *fuman vs no fuman* tenemos a 42 personas que fuman y que representan el 20.8 %, contra 160 personas que no fuman y que representan el 79.2 %.

Tabla 5

Cantidad de participantes que fuman y participantes que no fuman

Fuman / no fuman		
Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Fuman	42	20.8 %
No fuman	160	79.2 %
	202	100 %

En la variable *edad de inicio de fumar* tenemos a dos personas que iniciaron a los 12 años y representan el 4.76 % de la población. Seis personas comenzaron a los 13 años y representan el 14.28 %. 12 personas comenzaron a fumar a los 14 años y representan el porcentaje mas alto con un 28.57 %. Ocho personas indicaron que comenzaron a los 15 años y son el 19.04 %, 11 personas comenzaron a los 16 años y representan el 26.19 %. Una persona indico haber comenzado a los 17 años y representa el 2.38 % y por último dos personas indicaron comenzar a los 18 años representando el 4.76 %.

Tabla 6
Edad de inicio de fumar de los participantes

Edad de inicio de fumar		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
12 años	2	4.76 %
13 años	6	14.28 %
14 años	12	28.57 %
15 años	8	19.04 %
16 años	11	26.19 %
17 años	1	2.38 %
18 años	2	4.76 %
	42	100 %

En la variable *año escolar de inicio de fumar*, tenemos a una persona que inicio a fumar en la Escuela Primaria y representa el 2.38 de la población. Siete personas iniciaron a fumar en 1ro de Secundaria y representan el 16.66 %. Seis personas comenzaron a fumar en el 2do año de Secundaria y representan el 14.28 %. 13 personas comenzaron a fumar en el 3er año de Secundaria y son el 30.95%. 14 personas comenzaron a fumar en el 1er año de Preparatoria y obtiene el porcentaje más alto con 33.33 %. Por ultimo sólo una persona indico haber iniciado a fumar en el 2do año de la preparatoria y representa el 2.38 %.

Tabla 7

Año escolar de inicio de fumar de los participantes

Año Escolar de inicio de fumar		
Año	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	1	2.38 %
1ro Secundaria	7	16.66 %
2do Secundaria	6	14.28 %
3ro Secundaria	13	30.95 %
1ro Preparatoria	14	33.33 %
2do Preparatoria	1	2.38 %
	42	100 %

En la variable *razón de inicio de fumar* tenemos a 13 personas que contestaron que lo hicieron por imitar y representan el 31 % de los fumadores; 13 personas que iniciaron a fumar debido a que sus amigos y los demás lo hacían y representan también el 31 % y por último 16 adolescentes indicaron que comenzaron a fumar por curiosidad o por experimentar y representan el 38 %.

Tabla 8

Razón de inicio de fumar

Razón de inicio de fumar

Razon	Frecuencia	Porcentaje
Imitar	13	31 %
Amigos, todos lo hacían	13	31 %
Curiosidad, experimentar	16	38 %
	42	100 %

En la variable *que sentiste la primer vez que fumaste*, tres personas indicaron haber sentido asco y representan el 7.1 %. A 11 personas no les gusto y son el 26.1 %; 10 personas reportaron que sintieron que les raspo la garganta y representan el 23.8 %. También 10 personas indicaron que no habían sentido nada en especial y por ultimo 8 personas, el 19.2 %, respondieron que les gusto la primer vez que fumaron.

Tabla 9

Que sentiste la primera vez que fumaste

Primera vez que fumaste

Que sentiste	Frecuencia	Porcentaje
Asco	3	7.1 %
No me gusto	11	26.1 %
Raspo la garganta	10	23.8 %
Nada	10	23.8 %
Me gusto	8	19.2 %
	42	100 %

En la variable *Para tu grupo de amigos, ¿Qué tan importante era que tú fumaras?* Nueve personas indicaron que el hecho de fumar era de regular importancia para sus amigos y representan el 21.5 %. Los otros 33 participantes que representan el 78.5 % indicaron que era nada importante para sus amigos el que ellos fumaran.

Tabla 10

Importancia para tus amigos del hecho de que tú fumes

Importancia

Importancia	Frecuencia	Porcentaje
Regular	9	21.5 %
Nada	33	78.5 %
	42	100 %

De acuerdo con la variable *¿cuantos cigarros fumas?*, el 30.9 % compuesto por 13 participantes respondieron que fuman algunos durante el año; 9 participantes que representan el 21.4 % indicaron fumar algunos cada mes. El 19 % formado por 8 participantes indicaron fumar algunos cada semana; 26.1% respondieron que fuman algunos casi todos los días y fueron 11 personas, y por ultimo solo una persona indico fumar la mitad de media cajetilla al día, representando el 2.3 %

Tabla 11

Cantidad de cigarros que fuman los adolescentes

Cantidad de cigarros

Cantidad	Frecuencia	Porcentaje
Algunos durante el año	13	30.9 %
Algunos cada mes	9	21.4 %
Algunos cada semana	8	19 %
Algunos casi todos los días	11	26.1 %
La mitad de una cajetilla al día	1	2.3 %
	42	100 %

De las personas que fuman, 20 respondieron que prefieren la marca de cigarros Camel y representan la mayoría con el 47.6%. En segundo lugar 16 participantes, que son el 38 % respondió que prefieren la marca Marlboro. Por ultimo, 6 personas respondieron que prefieren ya sea la marca Montana u otra marca, ninguna en particular. Ellos representan el 14.4 %

Tabla 12

Marca de cigarros que fuman los adolescentes

Marca

Marca	Frecuencia	Porcentaje
Camel	20	47.6 %
Marlboro	16	38 %
Montana / otro	6	14.4 %
	42	100 %

De los no fumadores y de acuerdo a la variable *¿cuantas veces has probado el cigarro?*, 38 personas que representan el 23.75 % indicaron que lo han hecho de una a tres ocasiones; 12 personas representando el 7.5% respondieron que lo han hecho de cuatro a seis veces. El 6.2% compuesto por 10 participantes indico haber fumado de siete a 10 ocasiones y por ultimo 100 participantes que representan el 62.5 % indicaron nunca haber fumado.

Tabla 13

Cantidad de veces que los No fumadores han probado el cigarro

Cantidad de veces

Cantidad	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 3 veces	38	23.75 %
De 4 a 6 veces	12	7.5 %
De 7 a 10 veces	10	6.2 %
Nunca ha fumado	100	62.5 %
	160	100 %

De las personas No fumadoras, de acuerdo con la variable *¿Cómo has hecho para no fumar?* 50 personas que representan el 31.2 % indicaron que se alejan de las personas que fuman; 59 personas contestaron que sólo piensan en otra cosa y representan el 36.8 %. El 23.1% compuesto por 37 personas contestaron que hacen consciencia; solamente una persona representando el .62% indico haber necesitado ayuda profesional y 13 personas representando el 8.1 % indicaron que no deben hacer algo en particular.

Tabla 14

Acciones que llevan a cabo los No fumadores para seguir sin fumar.

