



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CAMPUS III, TLAXCALA

PSICOLOGÍA

**SALUD MENTAL DE TRABAJADORES DEL ESTADO DE MÉXICO Y
TLAXCALA: ESTUDIO PSICOLÓGICO SOBRE LA RELACIÓN
ENTRE CREENCIAS HACIA EL TABAQUISMO Y ADICCIÓN AL
TRABAJO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

SHEILA YAEL MOLINA TORRES

JURADO DE EXAMEN:

DIRECTOR: DR. JOSÉ DE JESÚS SILVA BAUTISTA

COMITÉ: DR. RODOLFO HIPÓLITO CORONA MIRANDA

DR. JUAN CRISÓSTOMO MARTÍNEZ BERRIOZABAL

DR. FAUSTO TOMÁS PINELO ÁVILA

LIC. NALLELY VENAZIR HERRERA ESCOBAR



PAPIIT IN307819

TLAXCALA DE XICOHTÉNCATL MÉXICO, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

No encontré una mejor motivación que la ciencia en la UNAM para poder llegar a este momento de mi vida y finalizar mi etapa como estudiante universitaria, no había mejor razón que escribir, investigar, leer o preguntarme en medio de una pandemia sobre mi tema, a la par con el apoyo de grandes personas para llegar hasta este momento.

Agradezco el apoyo incondicional de mi mamá y hermana que se volvieron una parte del por qué quería realizar una tesis, a pesar de la distancia el seguirnos apoyando, poder disfrutar cosas importantes y sobre todo de la vida; a ella que me ha enseñado a ser paciente en todo momento, a no detenerme cuando no quiero saber más o me desespero y saber las palabras precisas para mí, siempre creyendo en lo que me propongo y alcanzarlo.

Mi tutora, la profesora Nallely que desde Psicología Social volvió parte importante de mi vida académica los congresos, artículos, la investigación y el dar siempre más por la ciencia aún y con los mil obstáculos que hay dentro de ella, gracias infinitas por impulsarme y acompañarme en esta trayectoria.

A Alex, una gran persona que admiro por su todo fue parte esencial del por qué es importante hacer investigación, de aquello que te motiva día a día, sin importar los límites lo haces y sigues; jamás se me van a olvidar sus palabras, sus experiencias, sus aprendizajes que comparte, que estuvo en ocasiones exitosas y complicadas en este trayecto, te quiero mucho.

Tzi- Tzi mi gran amiga, hermana, tu amistad y apoyo de tantos años ha sido pieza importante en mi vida, estás siempre cuando lo necesito y tienes las palabras exactas para mejorar, te admiro porque decidiste dejar tu país por crecer y eso motiva a hacer más de lo que uno tiene.

Y a mis tíos que estuvieron y están conmigo, que siempre desde que entré a la carrera tuve su apoyo y sabía que podía contar con ellos cuando tuviera momentos difíciles, son parte de esas personas que me impulsaron a dar siempre más y hacerme creer que podía con lo que fuera porque era capaz.

La vida no es fácil, para ninguno de nosotros, pero... ¡que importa! Hay que perseverar y sobre todo, tener confianza en uno mismo. Hay que sentirse dotado para realizar alguna cosa y que esa cosa hay que alcanzarla, cueste lo que cueste. -Marie Curie.

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM.

Clave: << IN307819>>

<<Muerte y conducta tabáquica. Estudio psicológico sobre la relación entre creencias y escolaridad en fumadores y no fumadores>>.

Agradezco a la DGAPA UNAM la beca recibida.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| ÍNDICE..... | 4 |
| RESUMEN..... | 7 |
| INTRODUCCIÓN..... | 8 |
| Capítulo 1. Creencias..... | 13 |
| 1.1 Definición..... | 13 |
| 1.2 Función | 16 |
| 1.3 Formación..... | 19 |
| 1.4 Clasificación..... | 22 |
| 1.5 Sistema de creencias..... | 28 |
| 1.6 Teorías | 29 |
| Capítulo 2 Tabaquismo | 33 |
| 2.1 Definiciones | 33 |
| 2.1.1 <i>Definición clínica</i> | 33 |
| 2.1.2 <i>Definición social</i> | 36 |
| 2.1.3 <i>Definición antropológica</i> | 39 |
| 2.1.4 <i>Definición neurológica</i> | 43 |
| 2.2 ¿Hábito o adicción? | 44 |
| 2.3 Presentaciones sociales del tabaco..... | 46 |
| 2.3.1 <i>Cigarrillos</i> | 46 |
| 2.3.2 <i>Pipas</i> | 48 |
| 2.3.3 <i>Productos de tabaco de uso oral o sin combustión</i> | 49 |
| 2.3.4 <i>Nuevos productos de tabaco</i> | 50 |
| 2.4 Factores que detonan consumo de tabaco | 51 |
| 2.4.1 <i>Familiares</i> | 51 |
| 2.4.2 <i>Pares de iguales</i> | 52 |
| 2.4.3 <i>Factores personales</i> | 53 |
| 2.4.4 <i>Factores sociales</i> | 55 |
| 2.5 Creencias hacia el tabaquismo | 56 |
| 2.5.1 <i>Creencias hacia el tabaquismo en trabajadores.</i> | 59 |
| 2.6 Efectos del tabaco en la salud..... | 61 |
| <i>Psicológicos</i> | 61 |

| | |
|--|-----|
| <i>Neurológicos</i> | 62 |
| <i>Sociales</i> | 63 |
| <i>Salud / biológicos</i> | 64 |
| <i>Fumadores activos</i> | 65 |
| <i>Fumadores pasivos</i> | 68 |
| 2.7 Diagnóstico..... | 69 |
| 2.8 Tratamientos..... | 73 |
| Capítulo 3. Adicción al trabajo..... | 79 |
| 3.1 Definición de trabajo..... | 80 |
| 3.2 Adicción psicológica..... | 81 |
| 3.3 Adicción al trabajo..... | 83 |
| 3.3.1 <i>Señales de alarma y perfil del adicto al trabajo</i> | 86 |
| 3.4 Creencias hacia el trabajo..... | 89 |
| 3.4.1 <i>Tipos de creencias hacia el trabajo</i> | 90 |
| 3.4.2 <i>Sistema de creencias hacia el trabajo</i> | 94 |
| 3.5 Creencias hacia la adicción al trabajo..... | 95 |
| Capítulo 4. Salud mental. Implicaciones en la adicción al trabajo y el tabaquismo..... | 98 |
| 4.1 Salud mental..... | 98 |
| 4.1.1 <i>Promoción y protección de la salud mental</i> | 98 |
| 4.2 Salud mental en el trabajo..... | 101 |
| 4.2.1 <i>Factores psicosociales en el trabajo</i> | 103 |
| 4.2.2 <i>Riesgos psicosociales emergentes</i> | 106 |
| 4.3 Salud Mental y Tabaquismo..... | 109 |
| Capítulo 5. Estado del arte..... | 112 |
| 5.1 Investigaciones sobre creencias hacia el tabaquismo..... | 112 |
| 5.2 Investigaciones sobre la adicción al trabajo..... | 116 |
| 5.3 Investigación de Salud Mental..... | 119 |
| MÉTODO..... | 125 |
| 1. Planteamiento del problema..... | 125 |
| 2. Preguntas de investigación..... | 127 |
| <i>Pregunta de investigación general</i> | 127 |
| <i>Preguntas de investigación específicas</i> | 127 |
| 3. Objetivos..... | 129 |

| | |
|---|-----|
| <i>Objetivo general</i> | 129 |
| <i>Objetivos específicos</i> | 129 |
| 4. Hipótesis de investigación | 131 |
| <i>Hipótesis general</i> | 131 |
| <i>Hipótesis específicas</i> | 132 |
| 5. Variables de investigación | 134 |
| 6. Población y muestra..... | 135 |
| 7. Tipo y diseño de investigación | 136 |
| 8. Instrumentos de medición..... | 136 |
| 9. Procedimiento | 137 |
| RESULTADOS..... | 139 |
| 1. Estadísticos descriptivos: Porcentajes y Frecuencias. | 139 |
| 2. Estadísticos de Fiabilidad: Alpha de Cronbach | 153 |
| 3. Análisis Factorial Exploratorio..... | 156 |
| 4. Análisis de correlación de Pearson | 165 |
| 5. Prueba T de Student para muestras independientes | 189 |
| 6. Análisis de varianza (ANOVA)..... | 202 |
| DISCUSIÓN | 223 |
| Conclusión | 239 |
| Referencias | 243 |
| ANEXOS..... | 265 |

RESUMEN

El tabaquismo se considera un problema de Salud Pública a nivel mundial, por el impacto negativo que conlleva. En la actualidad se presentan estadísticas, las medidas MPOWER de la OMS que han sido desfavorables aún en México, consideran fundamental la prevención, pero gran parte de los factores detonadores se dejan a un lado. Una vía favorable para conocer estos son las creencias, puesto que su consumo no solo afecta al individuo en forma física también en su Salud Mental y en todos sus ámbitos como el laboral, lo que puede causar a una Adicción al Trabajo. Ante ello el objetivo fue describir las creencias hacia el tabaquismo presentes en trabajadores del Estado de México y Tlaxcala y encontrar su relación con la Adicción al Trabajo y su Salud Mental, para conseguirlo se empleó una muestra de 373 trabajadores, 202 del Estado de México y 171 de Tlaxcala, empleando un diseño no experimental, transversal, correlacional. Se aplicaron tres escalas con sus respectivos criterios de confiabilidad y validez, ETBEMTLX, "Escala de Salud General GHQ" y Cuestionario Auto aplicable de Adicción al Trabajo. Los resultados indican la existencia de creencias científicas/ sociales y psicológicas hacia el tabaquismo en ambos estados, a pesar de conocer los daños en la salud otras variables influirán para consumirlo, guardando relación con la Adicción al Trabajo y Salud Mental de trabajadores en ambos estados; de una adicción al trabajo pueden existir adicciones químicas y también diferencias significativas según variables sociodemográficas.

Palabras clave: creencias, tabaquismo, salud mental, adicción al trabajo, trabajadores.

INTRODUCCIÓN

“La ciencia y la vida cotidiana no pueden y no deben estar separadas” Rosalind Franklin

Para realizar investigación científica es necesario indagar, conocer y contar con un sustento teórico que permita dar pauta a desarrollar un fenómeno y relacionarlo con otras variables de estudio. Para comprender el tema “Salud mental de trabajadores del Estado de México y Tlaxcala: estudio psicológico sobre la relación entre creencias hacia el tabaquismo y adicción al trabajo” se destacan tres apartados: fundamentos teóricos, metodología y resultados, los cuales se describen a continuación.

De la Pienda (1999) menciona “Todos somos creyentes, necesariamente creyentes” (p.240), a la par Ortega y Gasset (1968) menciona que “Más aún: precisamente porque son creencias radicalísimas se confunden para nosotros con la realidad misma —son nuestro mundo y nuestro ser—, pierden, por tanto, el carácter de ideas, de pensamientos nuestros que podían muy bien no habérsenos ocurrido” (p.2).

El primer capítulo, hace hincapié que dentro de Psicología Social el estudio de las actitudes ha sido la piedra angular, brindando poca atención al estudio de las creencias y su importancia, retomando como principal definición la de Fishbein y Ajzen (1975) “la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, valor, concepto o atributo” (p.131), además de la función, formación, clasificación, sistema de creencias y teorías como TAR y TAP.

El segundo capítulo se presenta el estudio del tabaquismo, dentro de la Psicología permite una aproximación de los diferentes detonantes presentes en el entorno del individuo que conllevan a la pregunta ¿qué es aquello que dirige a las personas a fumar? El tabaquismo ha sido definido desde distintas perspectivas tales como la clínica, social, antropológica y neurológica mismas que se van explicando a lo largo del capítulo. También se aborda el subtema de sobre si es considerado ¿hábito o adicción? en donde autores como Texeira, et al. (2005) coinciden en se inicia como hábito, pero su consumo es de forma gradual llega al punto de necesitarlo a diario y se convierte en adicción.

Las representaciones sociales sobre el tabaco también de contemplan, destacando cada una de ellas con lo establecido por la OMS (2006) e incluyendo los Sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN) y el Sistema electrónico sin

administración de nicotina (SESN) que a través de internet y redes sociales han mostrado beneficios, menores o nulas repercusiones en los fumadores pero estas recomendaciones siguen siendo falsas y no aprobadas por la OMS, también los factores que detonan el consumo de tabaco incluyendo a los familiares, pares de iguales, personales y sociales ya que estos deben considerarse en conjunto y son parte de los pilares para abordar el tema de tabaquismo. De igual modo algunas de las creencias hacia el tabaquismo en investigaciones que permite enlazar a las creencias hacia el tabaquismo en trabajadores, que a pesar de que su existencia sea poco abordada aspectos como la formación de algunos profesionales de la salud y sus creencias influyen en tratamientos de abandono de tabaco.

Como últimos subtemas están los efectos del tabaco en la salud desde los psicológicos, neurológicos, sociales y en la salud/ biológicos, contemplando también a los fumadores activos y pasivos, la importancia de un diagnóstico completo y elaborado con bases científicas sin dejar de lado los tratamientos y las barreras presentes en estos como sucede en el tratamiento psicológico.

En el tercer capítulo se aborda el tema de Adicción al Trabajo, este se inicia con una breve descripción de la importancia del trabajo en los individuos para aterrizar a lo que es la adicción psicológica, ya que de acuerdo con Salas (2014) de aquí se deriva la Adicción al Trabajo un fenómeno relativamente nuevo en su estudio definido como la implicación excesiva, progresiva y desadaptativa a la actividad laboral y pérdida de control de la misma y se ha identificado a través de diversos criterios lo cual ha podido determinar el perfil de una persona adicta al trabajo. A su vez también se agregaron las creencias, los tipos de creencia, sistema de creencias hacia el trabajo y las creencias hacia la adicción al trabajo; estos subtemas permitieron enlazar las variables de estudio para su comprensión.

El cuarto capítulo: Salud Mental. Este es un concepto que ha sido difícil definir ya que está determinado por factores sociales, ambientales, biológicos hasta psicológicos pero gran parte de la bibliografía coincide en que es un estado de bienestar en que la persona realiza sus capacidades, hace frente a situaciones de la vida cotidiana tratando de contar con bienestar personal, independencia y realización a nivel intelectual y emocional ya que no solo es a nivel individual también colectivo. Siguiendo la misma

línea se aborda lo que es la promoción y protección de la salud mental recalcando su importancia y la consideración de los factores protectores y de riesgo, también cómo se lleva a cabo en el trabajo puesto que de estos se relacionan los factores psicosociales y riesgos psicosociales emergentes que incluyen a la Adicción al Trabajo, concluyendo con la relación entre salud mental y tabaquismo.

Finalmente, el quinto capítulo es el Estado del Arte, la recopilación de investigaciones con variables de estudio tanto de manera independiente como conjunta, aunque solo se encontró relación entre dos variables ya sea creencias y adicción al trabajo, creencias hacia el tabaquismo o salud mental y tabaquismo y algunos datos estadísticos en México de estas mismas variables de estudio.

En cuanto a la parte metodológica se puso a prueba la hipótesis acerca de si trabajadores del Estado de México y Tlaxcala tienen creencias científicas/sociales y psicológicas hacia el tabaquismo y éstas guardan relación con la Adicción al Trabajo y la salud mental a través de un estudio de campo, correlacional, diseño no experimental transversal, *ex post facto* e intergrupar. La población a la cual fue dirigida esta investigación fue trabajadores del Estado de México y Tlaxcala, con un muestreo no probabilístico intencional se obtuvieron respuesta de 373 trabajadores (201 del Estado de México y 172 de Tlaxcala).

En el apartado de resultados estos indican los estadísticos descriptivos como frecuencias y porcentajes, el Análisis de Fiabilidad obteniendo un Alpha de Cronbach .860 en la ETBEMTLX además de las escalas de “Salud General GHQ” (García- Viniéguas 1999) y “Cuestionario Auto aplicable de Adicción al Trabajo” Arias en el 2009 (Méndez-Rodríguez, 2014), Análisis Factorial Exploratorio obteniendo 8 factores y 40 reactivos totales de la encuesta ETBEMTLX y una varianza total explicada de 49.450%, así como los análisis Correlación de Pearson, T de Student para muestras independientes y Análisis de Varianza (ANOVA).

Finalmente se aprobó la hipótesis establecida y se muestra una correlación entre las tres variables de estudio, de modo que se considera un problema de salud pública, una enfermedad con constantes recaídas, que trae consecuencias graves en la salud en general, entorno laboral, familiar y en lo personal y a pesar de conocer los efectos se consume por cuestiones sociales como ser atractivo (a), o ser percibido de determina

manera para encajar en cierto grupo, por los beneficios que se han creado, el papel como estímulo, entre otras creencias relacionándose tanto con Adicción al Trabajo por el estilo de vida ajetreado, por disminuir estrés o ansiedad por cuestiones laborales, la falta de tiempo, consecuencias en la salud por la carga laboral y el poco descanso y también su relación con Salud Mental el sentimiento de constante agobio y tensión, de pérdida de confianza en sí mismo o baja capacidad de tomar decisiones permiten explicar el porqué de su correlación con creencias hacia el tabaquismo.

Las variables sociodemográficas formaron parte indispensable para la investigación y análisis correspondientes, ya que de acuerdo con estas, las creencias hacia el tabaquismo, la Adicción al Trabajo y Salud mental pueden estar mediadas según el sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, ingreso mensual, tipo de empleo, horas trabajadas a la semana, estado de la República Mexicana en el que labora y cantidad de cigarros que consumen al día, mismas que forman parte de la vida cotidiana de los trabajadores, pero en ocasiones se les brinda poca importancia.

En definitiva, los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala al contar con creencias de tipo científicas/ sociales y psicológicas pueden relacionarse con la Adicción al Trabajo e ir en aumento ambos tipos de adicción, además de la relación con su Salud Mental a través de preocupaciones, sentirse capaces de tomar decisiones, agobiados o en tensión o superar ciertas dificultades. Se agregan las limitantes y sugerencias para futuras investigaciones sobre creencias hacia el tabaquismo, por ser un tema indispensable que afecta y seguirá afectando a nivel mundial en la salud física y mental con repercusiones en gran parte de los ámbitos, cerrando con las respectivas referencias utilizadas en la investigación y anexos.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Capítulo 1. Creencias

En el mundo del pensamiento humano... los conceptos más fructíferos son a los que es imposible atribuir un significado bien definido.

—Hunter Lewis

A lo largo de su existencia el hombre ha conformado su realidad en torno a sus creencias, de acuerdo con De la Pienda (1999) “Todos somos creyentes, necesariamente creyentes” (p.240), estas son la base fundamental del comportamiento que emergen de la unión de la sensación de poder y conocimiento, mismas que provocan el deseo de creer y el temor a la duda (Clifford y James, 2003).

A través de la historia del estudio de las creencias, ha surgido un debate entre autores para llegar a un acuerdo en las múltiples definiciones que se han establecido, el trabajo ha sido arduo, pero no imposible, algunos autores concuerdan totalmente y otros difieren en aspectos particulares.

1.1 Definición.

Establecer una sola definición para el término de creencias ha sido un trabajo complejo debido al carácter mental y subjetivo, sin embargo, es una categoría de estudio relevante puesto que el hombre ha conformado su realidad en torno a las mismas y a su vez, son la base fundamental del comportamiento (Pepitone, 1991; De la Pienda, 1999; Clifford y James, 2003).

Partiendo de la perspectiva de distintos autores, se han postulado distintas definiciones dando paso a su análisis y comprensión a través de respuestas a preguntas como “¿qué clase de concepto es la creencia?”, de acuerdo con Griffiths (1976) es un concepto que conlleva a una reflexión de mayor profundidad y no únicamente a una descripción a nivel general. Por su parte, Fishbein y Ajzen (1975) mencionaron que las creencias se refieren a los juicios de una persona de probabilidad subjetiva sobre algún aspecto discriminable de su mundo; que se ocupan de la comprensión de la persona misma y de su entorno, “la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, valor, concepto o atributo” (p.131), un determinado comportamiento conducirá a ciertas consecuencias de acontecimientos y hará que se produzcan continuamente; esta definición implica que la formación de creencias,

involucra el establecimiento de un vínculo entre dos aspectos cualesquiera del mundo de un individuo.

De este modo, es importante enfatizar que las creencias se refieren a una realidad establecida por medio de la cual se apoya la vida de las personas, estas se consideran como un fenómeno emocional incorporado al ser y considera que la vida del hombre se rige gracias a su repertorio propio de creencias, acerca del mundo y acerca de sí mismo (Recasens, 1999), por lo tanto creer significa algo más que tener por verdaderas determinadas proposiciones, denotando las convicciones y actitudes fundamentales que han sido y son importantes para la vida de cada individuo (Küng, 2009).

Por otro lado, Villoro (1996) define al acto de creer como al momento de realizar un acto mental de una cualidad peculiar, que ocurre en la mente de un sujeto y por lo tanto solo es accesible a él, además retoma a aquellos autores como Husserl, Descartes, Hume, Locke, Russell que definen a las creencias, determinando que estas doctrinas tienen en común el ser mentalista e idealistas por lo que determinan a la creencia como ocurrencia o como conciencia privada, de manera que este tipo de creencia únicamente el sujeto puede acceder a ella y percatarse de esta ocurrencia.

También las creencias se conciben como una disposición en el sentido de que su observación es directa, aún si es privada o pública y se expresan de acuerdo con oraciones que describen algo que acontece, no son las propiedades que se pueden observar de los objetos, sino las características de cada sujeto para atribuirles en la explicación de ciertas ocurrencias (Villoro, 1996).