Acción

Acción	Frecuencia	Porcentaje
Alejarme de fumadores	50	31.2 %
Pensar en otra cosa	59	36.8 %
Hacer consciencia	37	23.1 %
Ayuda profesional	1	.62 %
Nada en particular	13	8.1 %
	160	100 %

3. Análisis de frecuencias

Con base en al análisis de la distribución de frecuencias obtenida para cada uno de los reactivos, estos fueron los resultados para cada una de las escalas (véase Tabla 8 y 9).

Tabla 15

Porcentajes de respuesta por reactivo de la
Escala de creencias sobre las características del fumador

Reactivo	Muchisimo	Mucho	Poco	Nada	Total
Feliz	4.0	26.7	55	14	100 %
Sana	.5	1.5	31.7	66.3	100 %
Atractiva	1.5	5.4	48.5	44.6	100 %
Independiente	3.5	18.8	37.6	40.1	100 %
Entusiasta	2.5	10.4	48.5	38.6	100 %
Adulta	2.0	15.8	40.6	41.6	100 %
Varonil	2.0	9.4	31.2	57.4	100 %
Acompañada	2.5	16.3	38.1	43.1	100 %
Disfruta de la vida	2.5	20.3	43.1	34.2	100 %
Sexy	1.5	6.9	34.7	56.9	100 %
Importante	1.0	5.0	32.7	61.4	100 %
Fuerte	1.0	6.4	32.2	60.4	100 %
Admirada	2.0	5.4	28.2	64.4	100 %

*1 Muchísimo, 2 Mucho, 3 Poco, 4 Nada.

Tabla 16

Porcentajes de respuesta por reactivo de la

Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco

Reactivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Ayuda a inspirarse para trabajar	45.0	12.4	9.4	5.9	12.9	3.0	2.5	3.5	1.5	4.0	100%
Ayuda a la digestión después de comer	70.	5.9	5.0	2.5	4.5	2.5	2.5	1.5	1.5	3.5	100%
Contaminas el medio ambiente	2.0	0.0	1.0	0.5	3.0	1.0	2.0	2.5	5.4	82.7	100%
Dañas la salud de los demás	2.5	0.5	0.0	0.0	2.5	0.5	2.5	4.0	6.4	81.2	100%
Disminuye la actividad del cerebro	3.5	1.0	1.5	0.5	10.9	3.5	5.4	11.4	10.9	51.5	100%
Es rico, muy placentero	35.6	9.9	6.9	5.9	13.9	3.5	5.9	4.5	7.4	6.4	100%
Gastas mucho	2.0	1.0	1.0	2.0	5.4	1.0	5.0	10.4	5.9	6.3	100%
Hueles horrible	3.5	0.0	1.5	1.5	3.5	2.5	5.0	10.9	9.4	62.9	100%
Molestas a los demás	4.5	0.5	2.0	1.0	7.9	4.5	6.9	10.9	10.4	52.0	100%
Pierdes condición física	2.5	0.0	1.0	0.5	3.0	1.5	4.0	5.4	11.4	71.3	100%
Te afecta el corazón	1.5	0.0	0.5	1.5	3.0	1.5	4.0	8.9	9.4	69.8	100%
Provoca cáncer	0.5	0.0	0.0	1.0	1.5	0.5	1.5	3.0	7.9	84.2	100%
Te altera los nervios	5.4	1.0	1.5	1.5	7.4	2.0	5.4	12.4	9.9	53.0	100%
Te causa enfermedades pulmonares	1.5	0.0	0.0	0.5	0.5	0.0	1.5	2.0	5.9	88.1	100%
Te da seguridad	41.1	9.4	7.9	5.0	10.4	1.5	6.9	6.9	4.0	4.0	100%
Te distrae	18.3	3.5	7.4	4.5	19.8	3.5	7.4	10.9	9.4	15.3	100%
Te hace dependiente	37.6	5.0	1.0	1.5	6.4	1.5	5.4	5.4	4.5	31.7	100%
Te irrita la garganta	5.0	3.0	3.0	3.0	6.4	3.5	3.0	10.4	9.9	53.0	100%
Te hace parecer sociable	38.6	5.0	5.4	4.5	15.3	5.0	9.4	7.4	3.0	6.4	100%
Te mata	3.0	0.0	0.5	0.5	4.0	1.5	3.5	8.9	8.4	69.8	100%
Te provoca tos	4.0	0.0	1.5	1.5	5.0	3.0	2.5	13.9	10.4	58.4	100%
Te quita el hambre	23.3	2.0	4.0	0.5	16.3	1.5	7.9	10.9	10.4	23.3	100%
Te quita el sueño cuando estudias	31.7	6.4	3.0	3.0	16.3	2.5	6.4	8.4	5.9	16.3	100%
Te tranquiliza, te relaja	23.3	5.4	4.0	2.0	15.3	5.0	8.9	7.9	10.4	17.8	100%
Tienes mal aliento	2.5	0.5	2.0	1.0	5.4	3.0	6.9	7.4	6.4	64.9	100%
Tienes mal sabor	6.4	0.0	0.5	1.0	5.9	3.0	8.9	7.4	8.4	58.4	100%

* 1 Totalmente falso, 10 Totalmente verdadero.

Se obtuvieron también los coeficientes alfa de Cronbach para cada una de las escalas completas, eliminando sucesivamente cada uno de los reactivos. No se requirió eliminar ninguno de ellos.

Tabla 17

Puntajes de consistencia interna para la *Escala de creencias sobre las características del fumador*, obtenidos al eliminar el reactivo correspondiente (véase Tabla 17 y 18)

<i>Reactivo</i>	<i>Alpha</i>
1. Feliz	0.889
2. Sana	0.893
3. Atractiva	0.884
4. Independiente	0.885
5. Entusiasta	0.882
6. Adulta	0.886
7. Varonil	0.884
8. Acompañada	0.885
9. Disfruta	0.884
10. Sexy	0.883
11. Importante	0.883
12. Fuerte	0.882
13. Admirada	0.887

Tabla 18

Puntajes de consistencia interna para la *Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco*, obtenidos al eliminar el reactivo correspondiente

<i>Reactivo</i>	<i>Alpha</i>
1. Ayuda a inspirarse para trabajar	0.747
2. Ayuda a la digestión después de comer	0.745
3. Contaminas el medio ambiente	0.741
4. Dañas la salud de los demás	0.737
5. Disminuye la actividad del cerebro	0.740
6. Es rico, muy placentero	0.748
7. Gastas mucho	0.736
8. Hueles horrible	0.737
9. Molestas a los demás	0.744
10. Pierdes condición	0.741
11. Provoca cáncer.	0.739
12. Te afecta el corazón	0.739
13. Te altera los nervios	0.790
14. Te causa enfermedades pulmonares	0.744
15. Te da seguridad	0.738
16. Te distrae	0.740
17. Te hace dependiente	0.740
18. Te irrita la garganta	0.739
19. Te hace parecer sociable	0.732
20. Te mata	0.738
21. Te provoca tos	0.737
22. Te quita el hambre	0.733
23. Te quita el sueño cuando estudias	0.735
24. Te tranquiliza, te relaja	0.736
25. Tienes mal aliento	0.739
26. Tienes mal sabor	0.736
27. Tus dedos y dientes se manchan	0.738

4. Análisis factorial

Se efectuó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax con todos los reactivos de ambas escalas. En la *Escala de creencias sobre las características del fumador*, se obtuvieron tres factores: Beneficios personales, Beneficios sociales y Beneficios psicológicos (véase Tabla 19).