Por otro lado, Rusell (como se citó en Díez, 2011), señala que la actividad intelectual se basa en las creencias que consisten en el paso de unas a otras mediante el razonamiento, donde las creencias son la base de la relación del sujeto con la realidad, subrayando que el conocimiento humano va a estar constituido en su mayor parte por creencias y en poca medida por verdades o certezas. Lo que conlleva a que Díez (2011), genere su propia definición en la que señala que creer es tener algo por verdadero o existente, pero sin estar seguro de ello, por tanto, las creencias se compondrán de explicaciones e interpretaciones de la realidad.

Al mismo tiempo, existen también las creencias como conocimientos subjetivos, según Moreno (2000) estos conocimientos son poco elaborados, generados a nivel

particular por cada individuo para explicarse, justificar muchas de sus decisiones y actuaciones vividas, las creencias no se fundamentan sobre la racionalidad, sino más bien sobre los sentimientos, las experiencias y la ausencia de conocimientos específicos del tema con el que se relacionan, lo que las hacen ser muy consistentes y duraderas para cada individuo (Pratt, 1949; Martínez, *et al.*, 2014).

En el ámbito social e interpersonal las creencias cumplen un papel fundamental, estableciendo fines de acción individual y colectiva (González, como se citó en Bachmann, *et al.*, 2012), además pueden ser compartidas por diferentes individuos, validándose por medio del acuerdo con otro o permaneciendo dentro de un marco de significados y supuestos socialmente compartidos; según Recasens (1999), las creencias son un conjunto de conceptos e ideas que tienen las personas y les sirven para organizar la percepción de las partes del mundo o de su totalidad, por lo tanto son grupales y socializadas en el sentido en que han de ser validadas por los grupos de referencia y la sociedad en que viven los sujetos.

Martínez (como se citó en Ávila, 2015) definen a las creencias como “ideas compartidas, sobre cómo el mundo opera, pueden ser resúmenes e interpretaciones del pasado, explicaciones del presente o predicciones para el futuro, pueden estar basadas en el sentido común, sabiduría popular, religión, ciencia o en alguna combinación de éstas” (p. 91) y al ser compartidas, funcionan como protagonistas en la transmisión de códigos culturales (Castorina y Lenzi, como se citó en Nogués, 2015).

A pesar de sus múltiples definiciones las creencias son constructos complejos sobre el cual no siempre se ha puesto mucha precisión y se mezclan con un sinnúmero de ideas: viajan con disfraz y a menudo con un alias de actitudes, valores, juicios, axiomas, opiniones, ideología, percepciones, concepciones, sistemas conceptuales, preconcepciones, disposiciones, teorías implícitas, teorías personales, procesos mentales internos, estrategias de acción, perspectivas, repertorios de entendimiento y estrategia social, creadas por la mente para la satisfacción de un deseo dirigido generalmente a hechos reales o imaginarios; los individuos darán por cierta una proposición y actuarán como si fuera verdadera, definiendo una moral para poder sostener sus creencias y estas se convierten entonces en verdades indiscutibles, por ello se consideran como un fuerte componente evaluativo y afectivo (Pajares, 1992; Ander-

Egg, 2011; Cuadra, como se citó en Dodera, *et al.*, 2014), dicho de otra manera es importante su conceptualización para poder explicar o comprender el comportamiento humano (Myers, como se citó en Bachmann, *et al.*, 2012).

Por consiguiente, en algunos análisis acerca de la naturaleza de las creencias se comprobó que éstas no son un mapa para la acción si no la acción en sí misma; es decir “una acción simbólica y expresiva” o bien, una expresión verbal de la actitud; las creencias y acciones son de cierta forma uno solo, determinando que los diferentes tipos de creencias u opiniones van a expresar los diferentes grados de favorabilidad o desfavorabilidad hacia un objeto o atributo (Defez, 2005; Thurstone, 1931).

Por tanto, la principal característica de las creencias es que pueden ser consideradas con variación según su grado de convicción, pues quien cree, puede estar pasionalmente entregado a su punto de vista o por otro lado podría considerar una afirmación de un asunto como más probable o no, a menudo incluyen sentimientos afectivos y evaluaciones, memorias de experiencias personales vividas, supuestos sobre la existencia de entidades y mundos alternativos los cuales no son abiertos a la evaluación externa o examinación crítica, no están consensuadas, son independientes de su validez y están caracterizadas por una falta de acuerdo sobre cómo son evaluadas y juzgadas (Thompson, 1992).

Es así como algunas de las definiciones de autores, son abordadas de manera individual o colectiva, una de sus características es que es una de las principales categorías psicosociales de estudio con mayor presencia en Psicología Social y cognición humana permitiendo conocer el desarrollo de cada individuo en su sociedad, además las creencias también tienen funciones, siendo estas de una manera ilimitada.

1.2 Función

Dentro de la estructura cognoscitiva de todos los individuos, las creencias ocupan un lugar central y afectan poderosamente la forma en que se perciben, interpretan o se recuerdan los acontecimientos (Bachmann, *et al.*, 2012). Por ello la funcionalidad de las creencias radica en todo aquello que para el hombre es importante, significativo y a la vez problemático (Quintana, como se citó en Galán, 2015). De forma similar De la Pienda (1999) enmarca a las creencias como el principio fundamental para la existencia del ser humano, considerándolas una condición ontológica del individuo y como una vivencia

ordinaria, defendiendo que este vive en función de sus creencias, un supuesto trascendental por la misma reflexión con la que se analiza (Puerta a la realidad).

Siguiendo la misma línea, Ambrosio- Cedeño, *et al.* (2011) mencionan que la función principal de las creencias radica en su importancia con respecto al comportamiento, este visto como una acción individual o colectiva y su fuerte asociación con el pensamiento sobre un determinado acontecimiento, objeto o estado de las cosas. Las creencias sirven a los individuos para la construcción de sus sistemas de referencia, sus verdades, su visión del mundo y su realidad (Martínez, como se citó en Ávila, 2015), consideradas también como un componente cognoscitivo de la cultura subjetiva, dando paso a que los individuos realicen las categorizaciones necesarias para hacer el mundo más estable, los ayuda en la toma de decisiones en el medio social y son la base de las evaluaciones que las personas realizan con el fin de lograr una buena adaptación al medio (Matsumoto, como se citó en Díaz- Loving, *et al.*, 2015).

Asimismo, suelen ser información originada a través de las experiencias de socialización y endoculturación que se absorben a lo largo de la vida de los individuos, que ayudan a explicar y justificar muchas decisiones y actuaciones vividas de los mismos (Díaz-Loving y Draguns, como se citó en Díaz- Loving, *et al.*, 2011; Moreno, 2000), siendo éstas influenciadas por variables sociodemográficas como la edad, el nivel educativo, la ocupación, la clase social y el sexo (Davidson y Thompson, como se citó en Díaz-Loving, *et al.*, 2011).

Igualmente Clifford y James (2003) en su libro “La voluntad de creer” mencionan que las creencias no son asuntos privados que conciernen únicamente a sus portadores, sino que guían las vidas de sociedades a través de concepciones generales con propósitos sociales proponiendo que las palabras, frases, formas, procesos y modos de pensar son una propiedad común, que se van a actualizar y a perfeccionar en cada período histórico dando pauta a una de las funciones más significativas según los autores, y dado que van a ayudar a mantener una cohesión en los hombres, reforzar y dirigir las actividades que se realizan en común. Se reflexiona sobre el amplio panorama en el que se ven involucradas las creencias, lo cual significa que las creencias rehabilitan la existencia de los objetos del mundo exterior por medio de un acto de voluntad; de modo que, por medio de las creencias los individuos basarán su existencia materializando por medio de

sus actos o hechos públicos, argumentando que una creencia deja de serlo si no incide en el comportamiento de quien la sostiene, y aquellas que no inciden directamente sobre el comportamiento formarán parte del conjunto de creencias que enlazan sensación y acción en cada momento de la vida de cierto individuo, en pocas palabras, ninguna creencia es realmente insignificante ya que preparan a los individuos a recibir y debilitar otras creencias.

De esta forma pueden creer más allá de su propia experiencia, así se puede creer lo que una tercera persona cree siempre y cuando exista una base razonable que sustente la creencia de dicha persona. La “capacidad de creer” propuesta por Clifford y James (2003) se refiere a la facultad que impulsa las decisiones de la voluntad y que entreteje en una labor todas las energías condensadas de individuos que sirven para el sustento de la misma humanidad, las cuales se utilizan con “verdades” que han sido establecidas a través de la experiencia, fatigosos esfuerzos que sobreviven a la exposición del cuestionamiento libre y los prejuicios.

También las creencias están compuestas por una red de ideas interconectadas que se construyen a partir de experiencias que los sujetos viven cotidianamente (Jackson, como se citó en Bachmann, *et al.*, 2012). Contrario a esto, Pajares (como se citó en Bachmann, *et al.*, 2012) difiere en cuanto a que las creencias se muestran inicialmente fragmentadas y no hay conexión entre ellas, ya que están profundamente arraigadas en la experiencia individual y cotidiana, en la medida que transcurre el tiempo se transforman y permiten su organización en estructuras que influyen en distintos procesos cognitivos, llegando a explicaciones relativamente coherentes entre sí, que en la interacción con la realidad se constituyen en representaciones o modelos que permiten a los individuos que las poseen, comprender, explicar y finalmente predecir los eventos a su alrededor.

Cabe mencionar, que las creencias juegan un papel importante en cómo el individuo capta la información, influyendo en su percepción y juicio, siendo estos últimos los que en realidad afectan en lo que dice y hace; al afectar de forma determinante en su conducta le brindan la posibilidad de desarrollar su capacidad de elección y de este modo, son los mejores indicadores de las decisiones individuales que se le presentan a lo largo de su vida (Pajares, como se citó en Herrera, 2014).

Del mismo modo, ayudan a las personas a comprenderse a sí mismos, a los demás y adaptarse al mundo y su lugar en él, con ello proporcionan un significado personal y ayudan a definir la relevancia, también ayudan a las personas a identificarse entre sí y a formar, tanto grupos como sistemas sociales (Pajares, 1992).

Desde otra perspectiva, Pepitone (1991) agrega que la función de las creencias está categorizada en cuatro componentes, siendo esta la función emocional, haciendo énfasis en que las creencias sirven directamente para manejar emociones; función cognitiva, las creencias dan estructura cognoscitiva lo que permite tener un control sobre la vida; función moral, funcionan para regular la distribución de la responsabilidad moral entre la persona y el grupo; y función de grupo, teniendo la función de que las creencias sirven para promover la solidaridad al grupo al brindarle una identidad común.

A pesar de la función tan sobresaliente que tienen las creencias en los individuos, muchas veces se elaboran falsas creencias resistentes a una contrastación con la realidad, incluso en ocasiones llevan a las personas a actuar de formas que producen aparente confirmación y son compartidas con la familia o reforzadas culturalmente, manteniendo estereotipos de sexo o culturales que hacen difícil para las personas identificarlas y modificarlas (Bachmann, *et al.*, 2012; Fennell y Seoane, como se citó en Calvete y Cardeñoso, 2001).

De este modo, la importancia de las creencias radica en que estas se encuentran presentes en todos los individuos, manifestando claros efectos dado la forma en cómo ellos sienten y actúan, lo que lleva a su propia realidad; las creencias que los individuos adquieren están determinadas por la experiencia, la cultura y la sociedad, por ello se destaca su importancia que tiene su formación en la vida de cada ser humano (Myers, como se citó en Bachmann, *et al.*, 2012).

1.3 Formación

Con respecto a la formación de las creencias, se refiere a cómo se adquieren, comparten o se heredan en una sociedad determinada (De la Pienda, 1999), también pueden adquirirse por medio del entorno social y se encargarán de regir a una comunidad o población (Recasens, 1999).

Clifford y James (2003) proponen que las creencias son heredadas de generación en generación como “un depósito o fideicomiso que será entregado a la siguiente, no

intacto, si no ampliado y purificado” (p.97) donde se entremezclan las creencias de cada individuo perteneciente a dicha generación.

Asimismo, las creencias son estructuras cognoscitivas que se desarrollan a partir de experiencias tempranas del individuo así como de factores ambientales, culturales y biológicos (Beck, como se citó en Calvete y Cardeñoso, 2001); los seres humanos aprenden de la familia, la escuela u organizaciones religiosas a pensar y actuar con unos principios aprobados, a perseguir objetivos que merecen la pena y a creer un sinnúmero de verdades culturales mientras que rechaza las falsas alternativas (Macionis y Plummer, 2011; Díaz- Loving, *et al.*, 2011). La forma en que las personas manifiestan su comportamiento, desarrollo, actitudes, creencias, normas y valores dependen en forma importante del medio sociocultural en el que crece y desenvuelve (Díaz-Loving, *et al.*, 2011).

De este modo, conforme al tipo de actividades estereotipadas, repetitivas y creativas en los grupos sociales es como se van moldeando las creencias, de igual manera por la organización propia de los contenidos, la familia, los grupos de iguales, los medios de comunicación social, las actividades de ocio, las actividades de tiempo libre, al igual que los mitos van a originar, reforzar o contradecir las mismas creencias ya establecidas (Callejo y Vila, 2003).

Ahora bien, Fishbein y Ajzen (1975) mencionan sobre la formación de las creencias centrados en las descriptivas, seguidas de las inferenciales e informativas. Las creencias descriptivas son aquellas que se obtienen de la observación directa, sobre todo de la experiencia y del contacto personal con los objetos, estas creencias se mantienen con un alto grado de certeza al ser validadas continuamente por la experiencia y suelen tener un peso importante en las actitudes de los individuos.

A su vez, las creencias inferenciales son las que tienen su origen en relaciones previamente aprendidas o en el uso de sistemas formales de codificación, en cualquier caso, la base de la creencia inferencial es siempre algún tipo de creencia descriptiva.

Además, existen las creencias informativas que provienen de información recibida por medios externos como periódicos, libros, revistas, radio, televisión, amigos, parientes, compañeros de trabajo, etcétera; cabe mencionar que muchas creencias que

no se forman sobre la base de la experiencia directa con el objeto de la creencia, ni a través de algún proceso de inferencia.

También un segundo aporte realizado por Quintana (como se citó en Galán, 2015) respecto a la formación de creencias, es que el proceso se da por características individuales y colectivas, existiendo cuatro fuentes de donde provienen las creencias las cuales son:

- La razón, ya que la creencia es posible en el ámbito de la razón
- Los sentimientos, debido a que son por conveniencia, un impulso a creer en una idea por el sentimiento
- La influencia de la sociedad y la cultura ambiental debido a que la persona llega a la creencia por lo establecido en una cultura
- La voluntad de creer del propio individuo porque a pesar de que es influenciado tiene una personalidad, una libertad y puede alimentar, educar o cortar a sus creencias.

En cambio, y en contraste con Quintana (como se citó en Galán, 2015) para Moreno (2000) las creencias no se fundamentan sobre la racionalidad únicamente, sino más bien sobre los sentimientos, las experiencias y la ausencia de conocimientos específicos del tema con el que se relacionan, lo que las hacen ser muy consistentes y duraderas para cada individuo (Pratt, como se citó en Martínez, *et al.*, 2014).

Zabala y Rokeach (1970) consideran que las creencias se forman partiendo del hecho de que con cada creencia que una persona mantiene acerca de algo cierto, bueno o hermoso, existe una segunda creencia asociada que permite conocer qué otras creencias están de acuerdo con la primera; respecto a esto, proponen que las creencias son diferentes en cada individuo desde un aspecto periférico y destaca la existencia de una dimensión central-periférica a través de los tres siguientes tipos:

- *Creencias primitivas*. Son las creencias más centrales y las más difíciles de cambiar, son psicológicamente incontrovertibles porque todos o nadie está de acuerdo con ellas, tienen un consenso social del 100 o 0 %. Es aquella para la cual existe una o más personas de referencia fuera del Yo y que van a presentar un consenso social unánime entre personas relacionadas con esta creencia, si no existe ninguna persona de referencia fuera del Yo el consenso social será de 0. Las

creencias que se apoyan en un 100 % del consenso social pueden dividirse a su vez en tres tipos, el primero las que conciernen a la realidad social, la realidad social y el Yo. Las creencias que no parecen depender del soporte social y la presencia de personas se consideran fobias, ilusiones, alucinaciones o creencias neuróticas.

- *Las creencias autoritarias.* Se refiere a aquellas creencias que no son primitivas y que denotan una fuente positiva o negativa (grupo de referencia o persona de referencia) hacia quienes los individuos se dirigen en forma selectiva para lograr información, aún con fuentes alternativas al alcance de los sujetos. En este tipo de creencias las personas saben que no todos comparten su juicio, entonces su consenso social es mayor que 0 pero menor que 1.
- *Las creencias periféricas.* Son aquellas que emanan o están asociadas a fuentes de autoridad negativas o positivas, hallándose abiertas a controversias. Por lo tanto, son más fáciles de cambiar y su consenso social al igual que las autoritarias es mayor que 0 pero menor que 1.

Las creencias primitivas se perciben como compartidas en un unánime consenso social con un alto grado de intensidad y una fuerte resistencia al cambio, en el caso de las creencias no primitivas (autoritarias y periféricas) no existe razón para que sean percibidas en un completo consenso social y son más propensas al cambio.

En definitiva, las creencias tienen su origen en la experiencia, en la observación directa, provienen de informaciones o en ocasiones pueden ser inferidas de otras creencias (Callejo y Vila, 2003) y que, a pesar de las diferentes fuentes de su formación con el paso del tiempo, también ha existido controversia para clasificarlas, por lo que algunos autores difieren de otros como se describirá a continuación.

1.4 Clasificación

Por lo que se refiere a la clasificación de creencias dentro de la literatura, se han postulado diversas aportaciones uno de los autores encargados de esa labor es Pepitone (1991), él enfatiza que las creencias son de importancia central en la conducta social humana, no son siempre puras; ya que los observadores objetivos no siempre pueden determinar si los referentes de una determinada creencia son o no materiales. Por ello,

realiza sus clasificaciones de tipo natural-material, religiosas o seculares-sobrenaturales, morales y las psicológicas, las cuales se detallan a continuación:

- *Naturales-Materiales (científicas)*: Son aquéllas que existen en el mundo material o aquello que puede ser definido como material en algún nivel de análisis, dentro de esta categoría se encuentran las creencias científicas, creencias sobre la historia y la sociedad. Considerándose como la base de la fe científica, postulados condicionados al éxito o fracaso de las teorías (De La Pienda, 1999).
- *Sobrenaturales (Religioso y secular)*: Las cuales incluyen objetos y lugares sagrados, así como eventos sobrenaturales como la resurrección, dioses, ángeles o entidades; este tipo de creencias son incondicionadas en tanto que el creyente basa su éxito en su creencia en Dios (De La Pienda, 1999), suelen darse en organizaciones más o menos estructuradas. Además, se dice que los creyentes pueden controlar hasta cierto grado con base a este tipo de creencias, los eventos de sus vidas y su destino por medio de distintas prácticas involucradas en cada religión y por eso, estas creencias se relacionan con las creencias de control sobre eventos que suceden en la vida, el destino y también tienen relación con las creencias morales. Por su parte, las seculares -sobrenaturales a diferencia de las religiosas están menos interconectadas, el destino es un tipo de creencia secular muy antiguo y es la que más influye en el repertorio humano y su relación con las creencias religiosas, está determinada con las diferentes concepciones del destino en cada religión del mundo.

La brujería es otro tipo de creencia secular y ha estado viva desde nuestros antepasados y se refiere a poderes sobrenaturales que practican personas extraordinarias, valiéndose de embrujos, hechizos etcétera, acciones realizadas para lograr un objetivo específico. A diferencia del destino y la religión, la brujería está al alcance de personas comunes.

La suerte es la creencia más común en el mundo, las personas que creen en la suerte piensan que algún poder, la motivación individual y las habilidades afectan los resultados positivos o negativos de una situación o evento y se expresa su fuerza por medio de supersticiones populares que influyen en la conducta variando nuevamente en cada cultura.

La casualidad se va a utilizar de manera similar a la suerte, pero la diferencia radica en que la casualidad abandona lo sobrenatural.

- *Psicológicas*: Proporcionan sentimiento de control sobre la vida, están relacionadas a procesos mentales, las creencias que se tienen de un futuro exitoso o sano dependen de estimaciones de la inteligencia, motivación, talento, contactos políticos y dios. Tienen que ver con el desarrollo de procesos psicológicos básicos los cuales favorecen en el desenvolvimiento tanto individual y social (Pepitone, 1991; Galán, 2015).
- *Moral*: Se relacionan directamente con la creencia en deidades y poderes divinos, en formas directas e indirectas, tienen que ver con los estados de bondad, rectitud y del cómo alcanzar dichos estados. Puede referir al mejoramiento de la vida de los pobres y al orden moral.

Con lo anterior, De la Pienda (1999) agrega en su clasificación tres niveles:

- En el primer nivel se encuentran las creencias existenciales, que se viven de manera inconsciente, conforman la base de la estabilidad mental de cada individuo ya que actúan como su evidencia, pues en ellas se encuentra la existencia del mundo exterior y de nosotros mismos.
- En el segundo nivel están los postulados fundamentales, creencias básicas y profundas sobre la naturaleza del mundo, de la humanidad, entorno a las cuales se desarrolla y organiza cada cultura, que se transmiten por medio del sistema educativo y que, a diferencia de las existenciales, se experimentan de manera más consciente y formal.
- Por último, el tercer nivel, donde pertenecen los postulados de cada una de las ciencias por cultura, que constituyen el fundamento de cada una de sus ramas del saber; es el caso de las intuiciones en las que se apoya cada sistema filosófico el de cada una de las ciencias.

Al mismo tiempo De la Pienda (1999), menciona que la ciencia no está condicionada únicamente por las culturales o existenciales, sino que tiene sus propias creencias y son los *postulados o axiomas* que son indemostrables y se pueden considerar como creencias; a pesar de ello, existe una irracionalidad, es decir, el cuerpo científico es una isla de racionalidad rodeada de la irracional en todas partes. Agrega que “por muy

“científico” que uno sea será siempre hijo de una cultura, de una época, de una educación determinada” (p. 241), antes de una creencia o conocimiento científico se tiene un conocimiento a- científico, misma que es una base (De la Pienda, 1999).

De la Pienda (1999) menciona sobre las creencias científicas y religiosas, como se describen a continuación:

- *Científicas*: la ciencia se considera una de las lecturas de la realidad, es un conocimiento disciplinado, pero no es el único existente. También, la creencia de causalidad con aquellos lectores científicos occidentales y el intento de desarrollar sus leyes desde una perspectiva totalmente racional y empírica e incluso notablemente fisicalista. El científico acumula el conocimiento a través de la observación y experimentación, por el contrario, el lector religioso adquiere su conocimiento por revelación divina o por experiencias no repetibles a voluntad.
- *Religiosas*: son muchas las religiones que presentan un conocimiento disciplinado, cuyo conocimiento culminó con las llamadas disciplinas teológicas, ofreciendo “otra” lectura del universo. El lector religioso que también cree en causalidad, pero lo dirige a dimensiones sobrenaturales e incluso personales, en donde estas últimas el lector científico llega a excluirlas.

Agrega algunas diferencias entre los llamados “lectores” científicos y religiosos, un supuesto del lado científico el universo es una realidad ordenada, un mundo armónico, cuyas causas se pueden estudiar y comprender, pero hasta cierto límite, mientras que el lector religioso del universo aparece más sincero que el científico en general, puesto que reconoce a priori las limitaciones de su capacidad de análisis y comprensión.

En definitiva, menciona lo dicho por S. Agustín (De la Pienda, 1999) “*Intellige ut credas*” conoce para entender, subrayando que “para creer primero hay que oír y entender de alguna manera lo que ha de ser creído” (p. 244) y en el saber previo de toda pregunta tanto científica como religiosa, se da una especie de comunión entre creencias y conocimientos de todo tipo (De la Pienda, 1999).

En palabras de De la Pienda “no cabe la incredulidad en la vida del hombre ya que esta misma incredulidad, se basaría en las creencias; la creencia es la condición de nuestra finitud de la limitación insuperable de nuestro conocimiento. De su carácter insuperable asintótico” (p. 240).

Al mismo tiempo, Fishbein y Ajzen (como se citó en Martínez y Silva, 2010) proponen otra clasificación de las creencias:

- *Conductuales*: se dan a partir de la información previa del sujeto evaluando si la ejecución de la conducta proporciona resultados positivos o negativos, las creencias conductuales dan paso a la actitud y esta puede resultar favorable o desfavorable.
- *Normativas*: se dan cuando los sujetos se convencen de las expectativas de grupos o individuos esperan de ellos, dando paso o no a la ejecución de una conducta y a las normas subjetivas específicas.

Por su parte Martínez (como se citó en Ávila, 2015) clasifica a las creencias de acuerdo a:

- *Identidad*: son aquellas que permiten que la gente sepa diferenciarse a sí misma de las demás personas con que se relaciona, especifican lo que pueden o no pueden hacer las personas e influyen en la personalidad, además que son difíciles de cambiar.
- *Interpretación*: permiten entender el mundo, explican y valoran fenómenos si se cambian las creencias que tenemos acerca de nuestro pasado y así se puede modificar la memoria o los recuerdos.
- *Ejecución*: se relacionan con la acción y sirven para señalar cómo se deben de enfrentar los problemas y circunstancias cotidianas de la vida, indican qué y cómo se deben hacer las cosas.

También dentro del ámbito educativo, es posible encontrar creencias epistemológicas conocidas también como teorías epistemológicas, modos de conocer, cognición epistémica o epistemología personal y son aquellas que las personas sostienen acerca del conocer y del conocimiento, respecto a su naturaleza como a la adquisición y justificación del mismo (Hofer, como se citó en Leal-Soto, 2005; Leal – Soto, 2010).

El concepto de creencias epistemológicas surge con la propuesta de Perry (como se citó en Leal-Soto, 2005) respecto a la evolución del pensamiento de los estudiantes universitarios desde una perspectiva de creencias en verdades absolutas hasta aquellas que implican la consideración de diversas perspectivas que es necesario juzgar de acuerdo a criterios previamente establecidos. Mientras que Schommer-Aikins (como se

citó en Leal-Soto, 2010) destaca que las creencias epistemológicas se relacionan e interactúan con otros sistemas, propone un modelo en el cual las creencias epistemológicas se encuentran bajo la influencia de las perspectivas culturales e interactuando con otros sistemas como la autorregulación del aprendizaje y el rendimiento escolar.

Las creencias epistemológicas pueden ser comprendidas y evaluadas en tres niveles (Alexander y Murphy; Buehl y Alexander, como se citaron en Leal-Soto, 2010):

- El primer nivel considera las creencias epistemológicas generales, que son evidentes cuando las preguntas son amplias y muestran una progresión consistente en cada individuo.
- En el segundo nivel se encuentran las creencias acerca del conocimiento académico o escolar, nivel que postulan como necesario debido a la especificidad del conocimiento vinculado a la escolarización
- Por último, en el tercer nivel están las creencias específicas de dominio, que surgen cuando las preguntas son más acotadas.

Hofer (como se citó en Leal-Soto, 2005) sostiene que la investigación en el área de la epistemología personal se ha centrado en el pensamiento y en las creencias de los estudiantes acerca del conocer y del conocimiento, e incluye creencias acerca de la definición del conocimiento de cómo se construye, cómo se evalúa, dónde se ubica y cómo ocurre, es decir, acerca de la naturaleza del conocimiento y de la naturaleza del conocer, al igual de destacar la importancia que tiene el conocimiento sobre las creencias epistemológicas con las que cuentan los profesores, puesto que estas influirán en el proceso de enseñanza y también estarán mediadas por un contexto, llamado por Leal-Soto (2010) “contexto de referencia”.

Por último, otro punto de vista desde el cual se pueden abordar las creencias es mediante el sistema, el cual abarca aspectos como la clasificación y función, pero su objetivo principal es la organización y en cómo actúan e influyen en el pensamiento debido a la constante interrelación entre unas y otras, por esta razón es importante su abordaje en sistemas y no como un conjunto aislado.

1.5 Sistema de creencias

Desde una perspectiva colectiva, los sistemas de creencias son considerados en la Psicología Social contemporánea como “un grupo interrelacionado de creencias compartidas y presupuestas en una sociedad o cultura” (Pappas, 1996, p.12) de manera que inciden en sus comportamientos y percepciones. Las creencias influyen en el aprendizaje, enseñanza y aplicación de la información dada en un entorno social generando una función en círculo entre creencias y práctica (Callejo y Vila, 2003).

Por otra parte, la noción de sistema de creencias es una metáfora para examinar y describir cómo se organizan las creencias de forma individual, son una forma organizada psicológicamente, aunque no necesariamente lógica, de todas y cada una de las incontables creencias personales sobre la realidad física y social (Green, 1971; Zabala y Rokeach, 1970). Con esto se permite saber que cada individuo tiene su propio y personalizado sistema con respecto a sus creencias y será como un indicador, como una fuerza inherente o como una consecuencia de todos los aspectos anteriores caracterizándose por la forma en que cree y no tanto por lo que cree, ya que dos personas pueden tener las mismas creencias, distintos sistemas de creencias y, por tanto, las abordan y desarrollan de manera diferente (Callejo y Vila, 2003).

Al respecto Green (1971) ha identificado tres principales dimensiones de sistemas de creencias, los cuales no tienen que ver estrictamente con su contenido, sino con el modo en que están relacionadas entre sí dentro del sistema:

1. Algunas creencias se relacionan entre sí al modo de premisas y conclusiones, por lo que puede hablarse de creencias primarias y derivadas. Su relación es cuasi lógica.

2. Las creencias se mantienen con diferente grado de convicción y distinta fuerza. En este sentido cabe hablar de su centralidad psicológica: las que se sostienen con mayor fuerza son centrales y las demás son periféricas.

3. Las creencias suelen mantenerse enclaustradas, sin someterse al contraste con el exterior, este tiene más de confrontación defensiva que de apertura para su enriquecimiento o para su modificación.

Aunado a lo anterior, Llinares (1992) enfatiza la coherencia interna, concepto que es necesario tomar en cuenta ya que estructura al sistema en racimos, grupos más o menos separados e interrelacionados entre sí. De esta forma, se exponen las

inconsistencias del sistema de creencias, ya que se dice que es posible mantener simultáneamente creencias opuestas, protegidas en sus respectivos racimos, sin que esto suponga ningún conflicto; de hecho el propio escudo protector puede llegar a convertirse en una nueva creencia, incluyendo que la estructura del sistema favorece que puedan ser mantenidas ciertas creencias a pesar de evidencias contrarias debido a que estas creencias no pueden ser modificadas simplemente introduciendo las razones evidentes.

En efecto, los autores antes mencionados están de acuerdo en considerar que las creencias no se dan de forma aislada, sino que conforman sistemas de creencias relacionados entre sí (Pizarro, 2010). Es así como un sistema de creencias tiene un gran impacto en la función y la relación de las creencias, al igual que en su protección y mantenimiento, dependiendo de cómo están organizadas estas en un individuo, abriendo paso a las teorías y a su explicación de la conducta humana con respecto a las creencias.

1.6 Teorías

A pesar de que estas teorías no explican detalladamente a las creencias, son útiles para dar pauta a su estudio y a su vez, por ser la base para la formación de actitudes sin dejar de lado el análisis de cada elemento que la conforman (Ajzen, *et al.*, 2010).

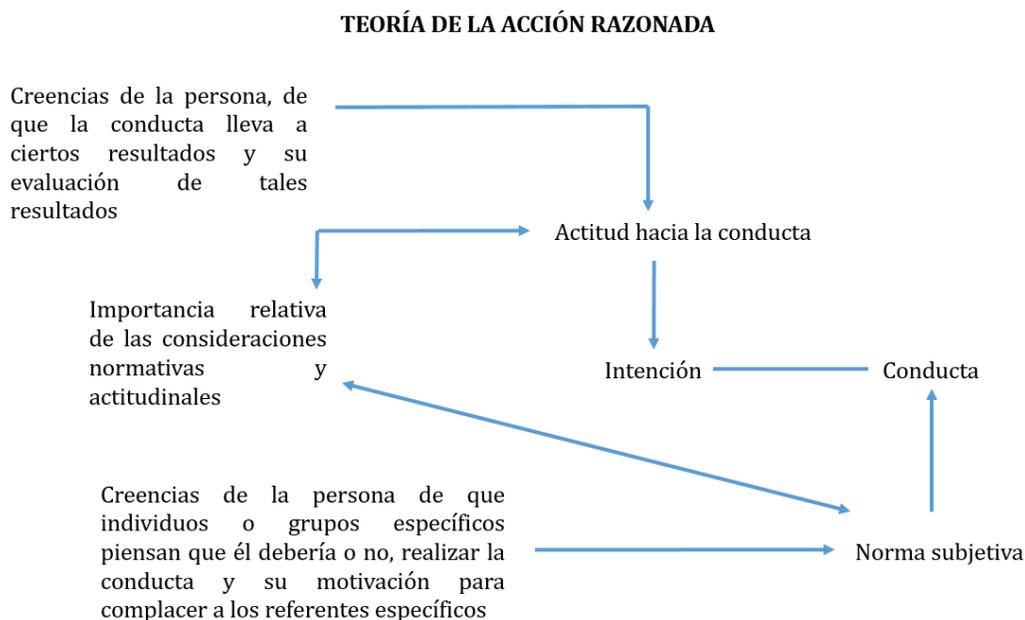
En el año 1967 Fishbein y Ajzen (como se citó en Herrera, 2014) dan a conocer la Teoría de la Acción Razonada (TAR), esta es una teoría general de la conducta humana que trata la relación entre creencias, actitudes e intenciones y comportamiento que postula que hay una relación de dos determinantes para la conducta que se va o no a realizar; partiendo de suposiciones acerca de que los seres humanos son esencialmente racionales y es esta cualidad la que les permite hacer uso de la información disponible para la realización o no de una conducta social determinada, cuando los individuos intentan realizar una conducta y la evalúan como positiva consideran que las demás personas también deben realizarla.

Esta teoría, es una especie de balance entre lo que uno cree que debe hacer y la percepción que tiene de lo que los otros creen que uno debe de hacer, involucrando la acción, dirección, contexto y tiempo. Para su desarrollo no involucra en su análisis características de la personalidad como la introversión y extroversión, variables demográficas, etcétera; dichos aspectos se incorporan como variables externas y estas

mismas pueden influir en las creencias que una persona mantiene o la importancia que se le da a las consideraciones de actitudes y normas.

Fishbein y Ajzen en el año 1967 (como se citó en Herrera, 2014) difieren en que la conducta social la determinan procesos inconscientes o deseos irreflexivos, su teoría asegura que se puede predecir la conducta desde las actitudes intencionales y creencias en relación con la influencia social, en pocas palabras, los sujetos van a evaluar las consecuencias de su conducta objeto de la actitud, proponiendo que no todas las conductas se encuentran bajo control de procesos volitivos debido a la inestabilidad predictiva del modelo mencionado anteriormente (Carpi, et al., 2005; Fishbein y Ajzen, 1975) (Véase figura 1).

Fig. 1 Representación Gráfica de Teoría de Acción Razonada



FUENTE: Fishbein y Ajzen (como se citó en Herrera, 2014)

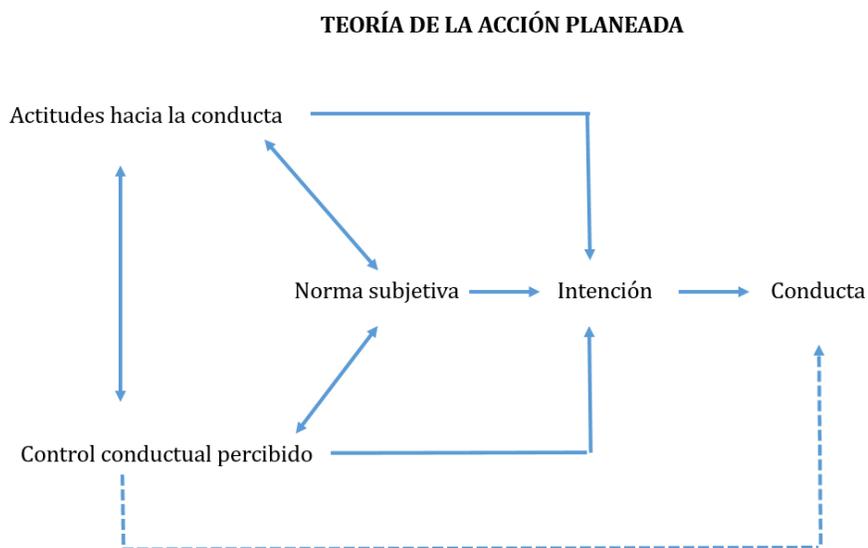
Asimismo, la Teoría de Acción Planeada (TAP) surge como una extensión de la Teoría de la Acción Razonada, que da dirección a la posibilidad del mando volitivo incompleto, incorporando la estructura del control conductual percibido. Ajzen (como se citó en Martínez y Silva, 2010) agregó la variable de percepción de control conductual junto con los dos elementos de la teoría de la acción razonada; el control conductual tiene efecto directo en la realización de la conducta, esta variable también incluirá la

percepción de barreras externas como la dificultad o facilidad para dar lugar a un determinado comportamiento, es decir, a diferencia de la TAR, las variables involucradas se basan en tomar decisiones y actuar que dará pauta a las creencias de sus capacidades para un determinado comportamiento (Carpi, et al., 2005).

Según la TAP, las intenciones y las conductas están en función de tres determinantes básicos: uno de naturaleza personal, otro que refleja la influencia social y un tercero que tiene que ver con la cuestión del mando. El factor personal está relacionado con las actitudes individuales hacia la conducta, a diferencia de las actitudes generales hacia las instituciones, personas u objetos que han sido estudiados por los psicólogos sociales, esta actitud es la evaluación positiva o negativa de la conducta particular de interés.

El segundo determinante de la intención es la percepción personal de la presión social para realizar o no realizar la conducta en consideración. Dado que se trata de percibir las prescripciones normativas, este factor es aceptado como control conductual percibido. En términos generales, las personas intentan efectuar una conducta cuando la evalúan positivamente, cuando experimentan presión social para realizarla y cuando creen que tienen los medios y oportunidades para hacerlo (Ajzen, 2005) (Véase Figura 2).

Figura 2. Presentación Gráfica de Teoría de Acción Planeada



Ajzen (como se citó en Martínez y Silva, 2010)

De este modo, las creencias van a dar paso a las actitudes considerando a estas como una disposición favorable o adversa hacia un objeto o situación objetiva y las creencias por otro lado, son la verdad o falsedad de las propiedades que cada individuo le atribuye al objeto o situación sin considerar componentes evaluativos y conductuales (McDavid y Harrari; Mcguinnies, *et al.*, como se citó en Escobar, 1996).

En definitiva, se esclarece que la Psicología Social es el área encargada de estudiar los procesos psíquicos colectivos de los individuos respecto a una realidad en un contexto determinado (Maisonneuve, 1964) haciendo que el estudio de las creencias en dicha área sea fundamental permitiendo su relación con diversas variables, ya que a través de su estudio se ha establecido que tienen fuerte influencia en el desarrollo y formación de la identidad cada individuo, puesto que influirán de manera determinada a una escala social como es el caso, del tabaquismo.

Capítulo 2 Tabaquismo

“La salud, lo mismo que la fortuna, retira sus favores a los que abusan de ella”.

Marqués de Saint- Evremond.

El fenómeno del consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas legales e ilegales muestra una preocupante evolución, además de que su consumo va en aumento de manera rápida, así como una existencia de disminución en edades de inicio; principalmente en las drogas introductorias como alcohol y tabaco (García- García, *et al.*, 2014).

García- García, *et al.* en el 2014, mencionaron que el consumo de tabaco es uno de los problemas principales de Salud Pública y muy específico en población joven ya que, a pesar de saber las consecuencias su prevalencia va en aumento, su impacto negativo aumentará y se puede convertir en un detonante de diversos problemas de salud en los próximos años.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENTs) como son el cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias se han categorizado por ser un tipo de epidemia del siglo XXI en donde además, el tabaquismo es un factor de riesgo para las enfermedades y que a pesar de serlo, su extensión es a nivel mundial afectando a todos los grupos sociales, no tiene fronteras, ni limitaciones de género, edad, estrato social o religión, por ello se encuentran inmersos factores sociales, psicológicos y físicos (químicos) que deben ser considerados y definidos según su enfoque de estudio (Corvalán, 2017; Rodríguez, s/f; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019a).

2.1 Definiciones

2.1.1 Definición clínica

La OMS (como se citó en Ministerio de Salud Pública, s/f), define al tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas asimismo Riesco (s/f) agrega que además de adictiva y crónica, ésta es recurrente, en donde no solo afecta a aquellas personas fumadoras sino también a las no fumadoras; en el 80% de los casos comienza en edades menores de 18 años y se mantiene debido a la dependencia causada por la nicotina y mantienen el consumo habitual de al menos un cigarrillo de tabaco (García- García, *et al.*, 2014).

La edad de inicio cada vez disminuye de manera notable llegando a fumar a partir de los 11 años aproximadamente en el país, agregando que en este caso 6 de cada 10 prueban los cigarrillos de tabaco antes de la mayoría de edad generando que tanto hombres como mujeres, se conviertan en población vulnerable (López, 2020; Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2018; Delgado, 2019).

El consumo de tabaco es considerado como la ingesta de tabaco medida a través de la cantidad de cigarros que consume una persona al día y también en cierto período de tiempo teniendo a la par un costo económico enorme en el que se incluyen los elevados costos sanitarios de tratar las enfermedades que causa y la pérdida de capital humano debido a su morbilidad incluso mayor que aquellas enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión, diabetes mellitus o hipercolesterolemia (Riesco, s/f; García- García, *et al.*, 2014; OMS, 2019a), además de ser uno de los detonantes para consumir drogas ilegales.

Asimismo, es importante definir el concepto de fumador, de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (s/f) en el “Manual Nacional para el Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención” una persona fumadora es aquella que por lo menos ha fumado un cigarro en los últimos 6 meses; además agregan 3 tipos de fumadores como son el diario aquella que ha fumado un cigarrillo al día al menos en los últimos 6 meses, el ocasional la persona que ha fumado menos de un cigarrillo al día y el pasivo aquella persona que no fuma pero que respira el humo de tabaco ajeno o del medio ambiente, estos se diferencian por el consumo de cigarrillos al día y dentro del período de 6 meses, agregando al ex fumador definido como la persona que era fumadora y conserva un período de abstinencia de 6 meses y persona no fumadora, aquella que nunca ha fumado o fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida. Aunque por el lado de la OMS en el 2003, los clasifica en leves consumiendo menos de 5 cigarrillos al día, moderados fuma un promedio de 6 a 15 cigarrillos diarios y severos más de 16 cigarrillos al día, de igual modo su diferencia es de acuerdo con el consumo de cigarrillos al día.