El factor *Beneficios personales* se encuentra formado por las variables: *15 Adulta*, *16 Varonil*, *13 Independiente* y *14 Entusiasta*, con una carga factorial de .784, .782, .683 y .585 respectivamente, con un alpha de .81.

El factor *Beneficios sociales* se encuentra formado por las variables: *21 Fuerte*, *22 Admirada*, *20 Importante*, *19 Sexy* y *17 Acompañada*, con una carga factorial de .802, .799, .764, .565 y .373 respectivamente, con un alpha de .82.

El factor *Beneficios psicológicos* se encuentra formado por las variables: *10 Feliz*, *11 Sana*, *12 Atractiva* y *18 Disfruta*, con una carga factorial de .753, .725, .695 y .573 respectivamente, con un alpha de .78.

Tabla 19

Subescalas y cargas factoriales obtenidas para los reactivos de la *Escala de creencias sobre las características del fumador*

Reactivos	Beneficios personales	Beneficios sociales	Beneficios psicológicos
15 Adulta	.784		
16 Varonil	.782		
13 Independiente	.683		
14 Entusiasta	.585		
21 Fuerte		.802	
22 Admirada		.799	
20 Importante		.764	
19 Sexy		.565	
17 Acompañada		.373	
10 Feliz			.753
11 Sana			.725
12 Atractiva			.695
18 Disfruta			.573

En la *Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco*, se obtuvieron cuatro factores: Efectos positivos, Efectos negativos, Efectos en la imagen corporal y Efectos negativos extremos (véase tabla 20).

El factor *Efectos positivos* se encuentra formado por las variables: 28 Rico, 23 Inspirarse, 46 Tranquiliza, 24 Digestión, 45 Sueño, 37 Seguridad y 41 Sociable, con una carga factorial de .767, .720, .719, .634, .551, .447 y .461 respectivamente, con un alpha de .78.

El factor *Efectos negativos* está formado por las variables: 33 Cáncer, 34 Corazón, 36 Enfer pulmonar, 32 Condición y 31 Molestas, con una carga factorial de .816, .712, .670, .555 y .408 respectivamente, con un alpha de .69.

El factor *Efectos en la imagen corporal* se encuentra formado por las variables: 48 Mal sabor, 47 Mal aliento, 27 Activ cerebral, 49 Dientes dedos y 30 Hueles, con una carga factorial de .823, .709, .583, .552 y .370 respectivamente, con un alpha de .76.

Por último, el factor *Efectos negativos extremos* se formo por las variables: 43 Provoca tos, 40 Garganta, 42 Te mata y 44 Hambre, con una carga factorial de .777, .756, .515 y .487 respectivamente, con un alpha de .62.

Tabla 20

Subescalas y cargas factoriales obtenidas para los reactivos
de la *Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco*

Reactivos	Efectos positivos	Efectos negativos	Efectos en la imagen corporal	Efectos negativos extremos
28 Rico	.767			
23 Inspirarse	.720			
46 Tranquiliza	.719			
24 Digestion	.634			
45 Sueño	.551			
37 Seguridad	.447			
41 Sociable	.461			
33 Cancer		.816		
34 Corazon		.712		
36 Enferpulmo		.670		
32 Condicion		.555		
31 Molestas		.408		
48 Mal sabor			.823	
47 Mal aliento			.709	
27 Activ cerebral			.583	
49 Dientes dedos			.552	
30 Hueles			.370	
43 Provoca tos				.777
40 Garganta				.756
42 Te mata				.515
44 Hambre				.487

5. Confiabilidad

El puntaje de consistencia interna obtenido para la escala total fue de .65; los correspondientes a cada una de las sub escalas se presentan a continuación.

Tabla 21

Subescalas de la *Escala de creencias sobre las características del fumador* y la *Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco* con su número de reactivos, el porcentaje de varianza explicada y los puntajes de consistencia interna

Sub escala	No. de reactivos	Varianza explicada	∞ de Cronbach
Beneficios personales	4	19.60 %	0.81
Beneficios sociales	5	13.07 %	0.82
Beneficios psicológicos	4	6.56 %	0.78
Efectos positivos	7	5.56 %	0.78
Efectos negativos	5	5.14 %	0.69
Efectos en la imagen corporal	5	4.57 %	0.76
Efectos negativos extremos	4	4.13 %	0.62
Total	34	58.63	0.65

6. Correlación entre sub escalas

Como se muestra en la siguiente tabla, las subescalas de Beneficios personales correlacionaron positiva y significativamente entre sí. Lo mismo ocurrió con las de Beneficios personales y Beneficios psicológicos (véanse tablas 15, 16 y 17).

Tabla 22

Índices de correlación de las subescalas de la *Escala de creencias sobre las características del fumador*

Creencias sobre características

	Beneficios personales	Beneficios sociales	Beneficios psicológicos
Beneficios personales	1.000		
Beneficios Sociales	.674**	1.000	
Beneficios psicológicos	.530**	.566**	1.000

* $p=0.05$

** $p=0.01$

Tabla 23

Índices de correlación de las subescalas de *la Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco*

Creencias sobre consecuencias

	Efectos positivos	Efectos negativos	Efectos en la imagen corporal	Efectos negativos extremos
Efectos positivos	1.000			
Efectos negativos	-0.026	1.000		
Efectos en la imagen corporal	-0.078	.445**	1.000	
Efectos negativos extremos	0.093	.366**	.426**	1.000

* $p=0.05$

** $p=0.01$

Tabla 24

Índices de correlación entre las subescalas de la *Escala de creencias sobre las características del fumador* y la *Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco*

	Creencias sobre características			Creencias sobre consecuencias			
	Beneficios personales	Beneficios sociales	Beneficios psicológicos	Efectos positivos	Efectos negativos	Efectos en la imagen corporal	Efectos negativos extremos
Beneficios personales	1.000						
Beneficios sociales	.674**	1.000					
Beneficios psicológicos	.530**	.566**	1.000				
Efectos positivos	-.448**	-.451**	-.484**	1.000			
Efectos negativos	0.086	0.091	.266**	-0.026	1.000		
Efectos en la imagen corporal	0.084	0.115	.276**	-0.078	.445**	1.000	
Efectos negativos extremos	-0.002	0.028	.286**	0.093	.366**	.426**	1.000

* $p=0.05$

** $p=0.01$

7. Análisis inferencial

Relación de creencias – comportamiento tabáquico

Con el propósito de probar la primera hipótesis planteada que afirma que las creencias de los jóvenes poseen sobre las consecuencias del tabaco están relacionadas con su comportamiento tabáquico, se compararon las creencias del grupo de fumadores (n= 42, 20.8%) contra las de los no fumadores (n=160, 79.8%).