Distinguiéndose por una de las causas principales de muerte, también conlleva a más de 25 enfermedades y al mismo tiempo es responsable de un 33% de trastornos cardiovasculares como son la cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, aneurisma de aorta, entre otros, siendo el CO el

detonador de estas enfermedades, enfermedades respiratorias como bronquitis crónica o enfisema en un 75%, de la aparición de tumores en un 90 % siendo el alquitrán y las nitrosaminas las sustancias que alteran los genes celulares bien inhibiendo a los genes supresores tumorales o acelerando la división celular atípica convertido en lo que es un cáncer, 25% de los síndromes coronarios agudos y finalmente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) como consecuencia del consumo de tabaco estando presentes en un 80-85% de los casos.

De manera detallada Álvarez, et al. (2007) clasifica a las enfermedades según su grado de relación ante el consumo de tabaco:

- Enfermedades determinadas como causal directo y en donde el fumar es el principal factor responsable de mortalidad: cáncer de pulmón, EPOC, enfermedad vascular periférica, cáncer de laringe, cáncer de la cavidad oral (faringe), cáncer de esófago.
- Enfermedades establecidas como causal directo y en donde el fumar es uno de los responsables del exceso de mortalidad: Accidente cerebrovascular, enfermedad coronaria, cáncer de vejiga, cáncer de riñón, cáncer de páncreas, aneurisma aórtico, mortalidad perinatal.
- Enfermedades en las que se observa un mayor riesgo, pero en que la naturaleza exacta de la asociación no está establecida: Cáncer de cuello uterino, cáncer de estómago, úlcera gástrica y duodenal, neumonía, cáncer de hígado, síndrome de muerte súbita del lactante, depresión.

Dicho lo anterior, Ponciano (como se citó en López, 2020) enfatiza en que, de los 10 cánceres de pulmón, 9 están asociados al tabaquismo además Bardach, *et al.* (2016), rescatan que se le atribuye el 6.3 % de las muertes en el mundo a causa del tabaquismo, al volverse una problemática de Salud Pública en México. Con lo anterior, autores como García- García, et al. (2014) y Rodríguez (s/f a) coincidieron en hacer énfasis en que en el año 2020 posiblemente existirían 10 millones de muertes, y con ello Delgado (2019) y López (2020) dan a conocer que alrededor de 60 mil muertes ocurren al año, lo que equivale a 167 y 180 muertes diarias por consumo de tabaco, cifras que posiblemente hayan aumentado o se cumplieran en el presente año.

Autores como Álvarez, *et al.* (2007) y Higes, *et al.* (2015) coinciden en que es un problema de salud pública mayor, grave y de primer orden, además de prevenible teniendo una alta prevalencia que varía en los diferentes países de acuerdo con criterios sociales, económicos y culturales. En donde además de los efectos graves en salud, repercutirá en mayores dimensiones de modo que Álvarez, *et al.* (2007) agregan, el hecho de que la relación entre tabaquismo y pobreza aún no se ha corroborado de manera científica, aunque probablemente las personas más pobres tienden a consumir más tabaco lo que no solamente genera pobreza en un individuo sino que se traslada a un nivel social e incluso de país; de manera específica, en los países desarrollados o de primer mundo se pueden presentar medidas más restrictivas y mayor conciencia ante el fenómeno de tabaquismo, a diferencia de los países “pobres” en donde la industria tabacalera no presenta ningún límite ante su venta o producción y por lo tanto, los recursos para adquirir esta droga no pueden ser usadas en necesidades básicas como alimentación, educación o sanidad, extendiéndose de manera exponencial la epidemia de tabaquismo.

En definitiva, a pesar de las cifras antes mencionadas el tabaquismo también está relacionado con aspectos tanto económicos a nivel familiar y mundial, así como sociales, por lo cual resulta importante determinar esta perspectiva para ahondar en el tema del tabaquismo y sea visto también como una responsabilidad social. Esta responsabilidad social está enfocada a aquellos integrantes del área de la salud como enfermeros, médicos, profesionales de la nutrición, odontólogos y fisioterapeutas (Ministerio de Salud Pública, s/f), dejando de lado a los psicólogos y a su objeto de estudio principal, en específico como pudiera ser en su área social.

2.1.2 Definición social

Como parte de los antecedentes del tabaquismo, resulta interesante mencionar la evolución del concepto para conocer su trayectoria y consideración como adicción. En los años 60 's era considerado como hábito, pero para los años 70' s su consumo pasó a dependencia, para los años 80 's se consideró como adicción y en los 90' s se instauró la clínica del fumador. Ahora bien, es preciso considerar que el tabaquismo hace referencia al consumo habitual de productos con tabaco, específicamente los cigarrillos, en forma que supone un riesgo para la salud a mediano y largo plazo (Muñoz, 1999).

González (2012) agrega que es posible explicar el tabaquismo primero a través de lo biológico que posteriormente, pasará a la perspectiva social en las interacciones humanas por el hecho de que el fenómeno es visto como una epidemia, realizando la analogía de que una persona fumadora es un virus o enfermedad que de alguna manera convencerá a otros de fumar, aunque si este efecto es contrario, los que se encuentran alrededor también formarán parte de esa epidemia, tal como son los fumadores pasivos. Con ello, Chávez, et al. (2004) concuerdan en que hay una naturaleza social implícita en la enfermedad individual, puesto que ese vínculo entre la persona y lo social, se ha presentado desde tiempo atrás, sin embargo, no se acepta como tal y se transforma en una enfermedad social; es importante destacar una relación dialéctica y simultánea en el que uno solo y muchos, conforman una unidad.

Chávez, *et al.* (2004), hacen especial énfasis en que las áreas de la salud no solo incluyen un enfoque individual, sino que abarca un enfoque social y económico, lo que permite entender la relación entre enfermedad como es el tabaquismo, con la salud que posteriormente dio pauta a la llamada salud pública. Parsons (como se citó en Chávez, *et al.*, 2004) menciona que "La enfermedad es la incapacidad del individuo de funcionar en la sociedad" (p.2) lo que permite corroborar la relación entre individuo y sociedad o bien, entre enfermedad como tabaquismo y la sociedad.

Chávez, et al. (2004) mencionan que a pesar de las medidas para disminuir el consumo de tabaco sigue sufriendo cambios con el tiempo y a la vez este proceso pasa por fases de maduración social, de "apreciarse como hábito, pasa a vicio, después a causa de enfermedades, de modo que ahora se le percibe como adicción ligada a una constelación de daños en el individuo y perjuicios para la población" (p. 1). Asimismo, como el individuo y la sociedad están íntimamente relacionados ambos tienen un papel fundamental para detener y prevenir el tabaquismo, de modo que la proporción del tabaquismo en una sociedad indica la magnitud de la adicción, el daño y el grado de afectación de dos actores: el fumador activo y pasivo, al grado de que estos autores consideran y resaltan que el tabaquismo, es una enfermedad social. Finalmente, consideran que la historia natural de este fenómeno se inicia desde el primer momento en que se consume un cigarrillo, pasando a una costumbre y posteriormente una adicción.

Para González (2012), el tabaquismo lo define como un acto social en el que participan ciertos elementos que producen el deseo de fumar y la identidad de los fumadores, puesto que a pesar de que una persona lo consume, se han creado contextos y espacios que detonan el acto de fumar. Cañas (2008), agrega que las causas de las adicciones, incluidas el tabaco, son por causas existenciales como vacío, falta de recursos y estancamiento personales, además de factores detonantes como familiares por conductas de imitación, fomento del hábito de consumo de tabaco o aprendizaje vicario, por la convivencia con pares de iguales que inicia con una experimentación de consumir un cigarrillo de tabaco y factores sociales como el impacto de la globalización, la tecnología por mencionar algunas, que formarán parte de las causas del tabaquismo, transformando en un momento a este último como “un combustible extra” que los individuos necesitan (Muñoz, 1999; Álvarez, *et al.*, 2007).

Finalmente, Cañas (2008) y Bolzán y Paleteiro (2003) agregan que el principal agente de prevención debe ser la sociedad y evitar las contradicciones internas, ya que el consumo de sustancias como alcohol, psicofármacos y tabaco están relacionados y fomentados a través de la moda, consumismo y publicidad, atrayendo al público adolescente a través de sus mensajes y perfiles deseables de conducta, haciéndolos ver siempre jóvenes, triunfadores además de un marco ausente de conflicto.

Chávez, *et al.* (2004) hace especial énfasis en las expresiones comunes en la población cuando se les menciona la enfermedad del tabaquismo y las repercusiones, a lo que conlleva escuchar “¿Por qué se me priva de mi derecho de libertad?, yo soy dueño de mí y a nadie debo entregarle cuentas” mismas expresiones que detonan egoísmo, sin embargo, este egoísmo en el individuo estará susceptible a cambiar.

Se ha podido observar, que desde el estudio del tabaquismo y sus repercusiones las personas fumadoras han aumentado, generando nuevas barreras como el egoísmo u otras cada vez presentes en su prevención o durante el abandono de consumo de tabaco, causando que entre más se conozca de los daños hay mayores cuestionamientos ante estos en la salud en general. Se afirma que México pertenece a uno de los países con mayores consumidores, lo cual genera mayor incumbencia social, por ello el remedio ante esta enfermedad no está únicamente en las personas fumadores de manera

individual sino en subsanar los problemas comunes de una población específica (Chávez, *et al.*, 2004).

Dicho lo anterior, no solo hay repercusiones en los dos principales agentes que son los fumadores activos o pasivos, sino que al existir un incremento en consumo y fallecimientos, es necesario cubrir los gastos de manera que la sociedad, los impuestos, los hospitales, organismos de salud y seguridad se verán afectados, aunque la principal fuente en la que el tabaquismo repercute es en la economía familiar, convirtiéndose en la consecuencia natural del componente social (Chávez, *et al.*, 2004), afectando a cualquier individuo de una población sin importar sus características sociales.

Una de las posibles relaciones, es entre tabaquismo y pobreza, en donde además de afectar a un nivel individual este también es familiar, puesto que se dejan de lado las necesidades básicas como la alimentación pasando a otro fenómeno, como la desnutrición. A la par, el tabaquismo repercutirá en otro fenómeno visto desde la perspectiva social como es el desempleo, ya que son los empresarios o dueños de las tabacaleras los mayores beneficiarios de esas ganancias brindándole la baja o nula importancia a la mano de obra, debido a que estos pueden ser reemplazados por maquinarias requiriendo menos personal; los agricultores que reciben bajas ganancias, pasan a ser deudores de estas empresas multinacionales, sumando la posible adicción al tabaco, estos estarán afrontando tanto las condiciones de pobreza, analfabetismo, enfermedades hasta la muerte (Chávez, *et al.*, 2004).

En definitiva como toda enfermedad, el tabaquismo se trata de tener presente una congruencia en los hábitos de la vida, costumbres y estilos de vivir desarrollando el sentido de responsabilidad y sentido común en los fumadores activos, también en los diferentes agentes del sector de la salud, puesto que permitirá tener presente la enfermedad social del tabaquismo y revivir la responsabilidad social como tal de toda una población; con lo anterior, iniciará lo que es una cultura por la salud, convirtiéndola en una necesidad primordial (Chávez, *et al.*, 2004).

2.1.3 Definición antropológica

López- Cisneros, *et al.* (2016) sostienen que “en gran parte de los países latinoamericanos se determina que el consumo de alcohol y tabaco, forman parte de la

vida cotidiana, como un acto social y cultural consolidado dentro de las costumbres sociales” (p.128).

De manera puntual, la cultura puede definirse como “una red de prácticas entrelazadas mantenidas por un grupo” (p. 100) esa entidad cultural es posible encontrarla en una empresa, escuela o grupo que mantiene una serie de practica entrelazadas entre los miembros y entre los nuevos integrantes, dando como resultado prácticas culturales entendidas como “el conjunto de comportamientos compartidos en interacciones entre personas, que incluye rituales, normas o reglas y lenguaje, en función de las condiciones contextuales y ecológicas en las cuales suceden tales interacciones” (p. 100) como es el caso de consumo de sustancias nocivas, en específico el tabaco (Bligan; Ballesteros, *et al.*, como se citaron en Novoa-Gómez, *et al.*, 2011)

Siguiendo esta visión, el consumo de tabaco dio inicio en España y su expansión fue a partir de la simple curiosidad o remedio en las clases altas, ante las propiedades placenteras únicamente, dejando de lado los efectos que pudiera causar, pasando a ser un hábito insaciable en las clases bajas. Asimismo, el consumo de tabaco no fue dirigido a ritos, sino solo el cubrir el deseo de lo desconocido ante un hábito inesperado y misterioso, trayendo experiencias desagradables en sus consumidores como un sabor a pimienta en la boca y cuando el tabaco era masticado, les provocaba náuseas y vómito, sin embargo, su consumo se expandió rápidamente (Tanguí, 2006).

Por su parte Silvano (2017), da a conocer la ideología místico- religioso que ha jugado un papel importante en la vida social dentro de las culturas prehispánicas de América Latina; estas figuras ancestrales ponían un orden y lógica a todas las cuestiones de la naturaleza, pero en donde solo algunos podían acceder a interpretar los designios divinos, estos han sido nombrados de diferentes formas chamanes, sacerdotes, magos, entre otros. En gran parte de las civilizaciones de este continente, uno de los métodos o rituales a utilizar para conectar con esas figuras divinas como dioses o espíritus ancestrales, fue el consumo de psicoactivos en donde, además, una de las plantas mayormente utilizadas para conectar el mundo profano y el sagrado fue la de tabaco.

El uso de tabaco, estaba ligado a realizar purificaciones, limpias o desintoxicación, relacionado con una serie de elementos que poseían grandes simbolismos místicos y la interacción entre seres divinos, además de lo relacionado con lo denominado por los

españoles como “mitotes” o fiestas, mismos que permitían crear un ambiente de solidaridad, convivencia, fortalecer lazo con otros grupos indígenas y crear la ayuda mutua entre estos grupos, sosteniendo que no estaba ligado al disfrute de un vicio calmante como lo llevó a cabo la sociedad europea. También, se agrega el uso entre algunos grupos étnicos que utilizaban al tabaco para aliarse a otro grupo étnico o hacer las paces contra los enemigos, aunque su uso podía cambiar de acuerdo con la cultura o grupo étnico en todo el continente, pero normalmente su consumo era en pipa (Silvano, 2017; Perrin, 1992).

En específico, en el estudio de las culturas Mesoamericanas parece indicar que la introducción, usos y costumbres de tabaco inició con los mayas, pasando a los toltecas y estos posteriormente a los mexicas y a otras etnias llegando a Zacatecas; incluso los diferentes nombres designados al tabaco eran de acuerdo con lo que ellos llamaban tótem, es decir, la acción o producto por la cual tenían devoción (Silvano, 2017).

De este modo Velasco- Suárez (1991), define que el consumo de tabaco desde una visión antropológica es el hábito cultural indo- americano que genera discusiones controvertidas, encontrando dos bandos los defensores de la inocuidad, satisfacción y de la misma gratificación y aquellos que señalan los efectos tóxicos de la nicotina y los graves daños en la salud. Destaca que, en el análisis de este fenómeno de consumo de cualquier droga, están inmersos tres factores: el individuo, medio social y el producto.

El principal factor que es el individual, es el que inicia para el consumo de tabaco teniendo presente la idea de que este no genera ningún riesgo incluso viéndolo incluso como un medio de comunicación social, repercutiendo en cada una de las decisiones que debe tomar el ser humano (por ejemplo: lo correcto vs incorrecto, lo benéfico vs lo perjudicial), en conjunto con el efecto del medio social en el que se desarrolla y va cambiando conforme el individuo avanza ante sus metas, logros, fracasos, su salud o enfermedad, generando la pregunta ¿Por qué hay personas que fuman de manera compulsiva gastando sus reservas de salud? Y otra como ¿El por qué el ser humano es víctima del abuso de drogas? (Velasco- Suárez, 1991).

Velasco- Suárez (1991) menciona que dicho lo anterior, es necesario considerar tres factores más ante el consumo de cualquier sustancia nociva: la *vulnerabilidad* para desarrollar dependencia a sustancias químicas, la *disponibilidad* del producto

volviéndose de fácil acceso e incluso las campañas publicitarias y finalmente, el *entorno social* encontrando estresores ante la búsqueda de satisfactores básicos o metas superiores; incluso Velasco- Suárez (1991) agrega la idea de que por encima de los ideales, del arte y por debajo de la cultura hay que ser lo más objetivos ante las graves consecuencias en la salud y las patologías generadas por consumo de sustancias químicas, de modo que a la par de la prevención radical que se tiene con el alcohol, también hay que tenerla con el tabaco.

Por su parte Meneses, *et al.* (2013) mencionan que dicha sustancia también ha repercutido desde una etapa adolescente con fines de experimentación o aprendizaje de ciertos hábitos que serán la base en la etapa adulta, aunque a pesar de vivir en una era de globalización la diversidad cultural presentará una gran diferencia ante ciertos comportamientos en su salud, incluso estos autores enfatizan que el consumo de tabaco o alcohol depende y cambio de acuerdo con el género y etnicidad.

Cañas (2008) destaca que, para el comienzo de una definición clara sobre una persona adicta de cualquier tipo, hay que tener en claro que el hecho de denominarla “sujeto”, “paciente”, “consumidor”, “usuario”, etcétera, permite dejar de ver a la persona como tal, se da una despersonalización en donde la intervención debe realizarse de manera adecuada y considerar la visión de una persona esperanzada.

Dicho lo anterior, Cañas (2008) también hace mención de que en la cuestión preventiva la familia es la principal fuente social, además de considerar que no solo se construye asimismo esa persona que es adicta, sino la misma historia de una sociedad en la que ésta influirá en visualizarlo como persona, agregando el enfoque cultural reduccionista que prioriza el objeto droga sobre persona, además del “supraparadigma” que incluye Martin E. P. (como se citó en Cañas, 2008) que trata de dejar de ser personas adictas o dependientes y volverse “rehumanizadas”.

Ahora bien, a pesar de que se conocen los efectos adversos del tabaquismo sobre el estado de salud millones de personas continúan fumando, al punto de considerar que aunque conocen sus efectos nocivos en la salud, las personas lo consumen como si tuvieran una tendencia suicida en términos inconscientes (Bolzán y Paleteiro, 2003; González, 2012), e incluso algunas regiones hacen énfasis en la superabundancia de

plantaciones de tabaco con las que cuentan, sin ver el daño que conlleva a la sociedad, salud y economía de un país (Velasco- Suárez, 1991).

A pesar de las explicaciones clínicas, sociales y antropológicas es de igual importancia la consideración de una perspectiva neurológica puesto que a pesar de que los efectos del tabaquismo son sociales, también los individuales afectan a estos anteriores a través de las relaciones que establezca en un ámbito personal o incluso laboral, y por ello se menciona a continuación.

2.1.4 Definición neurológica

Los seres humanos utilizan las drogas por los efectos psicotrópicos que produce, una de ellas es la nicotina, aquella sustancia que produce adicción al consumir cigarrillos y es considerada estimulante (Guerri, 2012 y Álvarez, *et al.*, 2007). Dicho lo anterior, desde la perspectiva neurológica el tabaquismo se explica por la acción que produce principalmente en el sistema nervioso central, partiendo de la idea de que el consumo habitual es de 1 a 2 mg de nicotina por cigarrillo; institutos como *National Institute on Drug Abuse* [NIDA] (2010) describe el principal efecto:

“Cuando se fuma el tabaco, la nicotina llega rápidamente a sus niveles máximos en el torrente sanguíneo y penetra en el cerebro [...] la nicotina se absorbe a través de las membranas mucosas y alcanza los niveles máximos en la sangre y en el cerebro más lentamente. Inmediatamente después de haber sido expuesta a la nicotina, la persona recibe un estímulo causado en parte por la acción de la droga sobre las glándulas suprarrenales que resulta en una descarga de adrenalina. El “rush”, es decir, la sensación inicial intensa debido a la adrenalina estimula al cuerpo y causa un aumento en la presión arterial, la respiración y la frecuencia cardíaca” (p.3).

El tabaquismo desde la perspectiva neurológica, es definido como un síndrome de daño multisistémico lentamente progresivo ligado a la adicción de la nicotina, caracterizándose por la pérdida de control al fumar, por los síntomas de abstinencia y posibles recaídas después de un período de abstinencia; a partir de dicho síndrome, se deriva la dependencia psicológica trayendo la relación entre el placer generado por la nicotina, las experiencias vividas y la construcción imaginativa del individuo en su vida íntima y colectiva (Noé- Díaz, *et al.*, 2014; Alcaráz, 2013).

Dicho consumo, influye notablemente en procesos como en los de aprendizaje, además de que el consumo de tabaco afecta directamente a la corteza prefrontal responsable de la asociación de información (ambiente- recompensa), además de la amígdala con el significado emocional que se le brinde al consumo de tabaco, que conlleva a la respuesta fisiológica y psicológica que seguirá motivando dicha conducta (Noé- Díaz, *et al.*, 2014)

Asimismo, al describir la ruta neurológica de cuando se consume tabaco autores como Álvarez, *et al.* (2007) agregan que afecta a todos los sistemas y aparatos del ser humano, el principal, el sistema nervioso central. La nicotina es la responsable de causar efectos estimulantes generando que la persona se sienta más despejado, activo, menos cansado, relajado y menos irritable, además de los efectos en funciones cognitivas como la mejora de memoria y concentración, sin dejar de lado los efectos en el estado de ánimo, agregando que es posible una mejora de estado melancólico y otros trastornos emotivos.