Tabla 25

Medias obtenidas por los fumadores y los no fumadores en *las creencias sobre las características del fumador y las creencias de las consecuencias del tabaco*

Creencias	Fuman	No fuman	t (200 gl)
Beneficios personales	3.09	3.29	ns
Beneficios sociales	3.12	3.51	-4.327, p= .000
Beneficios psicológicos	2.87	3.36	-6.166, p= .000
Efectos positivos	5.28	3.55	5.368, p= .000
Efectos negativos	8.78	9.28	-2.516, p= .013
Efectos en la imagen corporal	7.95	8.82	-3.104, p= .002
Efectos negativos extremos	6.94	8.20	-4.099, p= .000

De igual manera, con la intención de probar la tercera hipótesis que afirma que las creencias sobre el tabaquismo de los adolescentes hombres son distintas a las creencias sobre el tabaquismo de las adolescentes mujeres, se compararon las creencias entre el grupo de hombres (n= 91, 45%) y las creencias del grupo de mujeres (n=110, 55%, véase tabla 19).

Tabla 26

Medias obtenidas por el grupo de hombres y el grupo de mujeres en *las creencias sobre las características del fumador y las creencias de las consecuencias del tabaco*

Creencias	Hombres	Mujeres	t (200 gl)
Beneficios personales	3.16	3.31	ns
Beneficios sociales	3.40	3.45	ns
Beneficios psicológicos	3.23	3.29	ns
Efectos positivos	4.11	3.74	ns
Efectos negativos	9.16	9.19	ns
Efectos en la imagen corporal	8.51	8.74	ns
Efectos negativos extremos	7.63	8.18	-2.160, p= .032

Con la intención de probar la cuarta hipótesis que sostiene la edad de los adolescentes es factor para determinar las creencias que tiene sobre el tabaquismo, se compararon las creencias del grupo de participantes con edad de 14 a 15 años (n=102, 50.5%) con las creencias de grupo de participantes con edad de 16 a 23 años (n=100, 49.5%, véase tabla 26).

Tabla 27

Medias obtenidas por los adolescentes de entre 14 - 15 años y los adolescentes de entre 16-23 años en *las creencias sobre las características del fumador y las creencias de las consecuencias del tabaco*

Creencias	Edad (14-15 años)	Edad (16-23 años)	t (200 gl)
Beneficios personales	3.26	3.23	ns
Beneficios sociales	3.50	3.36	ns
Beneficios psicológicos	3.34	3.18	-2.418, p= .017
Efectos positivos	3.66	4.16	ns
Efectos negativos	9.01	9.34	-1.991, p= .048
Efectos en la imagen corporal	8.55	8.73	ns
Efectos negativos extremos	8.13	7.73	ns

Se realizo un análisis de varianza con el fin de detectar las relaciones significativas entre las variables establecidas en el presente estudio. Esta relación solamente se encontró entre las variables de Beneficios psicológicos y Que tu maestro fume, Efectos positivos y Que tu maestro fume, Beneficios psicológicos y que tu papá fume, Beneficios sociales y Que tu familia acepte que fumes, Beneficios psicológicos y Que tu familia acepta que fumes, Beneficios sociales y En tu casa aceptan que fumes, Beneficios psicológicos y En tu casa aceptan que fumes y por ultimo en Efectos positivos y En tu casa aceptan que fumes (véase tabla 27).

Tabla 28

Análisis de varianza sobre las variables establecidas en el estudio

Creencias	Que tu maestro fume	tu	Que tu papá fume	Que tu mamá fume	Tu familia acepta que fumes	En tu casa aceptan que fumes
Beneficios personales	ns		ns	ns	ns	ns
Beneficios sociales	ns		ns	ns	3.93 F= (4.79) p=, .003	3.08 F= (3.70) p=, .013
Beneficios psicológicos	8.48 (13.12) .000	F= 2.59 p=, .016	F= (3.51) p=,	ns	3.40 F= (4.70) p=, .003	6.29 F= (9.24) p=, .000
Efectos positivos	73.25 (6.73) .000	F= p=,	ns	ns	ns	42.60 F=(3.75) p=, .012
Efectos negativos	ns		ns	ns	ns	ns
Efectos en la imagen corporal	ns		ns	ns	ns	ns

Efectos ns ns ns ns ns
negativos
extremos

La siguiente tabla muestra la relación entre Beneficios psicológicos y Que tu maestro fume, con G1=fuma mucho 2.42, G2= fuma poco 3.20, G3=no fuma pero fumo 3.18 y G4=no fuma nunca ha fumado 3.45, teniendo como resultado una significancia de 0.000.

Tabla 29

Tabla de relación entre los *Beneficios psicológicos* y *Que tu maestro fume*

		Beneficios psicológicos					
N= 202		Media de 3.19 a 3.33		Min 1.33		Max 4.00	
V.I.	Media de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F		
Que tu maestro fume	G1=fuma mucho 2.42	8.48	3	13.12	0.000		
	G2= fuma poco 3.20						
	G3=no fuma pero fumo 3.18						
	G4=no fuma nunca ha fumado 3.45						

La siguiente tabla muestra la relación entre Efectos positivos y Que tu maestro fume, con G1=fuma mucho 6.18, G2= fuma poco 3.81, G3=no fuma pero fumo 4.27 y G4=no fuma nunca ha fumado 3.34, teniendo como resultado una significancia de 0.000

Tabla 30

Tabla de relación entre los *Efectos positivos* y *Que tu maestro fume*

Efectos positivos

		N= 202	Media de 3.63 a 4.18	Min 1.00	Max 8.57
V.I.	Media de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F
Que tu maestro fume	G1=fuma mucho 6.18	73.25	3	6.73	0.000
	G2= fuma poco 3.81				
	G3=no fuma pero fumo 4.27				
	G4=no fuma nunca ha fumado 3.34				

La siguiente tabla muestra la relación entre Beneficios psicológicos y Que tu papá fume, G1=fuma mucho 2,96, G2= fuma poco 3,23, G3=no fuma pero fumo 3.29 y G4=no fuma nunca ha fumado 3,35, teniendo como resultado una significancia de 0.016.

Tabla 31

Tabla de relación entre *Beneficios psicológicos* y *Que tu papá fume*

		Beneficios psicológicos			
	N= 202	Media de 3.19 a 3.33			Min 1.33 Max 4.00
V.I.	Media de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F
Que tu papá fume	G1=fuma mucho 2,96	2.59	3	3.51	0.016
	G2= fuma poco 3,23				
	G3=no fuma pero fumo 3,29				
	G4=no fuma nunca ha fumado 3,35				

La siguiente tabla muestra la relación entre Beneficios sociales y Tu familia acepta que fumes, con G1=totalmente aceptado 2.88, G2= aceptado 3.33, G3= rechazado 3.45 y G4=totalmente rechazado 3.64, teniendo como resultado una significancia de 0.003 (véase tabal 25).

Tabla 32

Tabla de relación entre *Beneficios sociales* y *Que tu familia acepta que fumes*

Beneficios sociales					
	N= 202	Media de 3.36 a 3.50			Min 1.20 Max 4.00
V.I.	Media de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F
Tu familia acepta que fumes	G1=totalmente aceptado 2.88	3.93	3	4.79	0.003
	G2= aceptado 3.33				
	G3= rechazado 3.45				
	G4=totalmente rechazado 3.64				

La siguiente tabla muestra la relación entre Beneficios psicológicos y Tu familia acepta que fumes, con G1=totalmente aceptado 2.86, G2= aceptado 3.15, G3= rechazado 3.28 y G4=totalmente rechazado 3.47, teniendo como resultado una significancia de 0.003.

Tabla 33

Tabla de relación entre *Beneficios psicológicos* y *Que tu familia acepta que fumes*

		Beneficios psicológicos			
		Media de	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Significancia de F
V.I.	Media de los grupos			F	
	N= 202	3.19 a 3.33			Min 1.33 Max 4.00
Tu familia acepta que fumes	G1=totalmente aceptado 2.86	3.40	3	4.70	0.003
	G2= aceptado 3.15				
	G3= rechazado 3.28				
	G4=totalmente rechazado 3.47				

La siguiente tabla muestra la relación entre Beneficios sociales y En tu casa aceptan que fumes, con G1=totalmente aceptado 3.00, G2= aceptado 3.14, G3= rechazado 3.43 y G4=totalmente rechazado 3.51, teniendo como resultado una significancia de 0.013

Tabla 34

Tabla de relación entre *Beneficios sociales* y *En tu casa aceptan que fumes*

Beneficios sociales

		N= 202	Media de 3.36 a 3.50	Min 1.20 Max 4.00	
V.I.	Media de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F
En tu casa aceptan que fumes	G1=totalmente aceptado 3.00	3.08	3	3.70	0.013
	G2= aceptado 3.14				
	G3= rechazado 3.43				
	G4=totalmente rechazado 3.51				

G4=totalmente rechazado 3.51

La siguiente tabla muestra la relación entre Beneficios psicológicos y En tu casa aceptan que fumes, con G1=totalmente aceptado 3.00, G2= aceptado 2.83, G3= rechazado 3.26 y G4=totalmente rechazado 3.37, teniendo como resultado una significancia de 0.000.

Tabla 35

Tabla de relación entre *Beneficios psicológicos* y *En tu casa aceptan que fumes*

		Beneficios psicológicos				
		Media de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F
		N= 202	Media de 3.19 a 3.36			Min 1.33 Max 4.00
En tu casa aceptan que fumes	G1=totalmente aceptado 3.00	6.29	3	9.24	0.000	
	G2= aceptado 2.83					
	G3= rechazado 3.26					

G4=totalmente rechazado 3.37

La siguiente tabla muestra la relación entre Efectos positivos y En tu casa aceptan que fumes, con G1=totalmente aceptado 4.71, G2= aceptado 5.04, G3= rechazado 3.84 y G4=totalmente rechazado, teniendo como resultado una significancia de 0.012.

Tabla 36

Tabla de relación entre *Efectos positivos* y *En tu casa aceptan que fumes*

Efectos positivos

		N= 202	Media de 3.63 a 4.18	Min 1.00 Max 8.57	
V.I.	Media de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F
En tu casa aceptan que fumes	G1=totalmente aceptado 4.71	42.60	3	3.75	0.012
	G2= aceptado 5.04				
	G3= rechazado 3.84				
	G4=totalmente rechazado 3.65				

De igual manera, se realizo otro análisis de varianza con el fin de encontrar las relaciones significativas entre otras variables también establecidas en el estudio con el hecho de fumar o no fumar. A continuación se muestra la tabla donde se observan las relaciones que resultaron significativas.

Tabla 37

Análisis de varianza sobre las variables establecidas en el estudio

Factor	Fuman / no fuman
Que tu maestro fume	33.26 F=(2.86) p=, .038
Que tu papá fume	Ns
Que tu mamá fume	33.26 F=(6.35) p=, .000
Tu familia acepta que fumes	33.26 F= (4.07) p=. 008
En tu casa aceptan que fumes	33.26 F=(6.70) p=, .000

Por último, se efectuó un análisis de regresión múltiple incluyendo los factores resultantes de ambas escalas como predictores de la intención de fumar en los próximos 12 meses, 5 años y 10 años.

De manera general se observa que los adolescentes que asocian el tabaquismo con beneficios físicos, beneficios psicológicos y efectos positivos tienen una mayor probabilidad de fumar en un futuro.

Tabla 38

Análisis de regresión de las creencias sobre *las características del fumador y las consecuencias del tabaco* sobre la intención de fumar en 12 meses

R= .59		
Factor	t	Sig
Beneficios físicos	2.516	.013
Beneficios sociales	-1.193	ns
Beneficios psicológicos	-3.251	.001
Efectos positivos	5.134	.000
Efectos negativos	.614	ns
Efectos en la imagen corporal	-1.374	ns
Efectos negativos extremos	-2.756	.006

Tabla 39

Análisis de regresión de las creencias sobre *las características del fumador y las consecuencias del tabaco* sobre la intención de fumar en 5 años

R= .60		
Factor	t	Sig
Beneficios físicos	1.462	ns
Beneficios sociales	-.385	ns
Beneficios psicológicos	-2.765	.006
Efectos positivos	6.063	.000
Efectos negativos	-.516	ns
Efectos en la imagen corporal	-2.054	.041
Efectos negativos extremos	-1.071	ns

Tabla 40

Análisis de regresión de las creencias sobre *las características del fumador y las consecuencias del tabaco* sobre la intención de fumar en 10 años

R= .51		
Factor	t	Sig
Beneficios físicos	.819	ns
Beneficios sociales	-.253	ns
Beneficios psicológicos	-1.834	ns
Efectos positivos	4.799	.000
Efectos negativos	-1.258	Ns
Efectos en la imagen corporal	-1.781	Ns
Efectos negativos extremos	-.571	Ns

Discusión y Conclusiones

De acuerdo con el INEGI (2011) la prevalencia de fumadores adolescentes en México es de 24.7%, lo cual es similar a lo encontrado en este estudio pues aproximadamente el 20.8% de los encuestados indico ser fumador. De igual manera se encontró que el 62.5% de los encuestados nunca ha fumado, cantidad menor a la reportada por INEGI que es del 77.8%.

Se encontró que la mayoría de los participantes comenzaron a fumar entre los 14 y 16 años (73,85%) cursando el 3er año de secundaria y el 1er año de bachillerato. Esto es similar, aun que con una edad un poco mas temprana, a lo reportado por Martínez (2008) que indica que siete de cada 10 fumadores (70%) comienzan a fumar entre los 15 y 17 años cuando están cursando el bachillerato.

De igual forma, lo anterior es similar a lo reportado por la Encuesta de tabaquismo en jóvenes en México (ETJ, 2008) que refiere que el inicio de consumo de tabaco se presenta alrededor de los 13 años de edad. Los datos encontrados también coinciden con la fase de iniciación, en la que Calleja (2009) afirma que el adolescente prueba sus dos o tres primeros cigarros y comprende de los 10 a los 14 años.

En este estudio la mayoría de participantes indico que empezó a fumar debido a la curiosidad (38%) y porque sus demás amigos lo hacían (31%), lo cual es similar a lo reportado por el INEGI (2011), que indica que las dos razones principales para el inicio de consumo de tabaco son la curiosidad y la convivencia con fumadores, 56.2 y 35.4% respectivamente.