Finalmente, los efectos en el sistema neuroendocrino también son considerados iniciando con los efectos de la nicotina que provoca liberación de diversos neurotransmisores, llevando a cabo el llamado “refuerzo positivo” explicado con el incremento de la liberación de dopamina, noradrenalina y serotonina el cual puede estar asociado a sensaciones placenteras y a la supresión del apetito, lo que a la larga puede contribuir a disminuir el peso corporal, además es posible agregar la liberación de acetilcolina el cual permite mejor rendimiento, mejor adaptación y resolución de los asuntos cotidianos, así como aumento de memoria y la liberación de beta-endorfinas puede estar asociada con reducción del nerviosismo y la ansiedad.

En conclusión, además de identificar las distintas perspectivas con el fenómeno del tabaquismo van también a permitir la consideración como hábito o adicción, si se inicia con un hábito o bien si es una adicción desde el primer momento que se consume el tabaco.

2.2 ¿Hábito o adicción?

Un hábito se define como “la necesidad del empleo continuado de una droga cuya supresión provoca trastornos físicos y psíquicos” Kalina (como se citó en Muñoz, 1999) y también Texeira, *et al.* (2005), agregan que es un patrón de conducta fijado de modo que para el consumo de tabaco va más allá de lo aprendido, volviéndose una conducta

automática, acompañan a una falta de conciencia respecto al número de cigarrillos que fuma, por esta razón rara vez los fumadores tienen conciencia en cuanto al número de cigarrillos que fuman.

De acuerdo con Velázquez (como se citó en Muñoz, 1999) todo hábito se distingue de dos fases: una de formación y otra de estabilidad, distinguiendo a la primera por el período en que se adquiere el hábito y la segunda, es en donde ya se ha adquirido, realizan los actos habituales con máxima facilidad y de manera automática. Es así, que el fumador pasa por estas dos fases y al inicio se encuentra en un proceso de estabilización orgánica y psicológica, una vez adquirido lo anterior, pasa un proceso automático inconsciente que permite satisfacer las necesidades del individuo adicto y finalmente la mente y cuerpo de la persona, más las condiciones anteriores, dan pauta a volverse dependientes o adictos al tabaco.

Por su parte, la *U.S Surgeon General* (Teixeira, et al., 2005) retomaron la distinción que se hacía entre hábito y adicción para clasificar las drogas. La habituación se caracterizó por:

- El consumo repetido de una determinada droga
- El deseo, pero no compulsivo de continuar tomándose la droga para mejorar la sensación de bienestar
- La pequeña tendencia de aumentar gradualmente la dosis
- Un cierto grado de dependencia física causado por la droga, pero con la ausencia del síndrome de abstinencia y presencia de efectos que perjudican al individuo.

Por el lado de la adicción esta es caracterizada por el fuerte deseo o necesidad de seguir consumiéndola, obtención de la droga a través de todos los medios posibles, dependencia física y psicológica provocada por la droga y efectos perjudiciales para el individuo y la sociedad.

Con lo anterior, se había establecido que el consumo de tabaco era más considerado como hábito que como adicción ya que no traía los mismos efectos como la heroína o cocaína, sino más como el café, alcohol, entre otros. Sin embargo, en 1988 se modifican las características y se establecieron claramente lo que daba pauta a ver los efectos psicoactivos de la nicotina (Teixeira, et al., 2005), las cuales son las siguientes:

- Los cigarrillos y otras formas de tabaco son adictivas.
- La nicotina es la droga del tabaco que crea adicción.
- Los procesos farmacológicos y conductuales que determinan la adicción son similares a aquellos que determinan la adicción a drogas tales como la heroína y cocaína.

Sin duda, las drogas siempre han estado presentes en la mayoría de las civilizaciones como factor integrante de los valores y del comportamiento humano (Teixeira, *et al.*, 2005).

Sin duda, factores como el marketing, cuestiones sociales o el comercio de la distribución de tabaco han influido en la forma en cómo se consume actualmente, dando pauta a distintas presentaciones sin perder la idea de que es con el mismo fin, consumir nicotina y proporcionar efectos nocivos y adictivos (OMS, 2006).

2.3 Presentaciones sociales del tabaco

Con respecto a las diversas presentaciones sociales del tabaco, cabe señalar que estas dependerán del tipo de administración del tabaco, si bien la convencional es fumada, también es posible encontrar productos para consumirlos por vía oral (mascar) y esnifada. En particular, las presentaciones del tabaco dependen de las cuestiones culturales y tecnológicas, mientras que otras son mundiales en donde a pesar de las diferentes presentaciones y que por parte de las industrias tabacaleras tratan de que los productos sean “naturales”, hay datos acerca de los efectos que conlleva cada una, sin embargo, prevalecen los daños por consumo de tabaco a través de cigarrillos (OMS, 2006).

De acuerdo con la OMS (2006) estas presentaciones se derivan de tres tipos de preparación del tabaco:

- Tabaco para fumar (bidi, cigarro, cigarrillo)
- Pipas (incluidas las pipas de agua)
- Preparaciones orales para mascar y mantener en la boca, o para colocar en la nariz (rapé, snus, nuez de betel)

2.3.1 Cigarrillos

Son la forma común de consumir el tabaco incluso Lecanda (como se citó en Hernández, 2017) menciona que consumirlo de esta forma “es mucho más disfrutable”, además de

que en su historia destacan por su comienzo con pequeños trozos de tabaco enrollados en papel, a pesar de los datos presentados sobre el daño causado, los reclamos o anuncios con imágenes saludables, las industrias tabacaleras han fabricado y promovido el consumo de cigarrillos o filtros “light” (de bajo contenido) y suaves. Sin duda, la OMS (2006) destaca que este tipo de información no debería brindarse a la población generando la idea de “posibles beneficios para su salud” en ausencia de pruebas científicas aceptadas por organismos reguladores competentes.

A la par, se encuentran los cigarrillos “*naturales*”, “*orgánicos*” o “*sin aditivos*”, que también gran parte de sus consumidores optan por obtenerlo con la idea de que es “más saludable”, cuando el ingrediente más mortífero es el tabaco en sí mismo, aunque este sea “puro”. Con relación a lo anterior, no hay pruebas acerca de que estos cigarrillos sean menos nocivos o adictivos como los convencionales, además de que cualquiera contiene químicos que permiten que no se descomponga, lo mantengan húmedo, que le aporten sabores adicionales e incluso que lo mantengan encendido (OMS, 2006; Lecanda, como se citó en Hernández, 2017).

Cigarrillos de liar o RYO (roll-your-own)

Este tipo de cigarrillos se ha vuelto convencional, en parte por razones culturales y económicas, tal como son los impuestos sobre los cigarrillos industriales. En países como Estados Unidos, Nueva Zelanda y Noruega los cigarrillos liados en hojas sueltas, representan un porcentaje alto en cuanto a la población que consume tabaco. Y del mismo modo, su consumo se ha fomentado por la idea de “menos dañino” a diferencia que los convencionales, sin embargo, estos datos no han sido rectificadas ni confirmados (OMS, 2006).

Bidis y kreteks

En regiones como Sudeste Asiático y Oriente Medio, existen cigarrillos más pequeños y hechos a mano, elaborados en hojas de tendu o temburni (*Diospyros melanoxylon*) originarias de Asia en donde no necesariamente el ingrediente principal es el tabaco, puesto que también son realizados con hierbas y especias del lugar. Además, su distribución ha sido acelerada por promocionarse como menos dañinas, pero igual de mortíferos y adictivos que los convencionales, asimismo es fácil encontrar aromas como mango, cereza y chocolate que fomentan el consumo frecuente, acelerado, llevando a

absorber la misma cantidad de nicotina que los cigarrillos convencionales desarrollando posteriormente mayor daño cardiovascular y riesgo de cáncer bucal (OMS, 2006).

Ahora bien, los kreteks o cigarrillos de clavo son originarios de Indonesia además se caracterizan por contar con un 40% de este ingrediente clavo y 60% tabaco, a pesar de su composición estos causan el mismo efecto que los *bidis*, de modo que un estudio realizó comparaciones en personas que fumaban cigarrillos convencionales y *kreteks* dando como resultado niveles iguales de monóxido de carbono, nicotina, efectos cardiovasculares similares y un mayor riesgo de lesión pulmonar aguda, sin dejar de lado que el clavo desprende una sustancia llamada eugenol, lo cual además de los efectos sensoriales que provoca también da pauta a inhalaciones más profundas de humo (OMS, 2006).

2.3.2 Pipas

Otra de las maneras de consumirlo y de presentación, es en pipa. A pesar de los pocos estudios presentados, se ha sustentado con los del cigarrillo y por ello cabe mencionar que su consumo por este medio es más alcalino y sus efectos en el fumador pueden ser mayores, ya que es como si estuviera fumando distintos cigarrillos a la par además de la gran cantidad que se coloca dentro de la pipa; estos fumadores corren un riesgo mayor ante bronconeumopatía crónica, cáncer cerebral y de cuello, cáncer de laringe, cáncer de esófago y cáncer de pulmón (OMS, 2006).

Pipas de agua (hookahs, bhangs, narguiles)

Con la falsa creencia de que eran menos perjudiciales que consumir cigarrillos de tabaco, esta forma de consumo es frecuente en el Sudeste Asiático y el Medio Oriente. Su origen es desde el siglo XVI cuando el físico Abul Fath sugirió que el humo debía pasar primero por un pequeño recipiente con agua para ser así menos perjudicial (OMS, 2006).

Su fabricación y funcionamiento, consiste en que a través de un recipiente con agua se realice un burbujeo antes de ser inhalado el tabaco; la sustancia es colocada en un tazón con agujeros en el fondo al que se conecta con una manguera larga y flexible que es en donde pasa el humo (cuerpo de la pipa). Es importante recalcar que el tabaco u otra sustancia no se queman en su totalidad, sino que este proceso es parcial haciendo que se agregue carbón o brasas que arden sin llama, finalmente en la parte superior se

pueden colocar más mangueras para que varios usuarios consuman al mismo tiempo este humo (OMS, 2006).

Con ello, es probable que las sustancias tóxicas y carcinógenas para el pulmón se reduzcan poco, si es que lo hacen cuando el humo pasa a través del agua. La absorción del veneno cardiovascular, el monóxido de carbono puede ser muy elevada, debido a los grandes volúmenes inhalados y por el hecho de que la fuente de calor suele ser carbón o brasas que arden sin llama, lo cual genera niveles muy altos de monóxido de carbono y de nicotina, que puede seguir induciendo a una adicción (OMS, 2006).

Al igual que las demás presentaciones, el consumo de tabaco en pipas trae como consecuencia riesgo cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), carcinoma bronquial, cáncer bucal, de vejiga, sin dejar de lado las infecciones por compartir las mangueras de estas pipas, como tuberculosis, herpes o hepatitis (OMS, 2006).

2.3.3 Productos de tabaco de uso oral o sin combustión

De acuerdo con NIDA (2010) estos también son considerados como “productos que reducen potencialmente el riesgo de exposición” (PREP, por sus siglas en inglés); su origen es a partir del siglo XVI y XVII en la región del Sudeste Asiático y para los siglos XVIII y XIX el consumo de tabaco era principalmente inhalado (como rapé) en Inglaterra, Norte de Europa y en algunos lugares de China.

De modo que de acuerdo con la OMS (2006), existen cuatro tipos de presentación:

- *Tabaco de mascar*: caracterizado por ser cortado como el césped, de preferencia en el día y es generalmente ácido.
- *Rapé*: este es cortado al tamaño de los granos de café, es deshidratado y se coloca en las encías y mejillas.
- *Snus*: es un variante del rapé, pero suele ser más húmedo por ello debe mantenerse en refrigeración.
- *Gutkha*: su consumo es mayor en la India y el Sudeste Asiático, caracterizándose por una mezcla aromatizada y edulcorada de nuez de areca, catechu, cal muerta, tabaco y otros condimentos.

Finalmente, estos productos fueron elaborados con el fin de que población joven los consuma y poder reducir o reemplazar el cigarrillo de tabaco, sin embargo, estos productos siguen siendo altamente adictivos por presentar niveles parecidos de nicotina comparado con el cigarrillo convencional, además de carcinógenos que provocan cáncer cerebral, de cuello, garganta y esófago, al igual que dolencias bucales y dentales graves.

2.3.4 Nuevos productos de tabaco

Recientemente, la OMS (2019a) en su informe sobre tabaco hace hincapié en los “*Productos de tabaco calentados*” (PTC) ya que al igual que los cigarrillos, contienen sustancias tóxicas y cancerígenas. Los PTC generan aerosoles al calentarse o activar el dispositivo, estos aerosoles contienen nicotina promoviendo la adicción y aditivos no necesariamente derivados del tabaco. Algunos de los productos en los que se consume el tabaco son: iQOS, Ploom, glo y los vaporizadores PAX.

También se han promocionado como productos de riesgo reducido o que ayudan a dejar de fumar, aunque al exponerse a estos aerosoles y sustancias tóxicas da pauta a la generación de cáncer. A pesar de que puede resultar dañino su uso, aún no se tienen datos certeros de afirmar que producen daños menores a diferencia de los cigarrillos convencionales, ni de los efectos en fumadores pasivos (OMS, 2019a).

Por otro lado, se encuentran los cigarrillos electrónicos siendo de dos tipos:

- Sistema electrónico de administración de nicotina (SEAN)
- Sistema electrónico sin administración de nicotina (SESN)

Se diferencian, como su nombre lo indica, por el contenido de nicotina, además de que sus principales ingredientes son el propilenglicol, con o sin glicerina y los aromatizantes. Cabe destacar que estos cigarrillos electrónicos no contienen tabaco, pero son perjudiciales para la salud y no son seguros, por ello resulta interesante recalcar que su publicidad es engañosa, mencionan que no perjudican a la salud y son adecuados para dejar de fumar, sin embargo, son peligrosos para niños y adolescentes, además aquellos que contienen nicotina (SEAN) aumentan el riesgo de cardiopatías y afecciones pulmonares, sin dejar de lado que por sus productos aromatizantes el mayor consumo es por jóvenes (OMS, 2019a).

Por consiguiente, gran parte de las presentaciones para el consumo de tabaco han sido comercializadas para que las personas sustituyan el cigarrillo convencional por otros productos “con menor riesgo a la salud” en donde se han destacado a los jóvenes menores de 35 años. Si bien, las industrias tabacaleras son un factor para el consumo también pueden ser los individuales, familiares y sociales con los que posee el individuo y en donde se encuentra.

2.4 Factores que detonan consumo de tabaco

Con respecto a los factores que pueden detonar el consumo de tabaco, no hay uno solo que lo determine, puede comenzar por un medio individual o entre el grupo de iguales que son los comunes, formando un proceso que al inicio es de experimentación hasta la consolidación de una adicción (Álvarez, *et al.*, 2007).

De acuerdo con Álvarez, *et al.* (2007) los factores principales son los de predisposición en donde se consideran: los familiares y de los pares iguales, por otro lado, los personales y finalmente los sociales, incluso se categorizan dentro de los factores de riesgo para consumo de sustancias (Ramírez y De Andrade, 2005)

2.4.1 Familiares

Si bien, el contexto familiar es uno de los grupos principales en donde un ser humano se desarrolla y adquiere el aprendizaje, hábitos, valores, entre otras que le permitirán incorporarse a la sociedad. A pesar de que el contexto familiar sea considerado como fundamental para el apoyo psicológico, emocional y social de los hijos, existen fenómenos que se pueden presentar y perjudican a los mismos, como es el tabaquismo. De acuerdo con Álvarez, *et al.* (2007) y Muñoz (1999) hacen hincapié en que las investigaciones realizadas, aproximadamente el 90% de los padres fuman frente a sus hijos, presentando un modelo a seguir que es el consumo de tabaco, además que el 50% de los niños suelen tener esta tendencia en la siguiente etapa, que es la adolescencia.

El consumo de tabaco es una forma de drogadicción permitida por la sociedad y la familia y de acuerdo con Muñoz (1999), es este uno de los factores predominantes para adquirir el hábito de fumar, puesto que es en este círculo de miembros en donde se permitirá o inhibirá llevarlo a cabo, y solo se torna serio al presentar repercusiones visibles en alguno de los miembros de la familia.

Y del mismo modo, la presencia de actitudes ambiguas ante el consumo de sustancias legales e ilegales de la familia, prácticas de manejo familiar pobres e inconsistentes, conflictos familiares bajo apego a la familia, falta de comunicación entre padres e hijos e incluso actitudes sobreprotectoras o rígidas, serán algunos de los factores que detonarán el consumo de tabaco (Lavielle- Sotomayor, *et al.*, 2012).

Autores como Lavielle- Sotomayor, *et al.* (2012) y Ramírez y De Andrade (2005), coinciden en que la edad de inicio de consumo de tabaco es en el paso a la adolescencia y que este factor familiar influirá de manera determinante para comenzar a fumar, agregando el cómo los adolescentes perciben los conflictos.

Dicho lo anterior, Pérez- Milena, *et al.* (2012) enfatiza que, de acuerdo con su investigación, el factor familiar es menos importante a diferencia del grupo de pares de iguales ante la influencia para el consumo de tabaco, mismo dato que coincide con Caballero- Hidalgo, *et al.* (2005).

2.4.2 Pares de iguales

Por otro lado, otro de los grupos primordiales durante las etapas de desarrollo humano son los pares de iguales. Algunos autores (Álvarez, *et al.*, 2007; Blanco, *et al.*, 2009; González-Bautista, *et al.*, 2019) coinciden en que la etapa de la adolescencia es la de mayor vulnerabilidad para adquirir el hábito de fumar, por los cambios cognitivos, biológicos, sociales y afectivos que se presentan además de la existencia de presión de los pares, el aumento de percepción de que fumar es un hábito prevalente y normativo, que brinda una imagen social positiva y formación de un vínculo a través del consumo de tabaco entre el individuo y sus pares, generando que cada nuevo miembro que entre dentro de sus círculo, fume y a su vez aumenten la cantidad de adolescentes fumadores.

Además, es uno de los grupos principales que influye ante el consumo de tabaco desde edad de inicio hasta su consumo regular, ya que se inicia con tal de ser admitido en un grupo puesto que la adaptación a un grupo de iguales es mejor si se tienen los mismos hábitos de consumo, por carecer capacidad de rechazar un cigarrillo, desear convivir con el líder del grupo fumador, evitar el rechazo e incluso al tornarse un consumo diario de tabaco dentro de este grupo o de manera individual, se convierte en un elemento integrador más potente a diferencia del alcohol, debido a que al convivir con

amigos fumadores presentan mayor probabilidad de volverse fumadores (Caballero-Hidalgo, *et al.*, 2005;Perez- Milena, *et al.*, 2012; Ortega- Ceballos, *et al.*, 2018).

En suma, Blanco, *et al.* (2009) afirman que los principales factores para el consumo son a través de estos agentes, los familiares y los de pares, ya que a pesar de tener la creencia y conocimiento de que es perjudicial para su salud, pesan más las percepciones positivas, fuertes y adultas que se le brindan, aunque también determinen el inicio y su aumento de consumir tabaco.

2.4.3 Factores personales

Los factores personales pueden detonarse por las motivaciones que se perciben desde etapas infantiles y que se llevan a cabo en la adolescencia. Durante esta etapa se actúa de manera impulsiva para satisfacer diversas necesidades con el fin de integrarse y armonizarse ante el mundo que los rodea, al igual que la búsqueda de identidad individual y social (Muñoz, 1999; Álvarez, *et al.*, 2007).

Aunado a ello, la personalidad, los sentimientos de inseguridad, baja autoestima, la etapa de “rebeldía”, bajo rendimiento escolar son algunos de los factores que detonan el consumo de tabaco, además de hacer sentir dependientes, fríos, fuertes, con una anticipación de la edad adulta y de manera inconsciente obtener aceptación de cierto grupo social (Muñoz, 1999).

Por su parte, también forma parte de una actividad relajante en ciertos momentos del día para evadir el aburrimiento, aumenta el sentimiento de seguridad en adolescentes menores e incluso aquellos adolescentes que son mayores y presentan un mayor consumo de tabaco minusvaloran el consumo de los demás, incluso en los hombres se presentan mayor rol de autoridad ante el grupo de amigos, mayor consumo para calmar ansiedad en situaciones sociales y un paso hacia la madurez, a diferencia de las mujeres que el consumo de tabaco está inclinado a la curiosidad, control de peso, el hecho de que sean percibidas como activas y atrevidas e incluso para un aumento de amistades con hombres o inicio para las relaciones de noviazgo con el sexo opuesto, sin dejar de lado que se asume que una chica asume riesgos al fumar (Pérez- Milena, 2012; Cortés, *et al.*, 2005).

Autores como Álvarez, *et al.* (2007), González-Bautista, *et al.* (2019) y Ramírez y De Andrade (2005), consideran que características sociodemográficas como el sexo, edad, clase social, ocupación o nivel de estudios, son factores que posiblemente darán pauta al consumo de tabaco, incluso desde la etapa adolescente.

En específico, Ortega- Ceballos, *et al.* (2018) menciona que el consumo de tabaco en hombres es mayor a diferencia de las mujeres, aunque no siempre es de este modo puesto que las cifras de la Encuesta Nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco [ENCODAT] 2016- 2017, marca diferencias entre estados, predominando el consumo de tabaco en mujeres en el estado de Tlaxcala a diferencia del Estado de México, mismo dato que coincide con Álvarez, *et al.* (2007).