Estos datos se asemejan también a lo reportado por la Encuesta de tabaquismo en jóvenes en México (ETJ, 2008) pues indica que los factores principales por los cuales los jóvenes se acercan a consumir el tabaco son: curiosidad y aceptación (o presión) de su grupo de amigos.

En 2008, Martínez reportó que el 51% de los adolescentes que fumaban habían indicado que su mejor amigo era fumador. En este estudio el 47.1% respondió que cuando empezaron a fumar su mejor amigo también fumaba, lo que confirma la importancia de la influencia social en el comportamiento tabáquico de los adolescentes.

Sin embargo se encontró también que el 78.5 % de los fumadores no consideraba la importancia que para sus amigos tenía el que ellos fumaran.

De los adolescentes que indicaron no fumar, el 62.5% indicaron jamás haber probado el tabaco y el 23.75% indican haber probado el tabaco entre una y tres veces.

El 68% de los adolescentes que indicaron no fumar reportaron que el hecho de pensar en otra cosa y alejarse de los fumadores son las acciones que les ayudan a seguir sin fumar.

Calleja (2009) indica que frecuentemente las primeras veces que el adolescente prueba el tabaco son experiencias desagradables. En este estudio el 57% de los entrevistados indicaron que la primera vez que fumaron de igual manera fue una experiencia desagradable, pues respondieron haber sentido asco, que no les había gustado y que les había raspado la garganta.

De manera general, los adolescentes entrevistados para este estudio creen que fumar tiene efectos negativos (como que el fumar te provoca cáncer, te daña el corazón, te daña los pulmones, afecta tu condición física, te provoca tos, te afecta la garganta y produce la muerte) y efectos en la imagen corporal (que el fumar te deja mal sabor de boca, mal aliento, disminuye tu actividad cerebral, te mancha los diente y dedos y hueles mal). Las medias obtenidas en estas subescalas fueron mayores a 8.5 y 9 respectivamente, en una escala de 1 a 10.

Martínez (2008) en su estudio, reportó que aproximadamente el 60% de participantes tenía la intención de fumar en el futuro, observando una tendencia creciente a largo plazo en aquellos que indicaron fumar algunos cigarros durante el año o cada mes, y una tendencia decreciente en aquellos que fumaban algunos cigarros cada semana o casi todos los días.

Se encontró también que los adolescentes que creen que el tabaco tiene beneficios físicos, psicológicos y efectos positivos tiene la intención de fumar en un lapso no

mayor a 12 meses; los adolescentes que creen que el tabaco tiene beneficios psicológicos, efectos positivos y efectos en la imagen corporal tiene la intención de fumar en un lapso de 5 años y solamente aquellos que creen que el tabaco tiene efectos positivos tiene la intención de fumar en 10 años. Lo anterior confirma la hipótesis **5** que afirma que existe relación entre la intención de fumar de los jóvenes en el futuro y sus creencias acerca de las consecuencias del tabaco y su conducta tabáquica.

Se pudo comprobar que los adolescentes de menor edad (14-15 años) creen más en los beneficios del tabaco y los adolescentes mayores (16-23 años) creen más en los efectos negativos de éste, lo que prueba la hipótesis **4** que afirma que la edad de los adolescentes es factor para determinar las creencias que tiene sobre el tabaquismo.

Las mujeres creen más en los efectos negativos del tabaco mientras los hombres creen más en los efectos positivos confirmando la hipótesis **3** que afirma que las creencias sobre el tabaquismo de los adolescentes hombres son distintas a las creencias sobre el tabaquismo de las adolescentes mujeres.

Los no fumadores creen más en los efectos negativos del tabaco y los efectos en la apariencia, mientras que los fumadores creen más en los efectos positivos psicológicos (Martínez, 2008). En este estudio se encontró que los adolescentes que fuman creen más en los efectos positivos del tabaco (es rico, ayuda a inspirarse, te tranquiliza, te ayuda a la digestión, te quita el sueño, te da seguridad y te hace ser más sociable); los adolescentes que indicaron no fumar creen más en los beneficios sociales y psicológicos de éste (que fumar te hace parecer fuerte, admirado, importante y sexi así como feliz, sano, atractivo y ser una persona que disfruta la vida) pero también creen más en los efectos negativos (te provoca cáncer, te afecta el corazón, te afecta los pulmones y disminuye la condición física) y en los efectos a la imagen corporal (fumar te deja mal sabor de boca, mal aliento, disminuye tu actividad cerebral, te mancha los dedos y los dientes).

Lo anterior comprueba la hipótesis **1** que afirma que las creencias que los adolescentes poseen sobre las consecuencias del tabaco y las características de los fumadores se relacionan con su conducta de fumar.

La OMS (2008) indica que la brecha de consumo entre hombres y mujeres se ha reducido; Calleja (2009) comenta que la brecha que existió entre los y las

adolescentes respecto del consumo de tabaco casi ha desaparecido y afirma que las tasas de consumo regular entre los estudiantes de preparatoria son de 29.2% para hombres y de 27.7% para mujeres.

En este estudio los datos obtenidos fueron mas bajos, pues de los adolescentes que indicaron fumar, 59.6% fueron hombres (N=25) y 40.4% fueron mujeres (N=17). Esto representa una tasa de consumo de tabaco de 22.75% para los hombres y 18.87% para las mujeres, sin embargo se mantuvo la brecha de genero pues hubieron más hombre fumadores que mujeres fumadoras. Esto confirma la hipótesis 2 que afirma que la cantidad de adolescentes hombres que fuman es mayor que la cantidad de adolescentes mujeres que lo hacen.

Analizando las variables socio demográficas en las creencias de los adolescentes, se observo que los de menor edad creen más en los efectos positivos del tabaco y los adolescentes de mayor edad creen más en los efectos negativos de éste. Con referencia al sexo de los adolescentes, de igual manera se observo que las mujeres creen más en los efectos negativos del tabaco y los hombres creen más en los efectos positivos. No se observo que el promedio de calificaciones ni el grupo influyeran en las creencias de los participantes.

En el tabaquismo en figuras de autoridad y las creencias, se encontró que aquellos adolescentes que creían que su maestro fumaba, asociaban el tabaco con beneficios personales (como que una persona que fuma es varonil, adulta, independiente y entusiasta) y efectos positivos (es rico, ayuda a inspirarse, te tranquiliza, te ayuda a la digestión, te quita el sueño, te da seguridad y te hace ser más sociable). Cuando el papá fuma, se asocia el tabaquismo con beneficios psicológicos (que una persona que fuma se ve feliz, sano, atractivo y parece ser una persona que disfruta la vida).

En cuanto a las creencias, en este estudio el hecho de que la mamá fume no reporto tener relación. Cuando en la familia de los adolescentes se acepta que fumen, se fomentan las creencias sobre los beneficios sociales (fumar te hace parecer fuerte, admirado, importante y sexy) y los beneficios psicológicos; cuando además se acepta que fumen en su casa, los adolescentes creen más en los beneficios sociales, los beneficios psicológicos y los efectos positivos del tabaco.