Respecto a la edad, en la actualidad la edad de inicio de consumo va descendiendo lo cual repercute en la etapa adulta, Álvarez, *et al.* (2007) menciona que, si la edad de inicio aumentará, se conseguiría menor prevalencia de consumo de tabaco, mismo dato que coincide con el Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2018), en donde resalta que la edad de inicio comienza a los 10 años.

Con relación a la clase social, Álvarez, *et al.* (2007) menciona que presentan mayor probabilidad de morir prematuramente aquellos individuos que se encuentren en una clase social baja, mismo dato que repercute en situaciones económicas, sociales y de salud de cada país ligado con el fenómeno de la pobreza, puesto que, sin la existencia de consumo de tabaco en la población, los datos de acuerdo con la mortalidad podrían ser menores.

Por otro lado, la variable ocupación también formará parte de uno de los factores de consumo de tabaco, puesto que este depende tanto de la cuestión del desempleo tal como indica Álvarez, *et al.* (2007) que aquellas personas desempleadas presentan mayor probabilidad de consumir tabaco a diferencia de aquellos que cuentan con un empleo estable, y también es posible visualizarlo de acuerdo a la exposición de humo de tabaco según la ocupación de los individuos como es el caso de la investigación de Aceituno, *et al.* (2010) en donde los meseros son aquellos que representan mayor exposición al humo de tabaco a diferencia de las otras ocupaciones.

Y finalmente, el nivel de estudios es una de las variables que puede detonar el consumo de tabaco, tal como mencionan Caballero- Hidalgo, *et al.* (2005) que, al

aumentar el interés por la escuela, disminuye el consumo de tabaco o la probabilidad de ser fumador, además de lo reportado por Cortijo (como se citó en Álvarez, *et al.*, 2007), en donde aquellas personas que fuman tienen menores expectativas de estudiar una carrera o continuar con sus estudios.

A pesar de las diversas campañas e intervenciones, es complejo que durante esta etapa los adolescentes consideren los daños y enfermedades que conlleva, puesto que tienen pensamientos como “Eso no me va a pasar a mí”, “Yo me encuentro perfectamente”, sin percatarse que los anteriores se detonan tras años de consumir tabaco (Álvarez, *et al.*, 2007).

2.4.4 Factores sociales

Son diversos estos factores que pueden detonar el hábito de fumar, por mencionar algunos se encuentran la globalización, la tecnología y las formas de vida que fomentan el hecho de consumir “combustibles extras” durante la carrera (Muñoz, 1999). Además, como se mencionó con anterioridad, es una forma de drogadicción en donde la sociedad y familia lo aprueba “por no presentar” efectos físicos inmediatos a diferencia de otras drogas como la cocaína, sin embargo, no se presentan efectos físicos inmediatos, pero si durante los años siguientes si su consumo es recurrente.

Por otro lado, la cultura es uno de los factores que puede impulsar a consumir tabaco, puesto que son estilos de vida además de que dependerá si lo producen tal como se vio en las presentaciones del tabaco, dependerán del lugar y si este es habitual, tanto en consumo y/o venta (Muñoz, 1999; OMS, 2006).

Aunado a ello, autores como Levielle- Sotomayor, *et al.* (2012) y Ortega- Ceballos, *et al.* (2018) coinciden en que dentro del factor social más influyente es el alcance ante el producto, como la disponibilidad de venta de cigarrillos y los amigos fumadores, en donde estos factores anteriores están respaldados por leyes y normas sociales favorables al uso de drogas, ligados a los sistemas de difusión, la publicidad, entre otros.

Con lo anterior, parte de las estrategias iniciales fue tomar un control en los anteriores factores a través de una limitación de publicidad en medios sociales para su consumo puesto que este era promovido en revistas, espectáculos, eventos deportivos cuyas marcas de cigarrillos de tabaco estaban presentes lo cual resultaba atractivo para

consumirlo y representaba el “estar a la moda” dentro de la población joven o incluso en niños, generando la asimilación con algunos productos que iban de la mano con la publicidad de la marca tales como zapatos, ropa, vacaciones, asimismo hubo restricciones en los lugares para fumar, legislación de venta y aumento de impuestos que repercutieron ante el consumo, aunque muchos individuos estuvieron en desacuerdo generando diferencias entre fumadores y no fumadores ante dichas estrategias (Levielle-Sotomayor, *et al.*, 2012; Ortega- Ceballos, *et al.*, 2018; González- Ferreras, *et al.*, 1998).

Siguiendo la misma línea, el consumo de tabaco también era promovido en personajes famosos en específico dentro de la cinematografía, principalmente en la década de los años 30 en donde era frecuente mostrar que el consumo de tabaco en caballeros con esmoquin indicaba status social y exclusión de grupos como en el caso de las mujeres, además de que el fumar permitía brindar un comportamiento adulto, independiente, de compromiso con los demás, la posibilidad de ligar, ser más atractivo o atractiva ante los demás, mostrar una independencia femenina, glamour, belleza, erotismo, entre otros (Álvarez, *et al.*, 2007).

Cabe resaltar que, en México en el artículo 23 de la Ley General para el Control de Tabaco (2018) este da pauta a evitar la publicidad del consumo de tabaco ante menores de 18 años, únicamente se realizará en espacios o publicidades aptos para estas edades por lo cual, el factor de publicidad se ha regulado mayormente a diferencia de los años anteriores.

Por último, ante una posible prevención es necesario considerar los factores anteriormente descritos, desde los sociales, hasta los personales puesto que gran parte de la tarea no es solo advertir sobre el uso y efectos de las drogas como lo es el tabaco, sino también resaltar los valores sociales y humanos, tradiciones culturales, religiosas e históricas y en especial considerar al grupo familiar, debido a que de este último se parte la calidad de vida que se forme como individuo y el cuidado a su persona (Ramírez y De Andrade, 2005).

2.5 Creencias hacia el tabaquismo

Se ha planteado el impacto que tienen los factores socioeconómicos, cognitivos y emocionales, además de los familiares y sociales que han sido considerados como principales ante el consumo de sustancias legales, como lo es el tabaco (Álvarez, *et al.*,

2007; Muñoz, 1999; Blanco, *et al.*, 2009; González- Bautista, *et al.*, 2019), dentro de estos factores se encuentran las creencias. Valdés- Salgado, *et al.*, (2006) hacen énfasis en que éstas se distinguirán entre los fumadores y los no fumadores, encontrando algunas creencias en cuanto al consumo experimental, siendo algunas con el hecho de creer que no provoca accidentes, si lo controlas no pasa nada y que no perjudica a las personas que están alrededor cuando se fuma (Morales- Manrique, *et al.*, 2011).

En cuanto al consumo diario, se encuentran aquellas creencias de que no crea problemas al consumirlo, que es bueno su consumo para algo, que no da pauta a consumir otras drogas, provoca muchos problemas en conjunto con el ambiente familiar, perjudica a las personas de alrededor, conlleva a enfermedades mentales e incluso que induce a cometer delitos (Morales- Manrique, *et al.*, 2011).

Para la asociación entre aquellos que no fuman y sus creencias, algunas de estas son que tiene efectos negativos en la salud, produce accidentes laborales, en tránsito entre otros, problemas familiares, sociales, laborales, escolares, perjudicando a las personas de alrededor, que en ocasiones induce a cometer delitos, negando la creencias de que si lo controlas no pasa nada y que no crea problemas dicho lo anterior, estos datos son consistentes con el hecho de que existe una tendencia a negar o distorsionar información amenazante entre los fumadores, especialmente entre aquellos que no desean dejar de fumar (Morales- Manrique, *et al.*, 2011).

Las creencias también pueden tornarse como factores protectores o de riesgo, como protectores o con creencias favorables hay desacuerdo en que el tabaco quita el sueño y que ayuda a inspirarse a estudiar, y por el lado de las favorables van dirigidas mayormente a los efectos nocivos en la salud provocando cáncer, afectando pulmones y corazón (García- García, *et al.*, 2014).

Haciendo énfasis en el impacto que el factor familiar y social como principales agentes para el consumo de cigarrillos de tabaco, autores como Cardero- Quevedo, *et al.* (2004) encontraron resultados que permiten confirmar que en una etapa infantil se pueden adquirir creencias y hábitos sobre el mismo; de modo que en la muestra estudiada un porcentaje elevado admitía que al menos uno de los progenitores fumaba, que los habían mandado al menos una vez a buscar cigarrillos, les molestaba que fumaran cerca de ellos, que no los encendían cuando los mandaban a buscarlos, les desagradaba

el olor, casi la mitad de ellos lo había probado y que tenían al menos un “amiguito” que fumaba; de lo anterior, se derivan algunas de las creencias y la importancia que tienen ante este fenómeno, ya que más de la mitad de la muestra creía que fumar era algo malo, que fumar conllevaba a enfermedades graves, que al ser algo malo los adultos tenían que cambiar, además de que consumirlo traía efectos desfavorables en la salud e incluso la muerte.

Por otra parte, la etapa adolescente es crítica ante el consumo de tabaco ya que se inicia desde una fase de experimentación hasta una de habituación llegando a ser adictos a la nicotina posteriormente; las principales creencias que tienen, es que tienen menor dificultad de renunciar al tabaco y que son menos adictos, a diferencia de otros fumadores (Morales- Manrique, *et al.*, 2011).

También un alto porcentaje de jóvenes presentan alta presencia de creencias favorables para el consumo de cualquier droga entre ellas el tabaco, pero también gran parte de ellos tienen un alto porcentaje en desacuerdo ante la creencia de que consumir uno o dos cigarrillos al día, no es dañino para la salud. En conjunto, creer que el cigarro contiene sustancia que propician a una adicción, disminuye el riesgo de que se inicie un consumo de tabaco recalando que las creencias en este caso serán un factor protector ante este (López- Maldonado, *et al.*, 2011; Valdés- Salgado, *et al.*, 2006).

Además, aquellos que creen que el tabaco no es una droga, tienen mayor probabilidad de ser fumadores, a diferencia de aquellos que si lo consideran; también, hay quienes creen que se es muy joven para fumar generando un factor protector, pero en caso contrario aquellos que no lo creen tienen mayor probabilidad de consumir tabaco, también se cree que fumar cigarrillos no daña la salud, pero tienen casi el doble de probabilidades de convertirse en fumadores; gran parte de los fumadores, cree que es difícil el abandono de consumo de tabaco una vez que se empieza y también existe la creencia de que es seguro fumar por uno o dos años y luego dejarlo, pero son aquellos en los que aumenta su probabilidad de ser fumadores (Valdés- Salgado, *et al.*, 2006).

Al respecto, Moral – Jiménez, *et al.* (2006) y Baltasar- Bagué, *et al.* (2014) coinciden en sus investigaciones sobre la institucionalización de drogas tanto legales como ilegales, la distorsión en las percepciones de riesgos, creencias sobre los efectos de las drogas y la escasa resistencia a la incitación grupal, estableciendo que el consumo de

cualquier droga incluida el tabaco, estará mediada por el consumidor y el consumo de amigos, agregando que gran parte de los jóvenes cree que consumir tabaco ayuda a conocer gente nueva.

En definitiva, el papel de las creencias es fundamental ante el inicio de consumo de tabaco, durante y después, llegando hasta una etapa adulta, en donde sumados otros factores como los que se encuentran en un ámbito laboral, puede detonar un aumento ante su consumo y dificultades para comenzar o llevar a cabo un tratamiento de cesación tabáquica.

2.5.1 Creencias hacia el tabaquismo en trabajadores.

Relacionando a las creencias con el fenómeno del tabaquismo Londoño y Valencia (como se citó en Rivas- Acuña, *et al.*, 2018) mencionan que estas incluyen percepción de riesgo, vulnerabilidad, expectativas positivas o negativas sobre los efectos cuando este se consume, además de los beneficios y barreras, en donde es posible que se compartan con aquellos que tienen creencias similares a un determinado fenómeno.

En algunas ocasiones, la formación universitaria permite la inserción a campos laborales a través de prácticas como primer acercamiento a un escenario real y llevar a cabo aquellas habilidades y conocimientos adquiridos durante dicha carrera profesional y que de la mano conlleva a cambios o adaptaciones en escenarios académicos y profesionales. Las creencias, serán un elemento a considerar en ambos escenarios, ya que de acuerdo con Medina- Fernández, *et al.*, (2017) existe una relación entre el conocimiento y las creencias hacia el tabaquismo, resaltando aquellas creencias de que dichos usuarios que consumen alcohol o tabaco deberían ser tratados por especialistas en el área, al mismo tiempo, coinciden en estar en desacuerdo en si una persona depende de alcohol o tabaco no puede ser ayudada hasta tocar fondo, añadiendo que tienen la creencia de que es importante distinguir entre aquellos usuarios que consumen cualquiera de las dos sustancias y que ambas son dañinas ante su consumo diario.

Al mismo tiempo, estos autores creen que un diagnóstico oportuno mejora la oportunidad de éxito ante el tratamiento, que aquellos usuarios denominados dependientes de cualquiera de las dos sustancias con una vez que las consuman durante el tratamiento ya no pueden controlarse y continuarán con el consumo habitual,

asimismo en creer que una persona que consume de manera habitual ambas sustancias, se diferencia de aquellas que son dependientes, estos mismos creen contar con una adecuada educación sobre el consumo de alcohol y tabaco y se caracterizan por contar con creencias tanto positivas como negativas que están relacionadas con su conocimiento, a mayor conocimiento, mayores creencias positivas; esta última relación, la explican con el hecho de que durante la formación se van construyendo conocimientos sobre los efectos negativos del consumo de drogas en general y su cuidado, influyendo en sus creencias (Medina- Fernández, *et al.*, 2017).

No obstante, en un ámbito laboral, diversas son las creencias presentes al momento de consumir cigarrillos de tabaco además de otros factores que estarán de por medio; algunas de estas son que alivia el estrés ocasionado por las altas jornadas laborales, las ofertas de cigarrillos por transnacionales, escasa restricción en espacios públicos; también, se cree que la tasa de consumo de cigarrillos que considera perjudicial por parte de las mujeres es menor debido a que fuman menos y creen que el consumo de tabaco está mayormente considerado como conducta de riesgo el cual deriva cáncer de pulmón (Salmerón- Castro, *et al.*, 2002; Moreno- San Pedro, *et al.*, 2006).

Por su parte, los factores que promueven el tabaquismo tanto en pacientes con enfermedades psiquiátricas y en población en general, pueden ser influidos por la llamada “cultura de fumar”. Lawn (como se citó en Trebilcock, 2017) da a conocer este concepto y tres principales causas de esta cultura: las actitudes y creencias del equipo de trabajo, el conocimiento con relación al tabaquismo y el consumo elevado de tabaco entre profesionales. De este modo los profesionales, creen que el cigarrillo de tabaco es una moneda de intercambio ante ciertas situaciones que se presenten con los pacientes, creen que es un derecho en el caso de un paciente con enfermedad psiquiátrica o creen que no es su responsabilidad el tema del tabaquismo.

Por otro lado, en ocasiones se asume que algunos profesionales por tener mayor cercanía a la información y conocimiento por su formación, sobre el tabaco y sus efectos en la salud física o dental, no conlleva a un consumo, sin embargo, en el sector de la salud los porcentajes de prevalencia de tabaco son mayores o iguales a los de la población en general, algunos presentan creencias positivas acerca del consumo mismas que influirán en su entorno, también creen que no aceptarían su consejo como profesional o no lo

tomarían en cuenta los pacientes y la mayoría de profesionales en este sector cree que el consumo de tabaco es perjudicial para su salud pero aun así, asumen los riesgos al seguir fumando (Salmerón- Castro, *et al.*, 2002; Moreno- San Pedro, *et al.*, 2006; Rivas- Acuña, *et al.*, 2018; Muñoz- Escobedo, *et al.*, 2007; Mengual- Luque, *et al.*, 1996).

Estas son algunas de las variables que incitarán a un consumo de cigarrillos y que permitirán la existencia de una actitud favorable ante este; cabe destacar que para estos cambios ante consumo de tabaco a nivel preventivo o rehabilitador, deben contemplarse las creencias de los usuarios brindando la importancia que tienen, puesto que su consumo estará condicionado por estas y también la posible existencia de una recaída durante el tratamiento (Moral – Jiménez, *et al.*, 2006).

En definitiva, los diversos factores son parte del por qué se sigue fumando y del mismo modo, es de suma importancia considerar aquellos efectos del tabaco durante el acto de fumar y aquellos que puedan aparecer a un largo plazo, que podrán formar parte de la pregunta de ¿qué causa en el individuo que posiblemente permite que continúe su consumo de tabaco?

2.6 Efectos del tabaco en la salud

A pesar de las repercusiones que conlleva el consumo de tabaco y de la primera experiencia desagradable en cuanto al olor y sabor del cigarrillo, este se acepta como una experiencia casi inevitable que comienza en su mayoría en la etapa adolescente, aunque la repetición de consumo permite acostumbrarse a ellos (Lando, como se citó en Pérez- Milena, *et al.*, 2012).

Durante el acto de fumar, es posible encontrar efectos desde lo psicológico, neurológico, social y llegando también a la salud física.

Psicológicos

Dentro de estos efectos, autores como Baltasar- Bagué, *et al.* (2014) agregan en su investigación que las chicas creen más que el fumar relaja, también se presenta una disminución de la angustia, sentimientos de placer y también a nivel cognitivo, en donde la nicotina influirá principalmente en las funciones cerebrales superiores como lo es en la memoria o atención, disminución de irritabilidad o estrés, modula el estado de ánimo, altera el apetito y suprime el aumento de peso (Baltasar- Bagué, *et al.*, 2014).

Autores como Redolat, *et al.* (1994) describe los efectos del consumo de tabaco a través de algunos experimentos que se realizaron para conocer y demostrar los efectos del producto en diversas tareas y componentes cognitivos.

- La mejora de ejecución de algunas tareas, aumento del nivel de alerta, un procesamiento rápido de la información, mejora en tareas simples como golpeteo de los dedos sobre una mesa (*finger tapping*) y en la reacción de elección, también la reducción de ansiedad, afrontamiento de estrés y que es posible notar que en situaciones ansiosas incrementan su consumo de cigarrillos.
- Procesos atencionales: aumento de concentración y se vuelve una gran barrera cuando se intenta abandonar el consumo de tabaco porque el síndrome de abstinencia repercute en la concentración, aunque también se han presentado beneficios en el proceso de aprendizaje y memoria, se ha considerado al tabaco como un “activador cognitivo” volviéndose un tratamiento eficaz ante la demencia. Para este, se ha utilizado el test de Stroop, que son tareas a ejecutar, pero con distractores, como el nombre de un color y las letras de otro color y mencionar este último (AMARILLO, escrito en rojo), tras la administración de nicotina se produce una atención selectiva e incluso, un aumento en procesamiento rápido de la información visual.
- Y finalmente en la memoria: autores citados en Redolat, *et al.* (1994) han demostrado que no aumenta la capacidad de memoria, sino que es un “dependiente de estado”, ante el consumo de tabaco se difiere en cuanto a la memoria inmediata como en tareas de recuerdo diferido.

Por último, se agrega que el consumo de tabaco conlleva a efectos placenteros o de euforia similares a la morfina o anfetamina, aunque en menor proporción (Otero, como se citó en Lavielle- Sotomayor, *et al.*, 2012); dicho esto, el consumo de tabaco se convierte en un reforzador positivo volviéndose más difícil de abandonar incluso porque permite evadir momentos de aburrimiento asociándose cada vez con momentos más concretos del día (Lavielle- Sotomayor, *et al.*, 2012; Pérez- Milena, *et al.*, 2012).

Neurológicos

El consumo de nicotina aumenta las concentraciones de sustancias como adrenalina, noradrenalina, vasopresina, cortisol y ACTH; estas acciones centrales y periféricas son

las responsables de generar la sensación de relajación, disminución de ansiedad y apetito además de la mejora en la capacidad de concentración y demás tareas intelectuales (Benowitz, como se citó en Campos -Arias, 2002).

Además, ante el consumo de nicotina se ejercen acciones complejas tanto en el sistema nervioso central y periférico activando receptores colinérgicos de tipo nicotínico y en diversas partes de ambos sistemas denominados sistemas de recompensa, como el área tegmental ventral (ATV) a la corteza prefrontal, pasando por el núcleo accumbens (Pérez- Cruz, *et al.*, 2007); en dichos sistemas y otros que menciona Pérez- Cruz, *et al.* (2007) conforme se consume tabaco, el efecto aumentará hasta llegar al potencial adictivo incluso durante el acto de fumar, da pauta al consumo de otras drogas debido al receptor de nicotina y sus subunidades que afectan la sensibilidad al consumirlas (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

Ahora bien, la nicotina no solo es adictiva, sino que aumenta la concentración encefálica de dopamina, indicando la forma en cómo esta sustancia activa los sistemas de estrés del organismo; técnicamente se dice que la nicotina comienza en el enlace de los múltiples receptores de células nerviosas de dopamina o neuronas, mismas que dan inicio a esa sensación de placer y recompensa en el acto de fumar, y convirtiéndose posteriormente en adicción (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

Es así como el tabaco, primero sensibiliza a las neuronas y luego las desensibiliza en el transcurso del día, de modo que por ello se dice que el primer cigarrillo consumido por la mañana es el mejor porque a medida que pasan las horas del día, este efecto disminuye. (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

Sociales

En cuanto a los efectos sociales el consumo de tabaco es considerado uno de los primeros secretos que el adolescente mantiene frente a sus padres, creando una dicotomía entre dependencia familiar y autonomía personal; al ocultar el consumo en la familia evita problemas, sobre todo en las mujeres, y a veces es gratificante hacer lo contrario de lo que dicen los padres (Pérez- Milena, *et al.*, 2012).