La hipótesis 6 se confirmó parcialmente, pues las creencias sobre las consecuencias del tabaco y las características de los fumadores están relacionadas con las variables demográficas (sexo, edad), el tabaquismo en relación a figuras de autoridad y su conducta tabáquica, sin embargo el promedio y el grado escolar no indicaron estar relacionados.

Adicional, de acuerdo al tabaquismo en figuras de autoridad y la conducta tabáquica de los adolescentes, se encontró que existe relación entre que el maestro fume, que la mamá fume (aquí el hecho de que la mamá fume influye en que el adolescente fume, mas no en las creencias que tenga sobre el tabaquismo), que la familia acepte que fumen y que en su casa acepten que el adolescente fume. Contrario a las creencias, en la conducta tabáquica el hecho de que el padre fume no es significativo.

En conclusión, cuando un adolescente esta rodeado de personas fumadoras es mas probable que comience a fumar. También, la permisividad en el hogar y en la familia así como la creencia que tengan sobre si sus maestros fuman o no, contribuye a la conducta tabáquica que terminaran por adoptar.

Aunque los adolescentes indican no prestar importancia, el hecho de que sus amigos fumen, sí influye en su conducta tabáquica. La edad en la que se inicia el consumo de tabaco es generalmente entre los 14 y 16 años mientras se cursa el 3er año de secundaria y el 1er año de bachillerato.

De las creencias que se estudiaron en este trabajo, las referentes a beneficios psicológicos, efectos positivos y efectos negativos fueron las que demostraron afectar de manera consistente la conducta de fumar de los adolescentes así como su intención de fumar en el futuro.

El principal motivo por el cual los adolescentes comienzan a fumar es por curiosidad, por lo general la primera vez que se prueba el tabaco es una experiencia desagradable.

Con el objetivo de prevenir el tabaquismo en adolescentes y específicamente en estudiantes de secundaria y preparatoria, los datos encontrados en esta investigación podrían ser utilizados en programas de prevención enfatizando los efectos negativos del tabaco, como las enfermedades que provoca básicamente en corazón y pulmones y la pérdida de condición física que conlleva.



También, retomando a Ajzen y Fishbein (1980) que afirman que algunas creencias pueden ser reemplazadas por nuevas creencias, estos hallazgos se pueden utilizar para inducir a los fumadores a dejar de fumar.

De igual manera es importante hacer saber la influencia que tiene en un adolescente tanto el relacionarse con personas fumadoras como la permisividad del tabaquismo en el hogar y en la familia, específicamente en el padre, la madre y sus maestros, esto con la finalidad de hacer consciencia y adoptar medidas que ayuden a que las futuras generaciones estén cada vez mas alejadas del tabaquismo.

REFERENCIAS

- ACS (American Cancer Society). (2010). *El atlas del tabaco. 3ra Ed.* Recuperado el 12 de junio de 2012 de http://www.tobaccoatlas.org/downloads/TA3_sp_factSheet.
- Aguirre, A. (1994). *Psicología de la adolescencia*. España: Alfaomega marcombo.
- Belsasso, G. (2005). *El tabaquismo en México. Acciones institucionales en materia de tabaquismo*. CONADIC Informa. Recuperado el 19 de enero de 2014 de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/tabaquismo.pdf>
- Berger, K. (2004). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. España: Editorial Panamericana. 6ta Ed.
- Calleja, N. (2009). *Prevención de tabaquismo en mujeres adolescentes*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM: México.
- Casa, M. y Rubio, T. (2006). *Psicología de la salud: Hábitos de salud en relación a las creencias y actitudes de las personas*. Tesis de licenciatura. UNAM: Zaragoza.
- CNN (2008). *Riesgos en la cura antitabaco*. Recuperado el 19 de enero de 2014 de <http://www.cnnexpansion.com/print.php?url=expansion/2011/01/26/lucha-constante-contra-la-adiccion>
- CNN (2010) *El negocio del tabaquismo en México. 15 años subiendo el impuesto al cigarro, pero las tabacaleras no pierden y las farmacéuticas ganan*. Recuperado el 6 de julio 2013 de <http://www.cnnexpansion.com/print.php?url=expansion/2011/01/26/mas-impuestos-mas-fumadores-mas-dinero>
- CNN (2011). *México registra unas 60,000 muertes anuales por tabaquismo*. Nueva República. Diario político de México. Edición 264. Recuperado el 19 de enero de 2014 de <http://www.nuevarepublica.com.mx/index.php?p=book&idbook=0000002238>
- Caro, J. T., Pueyo, A. A. y Álvares, E. (2005). *La evolución del concepto de tabaquismo*. Recuperado el 16 de mayo de 2014 de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/02.pdf>
- Coleman, J., Hendry, L. y Kloep, M. (2008). *Adolescencia y salud*. México: Manual Moderno.

- Dulanto, E. (2000). *El adolescente*. México: McGraw Hill Interamericana.
- ETJ. (2008). Encuesta de tabaquismo en jóvenes. Análisis descriptivo. Recuperado el 20 de abril de 2014 de: <http://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010.html?start=5>
- Fernandez, M. (2009). *Adolescencia, riesgo en el consumo de drogas y la pertinencia de un proyecto de vida*. Tesis de licenciatura. UNAM. Facultad de psicología.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. (1976a). *A consideration of beliefs and their role in attitude measurement*. In M Fishbein (ED). *Readings in attitude theory and measurement*. New York: John Wiley and Sons.
- Fishbein, M. (1976b). *Attitude and prediction on behavior*. In M Fishbein. (ED) *Readings in attitude theory measurement*. New York: John Wiley.
- Granados, A. y Nuñez, M. (2006). *Creencias de salud y hábitos positivos*. Tesis de licenciatura. UNAM. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Greene, W. (1988). *Educación para la salud*. México, DF. Interamericana.
- Grinder, R. (2001). *Adolescencia*. México: Limusa.
- Horrocks, J. (1984). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.
- Hurlock, E. (1991). *Psicología de la adolescencia*. México: Paidós. 4ta Ed.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*. Distrito Federal: INEGI.
- Kuri-Morales, P. A., Alegre-Díaz, J., Mata-Miranda, M, P. y Hernández-Ávila, M. (2002). *Moralidad atribuible al consumo de tabaco en México*. *Salud Pública México*, 44, supl. 1, S29-S33. Recuperado el 10 de julio de 2013 de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48s1/a11v48s1.pdf>
- Martinez, J. (2008). *Creencias y tabaquismo en universitarios*. Tesis de maestría. Facultad de Psicología. UNAM: México.