Dentro de los efectos más conocidos pueden encontrarse dentro de los pares de iguales iniciando con la búsqueda de atención en el grupo de iguales, apoyo social durante fumar, aumento de confianza en los adolescentes de menor edad además de que

los de mayor edad presentan una actitud experimentada de consumo de tabaco, haciendo menos el de los más jóvenes, el deseo de ser amigo del líder fumador y una aceptación o imitación dentro de grupo social (Aloise- Young, *et al.*, como se citó en Caballero- Hidalgo, *et al.*, 2005; De la Rosa- Morales, *et al.*, 2006; Moral- Jiménez, *et al.*, 2006).

Por su parte, autores como Pérez- Milena, *et al.* (2012) mencionan en su investigación, que existen diferencias por género en el acto de fumar, de modo que para los adolescentes varones supone un rol de autoridad personal con relación al de iguales, un paso hacia la madurez, la aceptación de la uniformidad del grupo de amigos, creen que el acto de fumar ayuda a conocer gente nueva, relacionarse o incluso ligar.

Mientras que en las chicas predomina la curiosidad, la sensación de control del peso, la influencia de los amigos varones, haciéndose ver que una mujer asume riesgos al fumar, que son socialmente activas y atrevidas, también creen que vender cualquier droga es un negocio y finalmente la rebelión hacia los padres y transgresión de las normas (Pérez- Milena, *et al.*, 2012).

Cabe hacer mención, de que las drogas ilegales son mucho más peligrosas, y las sustancias clasificadas como legales no son reconocidas por adolescentes como drogas, lo que da inicio a su consumo en primer lugar desde el alcance y considerándose uno de los principales efectos en aumento, ante su consumo (Girona, como se citó en Baltasar- Bagué, *et al.*, 2014; Córdoba y Samitier, 2009).

Finalmente, se resalta que el acto de fumar es considerado como un medio para relajarse o calmar ansiedad en determinadas situaciones sociales, por lo que permite aumentar su consumo (Clayton; Lucas y Lloyd, como se citaron en Cortés, *et al.*, 2005; Morales- Manrique, *et al.*, 2011; Thomas y Perera; Grimshaw y Stanton, como se citaron en Pérez- Milena, *et al.*, 2012; Baltasar- Bagué, *et al.*, 2014).

Salud / biológicos

A pesar de los daños que produce el consumo de tabaco, gran parte de la población continúa con su adquisición. Una vez iniciado, se pasa a una adicción de modo que resulta indispensable resaltar los efectos en la salud de la población, en donde autores como Samet (2002), mencionan que es común que las enfermedades sean notorias después de tiempo y no inmediato tal como sucede con el consumo de tabaco, además de que los efectos son a través de dos agentes: los activos y pasivos.

Fumadores activos

Los efectos en la salud al consumo de tabaco son indispensables de mencionar ya que pueden clasificarse en categorías generales como cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y efectos adversos en la reproducción (Samet, 2002).

Incluso, Álvarez, *et al.* (2007) hace mención de la patología derivado del consumo de tabaco por género haciendo énfasis en que esta patología es similar, pero que en específico por género algunas son muy particulares, incluyendo dificultades en la función reproductora, ciclo menstrual, tipos de cáncer específicos en el organismo de la mujer, los efectos ante consumo de tabaco y anticonceptivos orales y efectos estéticos que pueden presentarse a largo plazo en los dientes, uñas, cabello, piel mismos que resultan mayormente importantes en el caso de las mujeres que de los hombres.

También, es de suma importancia considerar los efectos adversos en la etapa de embarazo, los daños son directos en el peso del bebé, disminuyendo hasta 200 gramos, además de los índices altos de abortos espontáneos, alta mortalidad perinatal y síndrome de muerte súbita del infante (SMSI), además de que las últimas investigaciones consideran la existencia de un aumento ante la incidencia del cáncer infantil y de defectos congénitos (Charlton; *Scientific Committee on Tobacco and Health*, como se citó en Samet, 2002).

Por el lado de las enfermedades cardiovasculares es posible que del consumo de tabaco en fumadores activos, se deriven enfermedades de las arterias coronarias, la vascular periférica aterosclerótica o aterosclerosis y la vascular cerebral (embolia), las cuales pueden dar pauta a manifestaciones clínicas del infarto en el miocardio (ataque al corazón), coagulación de sangre, dolores de pecho por falta de oxígeno, hemorragias en el cerebro, al igual que la derivación de hipertensión y colesterol elevado; cabe hacer mención que lo anterior, dependerá de la cantidad de cigarrillos fumados y la duración del hábito, de modo que su disminución o abandono total de tabaco, da pauta a reducción de estas enfermedades o niveles de riesgo (Samet, 2002).

Por otra parte, también las enfermedades respiratorias están presentes dando pauta a:

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- El enfisema

- Bronquitis crónica
- Alteraciones en las vías aéreas pequeñas o bronquiolitis
- Inclusión de compromiso cardiovascular que puede cursar con hipertensión arterial
- Morbilidad respiratoria

La EPOC es de los principales factores patogénicos debido al humo de tabaco, caracterizándose por la limitación irreversible u obstrucción del flujo aéreo debido a la inflamación de las vías aéreas, seguida de la destrucción del tejido pulmonar, vías aéreas pequeñas y arterias pulmonares (Samet, 2002; García, 2015).

Y finalmente en la parte de la morbilidad respiratoria, se agrega que aquellos fumadores activos presentan mayor probabilidad de dar pauta a infecciones respiratorias a diferencia de los no fumadores, estas pueden ir desde resfriados hasta laringitis, bronquitis o neumonía (Samet, 2002).

También el cáncer representa una de las enfermedades principales derivadas del consumo de tabaco, en los que se encuentran distintas categorías del cáncer como son: el cáncer de pulmón, cáncer laríngeo, cáncer oral, cáncer esofágico, cáncer pancreático, cáncer de riñón, cáncer de la vejiga urinaria y úlceras pépticas, puesto que estas son derivadas del efecto tóxico del humo de tabaco que induce a alteraciones en las proteínas encargadas de preservar el equilibrio en la división celular (Samet, 2002).

Al mismo tiempo, los fumadores activos presentan características que permite considerarlos como dependientes de la nicotina debido a las respuestas emitidas como aumento de concentración, sensación de placer, reducción de ansiedad, entre otras después. Esta dependencia física se da debido a que una vez pasados los 7 segundos de la ruta hacia el cerebro, la nicotina impacta directamente en las neuronas, excitándolas y generando un proceso de “memorización”, permitiendo una adaptación a las dosis posteriores de nicotina y excitándolas nuevamente, dando como resultado la dependencia nicotínica física (Teixeira, *et al.*, 2005).

Teixeira, *et al.* (2005) agregan características de los fumadores activos con dependencia física, siendo las siguientes: tolerancia, síntomas de abstinencia, deseo persistente de fumar, un gasto de tiempo considerable consumiendo u obteniendo el

tabaco y seguir fumando a pesar de conocer los riesgos para la salud, sin embargo, la principal característica notoria de una dependencia son los efectos de la abstinencia.

Aunado a lo anterior, el fumador comenzará a relacionar estímulos ambientales para llevar a cabo el acto de fumar, aunque cabe hacer mención que estos estímulos dependerán del tipo de ambientes en los que se desenvuelva la persona; a modo de ejemplo, las salas de espera, bares, restaurantes, dentro del coche conduciendo; factores emocionales como el estrés, la ansiedad, aburrimiento, soledad; o eventos sociales como fiestas, reuniones de trabajo, cócteles y encuentros con amigos, pueden ser algunos de esos estímulos que darán pauta a consumirlo debido a que al realizar ciertas conductas, se recibirá cierta dosis de nicotina (Teixeira, *et al.*, 2005).

Teixeira, *et al.* (2005) agregan que:

“la propia conducta de fumar, el reforzamiento de la nicotina, los factores ambientales, el sabor y el olor del tabaco, y el manejo de un cigarrillo en la mano, cuando ocurren conjuntamente durante mucho tiempo, se convierten en elementos agradables y consecuentemente asociados por los fumadores al consumo de tabaco” (p.1001).

Por lo tanto, gran parte de los fumadores automatizan estas conductas e incluso aumentarán de acuerdo con la cantidad de tiempo que lleva fumando, agregando que todo lo requerido para fumar este a su alcance e incluso realizar gran cantidad de “viajes” hacia áreas o ambientes para fumar, son indicios de una dependencia psicológica a la droga.

Al mismo tiempo, todas las sustancias químicas auto administradas van a presentar una “recompensa” en la parte cerebral a través de la vía dopaminérgica; una vez que se consume, esta permitirá la liberación de dopamina, en donde posteriormente será posible identificar las conductas repetitivas de autoadministración (Teixeira, *et al.*, 2005). Asimismo, estas sustancias pueden actuar como reforzadores positivos o negativos en el sistema cerebral que además, forman parte de algunas razones por las que los fumadores siguen consumiendo tabaco (Véase Tabla 1).

Tabla 1. Refuerzos positivos y negativos de la nicotina y su relación con los neurotransmisores

| Refuerzos positivos | Neurotransmisores | Refuerzos negativos | Neurotransmisores |
|-------------------------------------|--|--|---|
| Incremento de placer | Dopamina Norapinefrina Endorfina | Alivio de los síntomas del síndrome de abstinencia | Acetilcolina Cortisol |
| Facilita la ejecución de las tareas | Acetilcolina Norapinefrina | Reducción de la ansiedad, tensión y dolor | Acetilcolina Endorfina |
| Aumento de la capacidad de memoria | Acetilcolina Norapinefrina | Reducción de la ira | Dopamina Serotonina Norapinefrina |

FUENTE: Pomerleau (como se citó en Teixeira, et al., 2005)

Dicho lo anterior, algunos autores como Pomerleau, et al. (como se citaron en Teixeira, *et al.*, 2005) afirman que la mayoría de estas conductas y efectos subjetivos de la nicotina, están relacionadas con acciones neuro-reguladoras de esta sustancia con los neurotransmisores, en donde gran parte del tiempo se trata de reducir los síntomas del síndrome de abstinencia y la sensación de alivio de estos mismos.

Sin duda, el consumo de tabaco afecta de manera significativa y presentando enfermedades posteriores como se describió con anterioridad, sin embargo, uno de los agentes presentes y con consecuencias, es el fumador pasivo en donde a pesar de no consumir ningún cigarrillo en su vida, es posible que presente alguno de los efectos o enfermedades.

Fumadores pasivos

También conocido como fumador involuntario, es aquel no fumador (ex-fumador o persona que nunca ha fumado) que se expone al humo del tabaco de personas fumadoras al convivir con ellas. Además, por la cantidad de sustancias que se han encontrado en el humo de tabaco, también resultan dañinas para estas personas debido a que se encuentra presente el humo de tabaco del ambiente (HTA) (Secretaría de Salud de México, 2001; Samet, 2002).

De acuerdo con la OMS (2012), gran parte de los afectados son niños presentando efectos contraproducentes en la salud respiratoria y mayor riesgo de infecciones de vías respiratorias inferiores más severas, la otitis media, síntomas respiratorios crónicos,

asma y reducción en la velocidad del crecimiento de la función pulmonar durante la niñez.

Por el lado de los adultos, los efectos al ser fumador pasivo son enfermedad cardiovascular y respiratoria, entre ellas la cardiopatía coronaria, el cáncer de pulmón y nasal, a la par de los efectos que pueden encontrarse en recién nacidos como el síndrome de muerte súbita en el lactante y de bajo peso al nacer en el feto, entre otros.

Asimismo, los fumadores pasivos que están expuestos a una hora de humo de tabaco inhalan una cantidad equivalente de 3 o 4 cigarrillos motivo por el cual, aumenta a un 30% de contraer alguna enfermedad originada por el tabaco. A la par, es posible la existencia de residuos dejados por la nicotina, denominándolos humo de tercera mano o tabaco invisible, que contiene más de 250 productos químicos permaneciendo en la piel, las superficies de las ropas, cabellos, juguetes, paredes, pisos, cortinas, muebles y asientos de coches (Pérez, 2018).

Se ha reportado que por cada 10 muertes de fumadores que fueron activos se registran dos defunciones por ser fumador pasivo, a la par Sandoya y Bianco en el 2011 (como se citó en Pérez, 2018) el fumar pasivamente causa anualmente unas 379 mil defunciones por falla cardíacas, 165 mil por enfermedades respiratorias, 36, 900 por asma y 21, 400 por cáncer pulmonar y también en el mundo, cerca de 165 mil niños mueren antes de cumplir cinco años por infecciones en las vías respiratorias, causadas por el humo de tabaco ajeno (Delgado, 2019).

En definitiva, los efectos ante el consumo de tabaco repercuten de manera significativa y en su mayoría gravemente en la salud tanto del consumidor directo como el consumidor pasivo, de modo que resulta importante recalcar el impacto y el papel que tiene la psicología para realizar un diagnóstico adecuado y completo para guiar a una disminución o ausencia en mayor medida, de tabaco.

2.7 Diagnóstico

Anteriormente, se ha mencionado que el consumir tabaco se consideraba hábito o adicción ya que de acuerdo con Baena (2015), predominaba el modelo moral imperante, el cual indicaba era la sustancia lo que hacía que una persona siguiera consumiendo y por lo tanto ya no era un problema de fuerza de voluntad. Sin embargo, se comenzó a denominar como enfermedad el cual permitía que las personas adictas al tabaco

podieran entender la naturaleza acerca de lo que les estaba pasando y de qué manera podían dejar de consumirlo ya que, en los inicios, se consideraba que había una predisposición y que la característica principal sería la abstinencia total, de modo que se vuelve a considerar que el abandono de tabaco es a través de la voluntad propia.

Baena (2015) menciona que en la década de los 70's aparece el modelo conductual de enfermedad ante el consumo de sustancias, el cual se caracteriza en denominar que son hábitos adquiridos y por lo tanto modificables como cualquier otro patrón de conducta. Sin duda, autores como Baena (2015) resaltan que aún existe un debate en considerar al consumo de tabaco como hábito, adicción o enfermedad, pero en la actualidad se le ha dado el énfasis como enfermedad crónica por la presencia de una posible recaída que puede requerir múltiples intervenciones tanto médicas o psicológicas, o como lo es el trastorno por consumo de tabaco tal como indica el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM- V] (2016).

El DSM- V (2016) hace énfasis en que el consumo de productos derivados del tabaco guarda estrecha relación con la nicotina que contienen, la rapidez de absorción y una serie de rasgos condicionados, por ejemplo, la gratificación oral. Cabe destacar que para denominar que un individuo pueda tener trastorno por consumo de esta sustancia, debe ser aquel que consume diario, a los 30 minutos después de despertar y despertarse por la noche para fumar; al mismo tiempo, que al dejar de fumar inicie el llamado síndrome de abstinencia produciéndole ansias y a su vez induciendo al consumo nuevamente para aliviar o evitar estos síntomas de la abstinencia.

Al mismo tiempo, en el DSM-V se describen los criterios diagnósticos del trastorno por consumo de tabaco y definiéndolo como el “patrón problemático que provoca deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta por al menos dos de los siguientes hechos en un plazo de 12 meses”:

- Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado de lo previsto.
- Existe un deseo persistente o esfuerzo a fracasados de abandonar o controlar el consumo

- Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.
- Ansias, un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco
- Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, escuela u hogar (por ejemplo, interferencia en el trabajo).
- Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco (por ejemplo, discusiones por el consumo de tabaco).
- Su consumo provoca el abandono o reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico, como fumar en la cama
- Se continúa el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el tabaco.
- Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco
- Abstinencia manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco.
 - b. Se consume tabaco (o alguna sustancia similar, como la nicotina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Por otra parte, en el DSM-V (2016) es posible encontrar cuatro puntos importantes para el mismo diagnóstico ante el trastorno de consumo de tabaco:

Tabla 2. Criterios diagnósticos del trastorno por consumo de tabaco

| Especificar si: | |
|--|--|
| En remisión inicial | En remisión continuada |
| Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto por el criterio A4 “Ansias, un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco” que puede haberse cumplido). | Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (Excepto por el criterio A4 “Ansias, un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco” que puede haberse cumplido). |
| Especificar si: | |
| En terapia de mantenimiento | En un entorno controlado |
| El individuo está tomando una medicación de mantenimiento desde hace tiempo, como un sustituto de la nicotina, y no cumple ningún criterio del trastorno por consumo de tabaco para esa clase de medicación (salvo tolerancia o abstinencia de la medicación sustitutiva de la nicotina). | Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al tabaco. |

Tabla de elaboración propia

Considerando que el tabaquismo puede considerarse una enfermedad crónica, como cualquier otra requiere de una participación activa tanto por parte del paciente como del terapeuta en un proceso terapéutico adecuado, puesto que la ayuda psicológica o el uso de fármacos solo son eso, una ayuda; pero que únicamente facilita para un cambio de conducta ya que, si el paciente no realiza los esfuerzos para poder cambiar su consumo de tabaco, los anteriores ya no son necesarios (Baena, 2015).

Dicho lo anterior, para dar pauta al tratamiento de individuos que consumen tabaco se requiere de un enfoque diagnóstico correcto y el más adecuado para cada fumador el cual también sea de acuerdo a sus características y posibilidades de su medio; de acuerdo con Ramos, *et al.* (2004), Baena (2015), Ferrero (2004) y Rábade, *et al.* (2015) este diagnóstico de fundamentará de manera inicial y principal mediante una

historia clínica completa, seguido de otras pruebas e instrumentos de medición utilizados en el campo clínico de la Psicología.

2.8 Tratamientos

En gran parte de las investigaciones sobre tratamientos para cesación de tabaco, su enfoque es el clínico y ha sido de los mayormente eficaces, además del farmacológico, sin embargo, se deja de lado aquellos tratamientos que pueden implicar también una mayor efectividad como pueden ser los psicológicos en su enfoque social. De este modo, los tratamientos que se abarcarán se dividirán en los farmacológicos y psicológicos, incluyendo intervenciones sociales en este último.

Autores como Baena (2015), NIDA (2010) y Bello (2011) coinciden en la división de los tratamientos de ayuda contra el consumo de tabaquismo, así como la importancia del papel que tienen los profesionales de la salud, y también agregan que deben estar comprendidos por un tratamiento tanto farmacológico y psicosocial; algunos se mencionan a continuación:

Práctica clínica basada en la evidencia

Para Baena (2015) y Bello (2011) esta práctica, está basada en la integración de las mejores evidencias de la investigación (por relevancia y por centrarse en los pacientes) y de la clínica y a su vez, existen tres tipos de evidencias clasificadas estas son las siguientes:

- Evidencia A: requiere al menos un ensayo controlado aleatorio de alta calidad y consistencia sobre la que basar la recomendación concreta.
- Evidencia B: la evidencia proviene de al menos un estudio no completamente experimental, bien diseñado, como los estudios de cohortes o proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como los estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles. Se refiere a la situación en la que la aplicación de una intervención está fuera del control de los investigadores, pero su efecto puede evaluarse.
- Evidencia C: requiere disponer de evidencia obtenida de documentos u opiniones de comités de expertos o experiencias clínicas de autoridades de prestigio. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad.

Tratamiento de menor intensidad del tabaquismo

Dentro de este tipo de tratamiento se considera el material de autoayuda, en el que de acuerdo con Baena (2015) ha resultado eficaz a diferencia de aquellos que conllevan un placebo. A la par, Bello (2011) agrega la consejería breve de *metodología de las 5A* es específico para aquellos pacientes que quieren dejar de fumar con el fin de incitar a una mayor motivación y seguir con aquellos que ya están en cesación de consumo de tabaco ; esta metodología comprende: una averiguación acerca del consumo del paciente, además de aconsejar de manera breve y clara sobre el abandono de tabaco, acordar el tipo de intervención con base a las características de cada paciente, ayudar con un plan de acción y acompañar con el fin de dar un seguimiento. Cabe agregar que los 3 primeros puntos se consideran de menor intensidad y los últimos dos de intervención intermedia.

A la par, es indispensable considerar por medio de una planeación la duración de la intervención, número de sesiones en conjunto con su duración, qué tipo de profesional lo llevará a cabo y el formato que se usará.

Tratamiento farmacológico del tabaquismo

Este tipo de tratamiento da pauta a conseguir que un aproximado de 15% a 30% de los fumadores se mantengan abstinentes al cabo de un año y aumentando las probabilidades de éxito. Dentro de este tratamiento se encuentra: la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) considerando sus ventajas, sus características, entre otros elementos; además, también es posible encontrar las presentaciones de la terapia sustitutiva con nicotina caracterizándose por la vía de administración y presentación (Baena, 2015; Bello, 2011), algunos de estos son:

- Chicles de nicotina
- Comprimidos de nicotina para chupar
- Spray bucal
- Spray nasal de nicotina
- Inhalador bucal de nicotina
- Pastilla sublingual de nicotina
- Parche de nicotina transdérmico

Además, dentro del tratamiento farmacológico se encuentra el Bupropión de Liberación Prolongada (LP) siendo un antidepresivo que actúa inhibiendo la recaptación de noradrenalina y dopamina en áreas específicas del cerebro, permitiendo que disminuya el deseo de fumar y la vareniclina que permite el aumento de dopamina y disminuye los efectos de privación de tabaco. En ambos casos, es importante considerar los efectos que tienen sobre el organismo y sobre algunas enfermedades tanto físicas como mentales, para obtener resultados favorables ante el tratamiento (Baena, 2015) y Bello (2011).