- Orozco, A. (1998). *Estudio comparativo de la percepción social de la adolescencia: desde el punto de vista de los adolescentes, jóvenes y adultos*. Tesis de licenciatura. UNAM. Facultad de Psicología.
- OMS. (2006). *El tabaco: Mortífero en todas sus formas. 31 de mayo día mundial sin tabaco*. Recuperado el 5 de julio de 2013 de http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2006/translations/Brochure_Spanish.pdf
- OMS. (2008). *Un informe de la OMS documenta la situación de la lucha mundial contra el tabaco y describe un plan de medidas*. Recuperado el 6 de julio de 2013 de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr04/es/index.html>
- OMS. (2011). *10 datos sobre la epidemia de tabaquismo y el control mundial del tabaco*. Recuperado el 6 de julio de 2013 de http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/tobacco_epidemic_facts/es/index3.html
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2002). *Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud: Resultados en las Américas*. Recuperado el 6 de julio de 2013 http://www.paho.org/Spanish/SHA/be_v23n2-EMTJ.htm
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2009). *Nuevo informe demuestra avances en el control del tabaco en las Américas*. Recuperado el 6 de julio de 2013 de http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2099&Itemid=1926
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (1984). *Desarrollo Humano*. China: McGraw Hill. 11ra Ed.
- Pepitone, A. (1991). *El mundo de las creencias: un análisis psicosocial*. Revista de psicología social y personalidad. 7, pp. 61-79.
- Pardell, H., Saltó, E. y Sallenas, LL. (1996). *Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Perlman, D. y Chris, C. (1986). *Psicología Social*. México: Interamericana.
- Quintanar, M. (2005). *Creencias y actitudes saludables*. Tesis de Licenciatura.

UNAM. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Rico, G. y Ruiz, L (1990). *Tabaquismo y su repercusión en aparatos y sistemas*. México: Trillas.

Rincon, G. (2011). *Creencias acerca de la escasez de agua en el Distrito Federal. Un estudio exploratorio*. Tesis. UNAM. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Rodriguez, F. y Sotelo, G. (2007). *Creencias ambientales en estudiantes de la UNAM*. Tesis de Licenciatura. UNAM. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

WHO (World Health Organization). (2007). *Tobacco Free Initiative. Why is tobacco a public health priority?* Recuperado el 6 de julio de 2013 de http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/index.html



Anexos

1 Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco.

En una escala de **1 a 10**, siendo 1 totalmente falso y 10 totalmente verdadero, ¿cómo calificarías cada una de las siguientes opiniones que se tienen sobre el **fumar**?

1. _____ Ayuda a inspirarse para trabajar
 2. _____ Ayuda a la digestión después de comer
 3. _____ Contaminas el medio ambiente
 4. _____ Dañas la salud de los demás
 5. _____ Disminuye la actividad del cerebro
 6. _____ Es rico, muy placentero
 7. _____ Gastas mucho
 8. _____ Hueles horrible
 9. _____ Molestas a los demás
 10. _____ Pierdes condición física
 11. _____ Provoca cáncer
 12. _____ Te afecta el corazón
 13. _____ Te altera los nervios
 14. _____ Te causa enfermedades pulmonares
 15. _____ Te da seguridad
 16. _____ Te distrae
 17. _____ Te hace dependiente
 18. _____ Te irrita la garganta
 19. _____ Te hace parecer sociable
 20. _____ Te mata
 21. _____ Te provoca tos
 22. _____ Te quita el hambre
 23. _____ Te quita el sueño cuando estudias
 24. _____ Te tranquiliza, te relaja
 25. _____ Tienes mal aliento
 26. _____ Tienes mal sabor
 27. _____ Tus dientes y dedos se manchan
- ¿Otro?

2 Escala de creencias obre las características del fumador

Para tí, una persona que fuma es:				
	Muchísimo	Mucho	Poco	Nada
1. Feliz	()	()	()	()
2. Sana	()	()	()	()
3. Atractiva	()	()	()	()
4. Independiente	()	()	()	()
5. Entusiasta	()	()	()	()
6. Adulta	()	()	()	()
7. Varonil	()	()	()	()
8 Acompañada	()	()	()	()
9. Disfruta la vida	()	()	()	()
10 Sexy	()	()	()	()
11. Importante	()	()	()	()
12. Fuerte	()	()	()	()
13. Admirada	()	()	()	()
¿Otro?				

3 Cuestionario de tabaquismo



La Universidad está realizando un estudio sobre el hábito de fumar. Tus respuestas sinceras a las siguientes preguntas serán de gran utilidad en esta investigación cuyo propósito es identificar los factores relacionados con esta conducta. Agradecemos ampliamente tu colaboración.

DATOS GENERALES

Fecha: _____

1. Edad: _____

2. Sexo: Masc. () Fem. ()

3. Grado: _____

4. Último

promedio de calificaciones: _____

FIGURAS DE AUTORIDAD

5. Crees que tu maestro:
- | | | | |
|------------|-----------|--------------------|-----------------|
| Fuma mucho | Fuma poco | No fuma, pero fumó | Nunca ha fumado |
| () | () | () | () |
6. Tu papá:
- | | | | |
|------------|-----------|--------------------|--------------------------|
| Fuma mucho | Fuma poco | No fuma, pero fumó | No fuma, nunca ha fumado |
| () | () | () | () |
7. Tu mamá:
- | | | | |
|------------|-----------|--------------------|-----------------|
| Fuma mucho | Fuma poco | No fuma, pero fumó | Nunca ha fumado |
| () | () | () | () |
8. Para tu familia, el hecho de que alguien fume en tu casa es:
- | | | | |
|------------------|----------|----------|-----------------|
| Totalme aceptado | Aceptado | Rechazad | Total rechazado |
| () | () | () | () |
9. En tu casa, el hecho de que tú fumes (o fumaras) es:
- | | | | |
|---------------------|----------|-----------|-----------------|
| Totalmente aceptado | Aceptado | Rechazado | Total rechazado |
| () | () | () | () |

¿ T Ú F U M A S ?

50. Sí ()	No ()
51. ¿Desde qué edad fumas?_____	64. ¿Has fumado alguna vez? Sí () No () Pasa a la preg. 69
52. ¿En qué año ibas?_____	65. ¿En qué año ibas?_____
53. Empezaste a fumar por: _____	66. Fumaste en esa ocasión por: _____
54. ¿Qué sentiste cuando fumaste por primera vez? _____	67. ¿Qué sentiste cuando fumaste en esa ocasión? _____
55. Cuando empezaste a fumar, tu mejor amigo(a): Fumaba No fumaba No tenías mejor amigo () () ()	68. ¿Cuántas veces has probado el cigarro?_____
56. Para que tu grupo de amigos te aceptara, el hecho de que tu fumaras era: Muy Importante Regular Nada importante importante () () () ()	69. Para que tu grupo de amigos te acepte, el hecho de que tu fumes es: Muy Importante Regular Nada importante importante () () () ()
57. Actualmente, tu mejor amigo(a): Fuma No fuma No tienes mejor amigo () () ()	70. Actualmente, tu mejor amigo(a): Fuma No fuma No tienes mejor amigo () () ()
58. ¿Cuántos cigarros fumas? Algunos durante el año () Algunos cada mes () Algunos cada semana () Algunos casi todos los días () La mitad de una cajetilla al día () Una cajetilla o más al día ()	71. ¿Cómo has hecho para no fumar? _____ _____ _____
59. ¿Cuántos cigarros fumaste ayer? _____	
60. ¿Qué marca de cigarros fumas? _____	
61. ¿Te gustaría dejar de fumar? Sí () No ()	
62. ¿Lo has intentado? Sí () No () Pasa a la preg. 72	
63. ¿Cómo?	