Tratamiento psicológico del tabaquismo

Por la parte de llevar a cabo un tratamiento psicológico, en los últimos años se ha recalcado que es uno de los complementos ante un tratamiento farmacológico, aunque también puede llevarse a cabo únicamente el psicológico. En consecuencia, al ser el tabaquismo una conducta reforzante estos tratamientos se han inclinado por un enfoque cognitivo- conductual sin presentar diferencias en lo individual o grupal (Baena, 2015; Bello, 2011; NIDA, 2010), algunas de estos son:

- Técnicas aversivas
- Reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán (RGINA)
- Técnicas dirigidas al aumento y/o disminución de conductas (control de estímulos, contrato de contingencias, técnicas de refuerzo diferencial)
- Técnicas dirigidas a la reducción de ansiedad (aproximaciones sucesivas, prevención de respuestas)
- Técnicas dirigidas a la solución de problemas y el control de cogniciones (detección de pensamiento, reestructuración cognitiva, autoanálisis de motivos)
- Soporte social (intra y extra-tratamiento)
- Asesoramiento conductual individual para dejar de fumar
- Hipnoterapia
- Intervención motivacional
- Tratamiento multicomponente especializado del tabaquismo

De este modo, el llevar a cabo un tratamiento personalizado, adecuado y planeado a través de una base científica, dará pauta a mejores resultados, sin embargo, es posible encontrarse dificultades empezando por ser el tabaquismo una adicción compleja de

abandonar, va de la mano con que gran parte de los programas son de corto plazo y por ello, casi el 80% de los pacientes sufren recaídas. En consecuencia, las mismas investigaciones han agregado que si el tiempo aumenta, hay mayores probabilidades de éxito de que el paciente o un 50% de los pacientes dejen de fumar, además que con ayuda de la tecnología este tratamiento y seguimiento se puede realizar a través de internet, vía telefónica o correo, convirtiéndolos en aceptables y accesibles controlando el abandono o recaída (Baena, 2015; Bello, 2011; NIDA, 2010).

Por otro lado, autores como Ariza y Nebot (2004) mencionan en su artículo que parte de la prevención es con programas basados en evidencia, incluyendo a las intervenciones comunitarias que son la familia, medios de comunicación, publicidad así como intermediarios sociales para crear un clima social favorable a la prevención, haciendo énfasis en que estas deben aplicarse en entornos escolares y considerar la gran diversidad de factores que propician el consumo de tabaco, desde los personales, familiares, sociales, socioculturales, entre otros.

Aunado al aspecto escolar en donde Ariza y Nebot (2004), consideran que son cuatro los elementos para la eficacia de programas ante la prevención de tabaquismo, estos son: los componentes específicos de la escuela o aula escolar, los medios de comunicación social, el componente comunicativo abarcando los espacios de ocio de jóvenes y una política normativa y protección de espacios físicos de humo en el entorno. Asimismo, resaltan que parte de las acciones a realizar y fortalecer son la identificación de presiones socioculturales y desarrollo de habilidad para resistir esa presión social, además de explicar las consecuencias a corto, mediano y largo plazo del consumo de tabaco; de la mano las intervenciones comunitarias se centran en jóvenes y la familia, en donde se contemplan reuniones de los mismos y de organismos policiales y judiciales, principalmente para tratar temas como las normas sobre venta de cigarrillos de tabaco a menores.

Por su parte, Fiore et al. (como se citó en Bello *et al.*, 2009), enfatiza que el entorno familiar, social y laboral, son clave de apoyo durante el proceso de abandono de tabaco, a través de espacios libre de humo de tabaco, apoyo hacia otros fumadores que desean abandonar el tabaco o establecimiento de “socios” de apoyo; este autor recalca la baja

efectividad, sin duda pueden estar de por medio factores personales y variables como la baja empatía por lo cual no se pueden llevar a cabo, detonando su baja efectividad.

Al mismo tiempo Chávez, *et al.* (2004) menciona sobre el cuidado personal e higiene que va desde una cuestión individual , hasta lo social creando una responsabilidad compartida; este es un punto indispensable, puesto que al formar parte de la llamada “educación primordial” es posible crear una cultura de salud, cuidado y prevención de enfermedades como es el caso del tabaquismo, fomentándolo como cuidado de vida, con la debida educación y asistencia social en lo que se verá inmiscuido el sector salud y la población.

Conviene subrayar el papel del sector salud ante la epidemia de tabaquismo, si bien se tienen programas dentro de este sector para el abandono de consumo de tabaco, variables como la misma organización, objetivos, creencias u obstáculos del personal de salud, la falta de disponibilidad, el tiempo escaso, falta de atención del personal sanitario, etcétera, forman parte de estas barreras para continuar con un tratamiento psicológico o combinado adecuado, mismas barreras que han estado presentes por años y que resultaría importante abarcar como parte de ese apoyo comunitario ante este fenómeno del tabaquismo (Salvador y Ayesta, 2009).

Por otra parte, también dentro de este punto cabe mencionar a las políticas que se han establecido pero que, a pesar de contar con ellas sigue siendo el tabaquismo una de las principales causas de muerte en México y a nivel internacional. Parte de esas políticas, está el Convenio Marco Internacional para la Lucha Antitabáquica que entró en vigor desde el 27 febrero 2005, con puntos como: los aumentos de los impuestos sobre el tabaco, las prohibiciones de la promoción del tabaco, y las prohibiciones y restricciones del acto de fumar en lugares públicos en el continente americano (Peruga, 2002) y la existencia de la Ley general para el control de tabaco 2008 (2018) misma que incluye aspectos como la venta y distribución de productos de tabaco, su empaquetado, sobre la publicidad y patrocinio, entre otros, pero se realiza el especial énfasis en lo que es la participación ciudadana, incluyendo la promoción a la salud, la educación, generación de investigación científica, la promoción de los espacios 100% libres de humo de tabaco, dejando de lado más sobre la responsabilidad de cada individuo ante este

fenómeno, en donde probablemente exista la posibilidad de incluirlo en aquellos factores detonantes para la creación de un tratamiento social ante el abandono de tabaco.

Ahora bien, Calleja (2012) menciona que en México los principales organismos para la investigación sobre el consumo de tabaco y programas de prevención son: el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y los consejos estatales, el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente (INPRF), la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, el Hospital General de México, las Facultades de Medicina y de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos y los Centros de Integración Juvenil.

En particular la Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC] (2011) elaboró un programa contra el tabaquismo, incluyendo dentro de sus objetivos los tratamientos ante este fenómeno, además de un enfoque clínico y médico como tratamiento para dejar de fumar, calidad de los servicios especializados en la atención del tabaco, accesibilidad universal, seguro popular, evaluación de programas y modelos para la atención del tabaquismo, sistema de referencia – contrarreferencia, registro de establecimientos de atención para el tabaquismo, desarrollo y aplicación de guías de práctica clínica, observatorio Mexicano y Estatal en Alcohol, Tabaco y otras Drogas, capacitación y formación de recursos humanos, profesionalización y certificación de profesionales, también hace mención de aquellos con índole social como son las intervenciones familiares, la investigación básica y aplicada, la inclusión del tema de prevención y atención del consumo del tabaco y del humo de tabaco ajeno en currículos de nivel superior y reforzamiento de la educación en adolescentes por lo porcentajes en aumento que se presentan incluyendo el trabajo en jóvenes que nunca han fumado como medida de prevención en su plan del 2014 (Secretaría de Salud, 2014), mismas medidas que resultaría indispensable verificar como parte de aquellos factores detonadores para llevar a cabo un tratamiento psicológico con enfoque social.

Finalmente, es de suma importancia contemplar lo establecido por la OMS para la epidemia del tabaco en conjunto con el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) en el 2007 (OMS, 2019c) en donde la medida es denominada MPOWER con el principal objetivo de que estos criterios se lleven a cabo desde un nivel mundial, regional

y nacional, sin embargo, Brasil y Turquía son los únicos países que han llevado a cabo su implementación y ejecución a un nivel total; estas medidas son:

- (Monitor) Hacer seguimiento del consumo de tabaco y de las medidas de prevención
- (Protect) Proteger a la población del consumo de tabaco
- (Offer) Ofrecer ayuda para dejar de consumir tabaco
- (Warn) Advertir de los peligros del tabaco
- (Enforce) Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
- (Raise) Aumentar los impuestos sobre el tabaco

En definitiva, la existencia de programas, políticas, medidas a nivel mundial y nacional están presentes y elaboradas por instituciones encargadas de la promoción a la salud o prevención ante adicciones como lo es ante el tabaco, sin embargo, es de suma importancia encontrar qué es lo que hace falta para disminuir este fenómeno y epidemia de tabaquismo, qué profesionales deberían formar parte de estos tratamiento, el papel del psicólogo y de qué forma se está llevando a cabo y sobre todo, el peso que se le brinda al tratamiento psicológico desde cualquier área de la misma Psicología, incluso Becoña, *et al.* (2014) consideran estos puntos ya mencionados y recalcan que “el que no esté implantado en el sistema sanitario impide un mayor conocimiento del mismo”(p.167).

Capítulo 3. Adicción al trabajo

"Parece claro, pues, que para conocer los auténticos problemas de la industria habría que ponerse tanto en el punto de vista del empresario, como del trabajador"

Pilar Domínguez y José I. Casas

En primer instancia, cabe retomar la idea acerca del impacto que ha tenido el trabajo desde las culturas primitivas hasta la actualidad, ya que además de garantizar y cubrir las necesidades básicas, el trabajo también ha permitido al ser humano un intercambio y adquisición de creencias, valores y normas que le permiten integrarse a la sociedad (Rivera- García, 2019), además el concepto de trabajo resulta complejo de aterrizar a una sola categoría, debido a que está conformado por variables psicosociales y socio históricas de las cuales, algunas de estas variables han sufrido notables transformaciones

mientras que otras prevalecen (Zubieta, *et al.*, 2008; Salanova, *et al.*, como se citó en Luque, *et al.*, 2003).

En los diferentes acontecimientos históricos el trabajo ha tenido concepciones distintas, llegándose incluso a ver como sinónimo de esclavitud, en la Edad Media era visto como un castigo divino y alrededor del siglo XVII se empezó a considerar como un proceso de dignificación e identidad personal; el fenómeno del trabajo es un eje vertebrador y estructurador de la vida humana por cubrir gran parte del tiempo del día a día y que está presente desde la juventud hasta la jubilación, en su mayoría (Luque, *et al.*, 2003).

3.1 Definición de trabajo

Peiró (como se citó en Rivera- García, 2019) y Luque, *et al.* (2003) definen al trabajo como el conjunto de actividades realizadas por medio de herramientas o técnicas, para obtener un bien o servicio asimismo, que en este conjunto de actividades el ser humano invierte energía, habilidades, conocimientos o recursos para que sea compensando a través de lo material siendo en su mayoría monetario, y también lo psicosocial representando la identidad y el contacto social de la cual también es beneficiado, al igual que en lo psicológico con el fin de lograr uno o varios objetivos establecidos.

Aunado a ello, Salanova, *et al.* (como se citaron en Zubieta, *et al.*, 2008) agregan que el trabajo “se trata de un conjunto flexible de cogniciones que está sujeto a cambios dependiendo de las vivencias personales y los cambios contextuales” (p.59). Al mismo tiempo, las variables como edad, grado académico, lugar de procedencia, entre otras, influirán de manera significativa en la forma en que las personas entienden y definen el trabajo.

Al respecto, *The Meaning of Working International Research Team* (MOW) un equipo conformado a finales de los años 80's se interesó por plantear qué es el trabajo, de modo que lo definen como “un constructo psicológico dinámico y multidimensional, en el que tienen relevancia las creencias, experiencias de los individuos en los contextos organizacionales y el valor que ellos mismos y los grupos le atribuyen al trabajo” (p.125) (*The Meaning of Working International Research Team* [MOW], como se citó en Romero, 2017).

Por consiguiente, el trabajo es uno de los fenómenos en los que una cantidad de agentes son participes como la familia, el sistema educativo, las organizaciones laborales siendo aquellas las que transmiten e imponen el seguimiento de normas o reglas culturales, pero en donde también la cuestión personal de cada trabajador influirá en ello, por sus características, experiencias y expectativas particulares (Luque, *et al.*, 2003) en algunos de los casos generando una adicción psicológica y posteriormente la adicción al trabajo.

3.2 Adicción psicológica

Para comenzar a describir acerca de la adicción al trabajo es necesario iniciar con las adicciones psicológicas, debido a que actualmente es uno de los temas en los que se han centrado investigadores y estudios; este tipo de adicciones también son denominadas comportamentales, conductuales, no convencionales, adicciones sin drogas o sin sustancias, se trata de un conjunto de comportamientos en los que la persona que los padece le es difícil controlarlos dado que al tener la sensación de falta de control, dedican mayor tiempo a las actividades para deshacerse de la sensación de no estarlas realizando como se debe (Salas, 2014).

De modo inicial, se pretende que por voluntad propia estos sean controlados o a su vez que al desarrollar estos comportamientos le genere bienestar, sin embargo, con el tiempo los comportamientos ocuparán gran parte de su tiempo más de lo que las personas consideren conveniente, ya que requieren de una “necesidad” la cual hay que satisfacer (Salas, 2014). Por lo tanto, la satisfacción de esta necesidad no tiene el contexto ni tiempo en el que se lleva a cabo, siendo también los principales motivos por los cuales se dejan actividades esenciales como comer, dormir, etcétera. Aunado con lo anterior Cruzado, *et al.* (como se citó en Salas, 2014) sostiene que:

Existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas (...) Cualquier comportamiento normal placentero es susceptible de convertirse en una conducta adictiva si el paciente pierde el control cuando desarrolla una actividad determinada, continúa con ella a pesar de las consecuencias adversas, muestra una dependencia cada vez mayor de esa conducta, que está

precipitada por un sentimiento que puede oscilar desde un deseo moderado hasta una obsesión intensa, sufre síndrome de abstinencia si no puede practicarla y, por último, pierde interés por otro tipo de conductas que previamente le resultaban satisfactorias. (p. 98)

A la par, resulta importante centrarse en la actualidad y en aquellos factores que pueden formar parte de una adicción psicológica o comportamental, Salas (2014) menciona que la gran parte de niños y adolescentes desde edades tempranas desarrolla una adicción como pueden ser a los videojuegos, internet o redes sociales, en donde al crecer estas también estarán presentes y repercutirá en un ámbito laboral, de forma que su horario laboral se verá interrumpido por el uso de los mismos, descuidando actividades laborales, presentando dificultades con compañeros, alta rotación, hasta pérdida del empleo, además de en otros entornos como relaciones familiares o de amistad, haciendo notar el alejamiento afectivo y la conflictividad del adicto sea notorio y en mayor medida problemático.

Otro rasgo por resaltar sobre las adicciones comportamentales es que al igual que el abuso de sustancias, estas influyen en el ámbito tanto personal de quien la padece como en su entorno. El problema está creciendo a una velocidad tal que, en ciertas urbes algunos de estos comportamientos considerados adictivos, ya se consideran como problemas sociales y de salud, frente a los cuales el Estado tiene responsabilidad. De acuerdo con Salas (2014) entre los efectos a mencionar son:

- *Alteraciones de tipo personal:* dentro de estas alteraciones se encuentran de tipo cognitivo, en donde la persona presenta pensamientos mágicos, negativos o distorsionados que no le permite reconocer su problema y que crea que no podrá resolverlo por su parte ni con ayuda de las demás personas.

También dentro de las de tipo personal, las alteraciones fisiológicas se hacen presentes como malestar en general, dolor muscular, estrés, cansancio, ansiedad, entre otros.

Y finalmente, también la presencia de alteraciones emocionales representadas como cambios de humor, agresividad, baja autoestima, irritabilidad, culpa, el

tiempo que se invierte en la adicción y además la idea de crearse que la persona produce problemas, por mencionar algunos.

- *Alteraciones en su entorno:* presencia de conflictos familiares, falta de comunicación, con la pareja, en el ámbito laboral con la falta de cumplimiento de tareas, relación inadecuada con compañeros, bajo rendimiento laboral ausentismo, entre otros.
- *Alteraciones en las relaciones sociales:* pérdida de interés en relaciones sociales, reuniones, aislamiento.
- *Relación con factores psicológicos y de personalidad:* distanciamiento social, baja autoestima (presentar baja autoestima está relacionado de manera significativa y es un predictor para la adquisición de una adicción psicológica, también).

En definitiva, este tipo de adicciones comportamentales también son denominadas, conductuales, no convencionales, sin droga o sustancia, no tóxica, entre otras; de tal forma, que como se mencionó con anterioridad, no sólo se verán afectados aquellos que presenten una adicción, sino el mismo entorno en donde se encuentren, como en un entorno laboral derivándose del mismo, la adicción al trabajo.

3.3 Adicción al trabajo

Por lo que se refiere a la adicción al trabajo, ha sido uno de los fenómenos relativamente recientes dentro de algunos estudios, a causa de que ha representado al sinónimo de la acción de trabajar, incluso cuando se tiene la oportunidad de descansar (Moriano, 2012). Autores como Del Líbano, *et al.* (2006) también concuerdan en que es relativamente reciente y parte de sus antecedentes datan del año 1968, cuando un profesor americano mencionó el problema que tenía con el trabajo comparándola con el alcoholismo. Más tarde Wayne Oates en 1971, determinó en su libro el término "*Workaholism*" para el cual este era definido como "como una necesidad excesiva e incontrolable de trabajar incesantemente que afecta a la salud, a la felicidad y a las relaciones personales del adicto". (p. 1).

En la definición de adicción al trabajo se añade que es una implicación excesiva, progresiva y desadaptativa a la actividad laboral y la pérdida de control de la misma. Vega y Moyano (como se citaron en Salas, 2014) y Del Líbano, *et al.*, (2006) mencionan que se ha operacionalizado a través de distintos criterios para identificarlo como el

trabajar alrededor de 50 horas semanales, otros consideran que es un compromiso irracional y excesivo de trabajo con la incapacidad de contar con actividades de ocio o distracción, el esfuerzo mayor ante sus superiores, además de un daño excesivo psicosocial por los síntomas de estrés y malestar psicológico.

A pesar de las aportaciones a la investigación de la adicción al trabajo, aún es visible el bajo consenso acerca del establecimiento de una sola definición de esta variable; no obstante, Salanova, *et al.* (como se citó en Aristimuño, 2016) destacan que en la mayoría de las definiciones se pueden extraer elementos clave y a su vez permitirán la aclaración y mayor entendimiento del mismo, estos son:

- Exceso de tiempo dedicado al trabajo
- Exigencia de trabajar con tanta intensidad autoimpuesta por la propia persona y no por factores externos
- Deterioro de otras variables vitales de la persona para el desarrollo de la patología, como el descuido de su vida fuera del trabajo.

Dicho lo anterior, la identificación de puntos clave para la definición de adicción al trabajo permite a la par el establecimiento de dimensiones, las cuales son funcionales para la identificación de esta variable, dado que no es un concepto psicológico unitario (Del Líbano, *et al.*, 2006; Aristimuño, 2016), estas son divididas en:

- *Cognitivo- conductuales*: en donde los principales síntomas son la obsesión o necesidad de trabajar, conductas de trabajo compulsivas permitiendo una reducción de malestar por dicha obsesión, culpabilidad sino se realizan estas tareas, gran cantidad de trabajo excesivo ligadas también a la realización de tareas correspondientes a otros y al mismo tiempo el conflicto entre compañeros, necesidad de controlar las actividades y dificultad para delegar, además de la autovalorización, brindando mayor importancia a los resultados obtenidos que al proceso de realización de tareas. Con relación a esta dimensión, también es posible encontrar “el trabajo extra”, siendo causante de no llevar a cabo actividades de ocio o recreativas y finalmente en conjunto con todo lo anterior, la negación del problema.
- *Fisiológicas*: la presencia de altos niveles de ansiedad en caso de no estar realizando las tareas del ámbito laboral, pudiendo presentarse tanto dentro de

como fuera del mismo, a la par estos niveles aumentan de acuerdo a las metas que se auto imponen a cumplir en determinado tiempo y de acuerdo a la cantidad de trabajo.

Por su parte dentro de la investigación de la adicción al trabajo, han existido diferentes visiones sobre lo que conlleva la adicción al trabajo, algunos autores rescatan que se ha tenido una visión dirigida a lo positivo que, a lo negativo, pero algunos como Salanova, *et al.*, (2008) y Colín y Simon (2014) mencionan lo contrario, y autores como Serrano- Fernández (2014) mantienen la idea de que puede verse desde ambas visiones:

- La primera visión va dirigida a los beneficios que la organización tiene al contar con personal que tenga características como trabajar más, entregar trabajos en determinada fecha sin importar lo demás entre otros; además de que esta visión estará determinada en mayor medida por el aspecto social, en donde la persona trabajará para lograr una imagen de sí mismo acorde al contexto, existencia de presión laboral y estar presente en la competitividad del mercado global.
- Por el lado de la visión negativa, se dirige a ver al fenómeno como una enfermedad progresiva y fatal que enmascara un rasgo positivo de la cultura, además de las dificultades desde el ámbito individual como problemas de salud y comunicación, social, laboral y familiar caracterizados por malas relaciones y desestructuraciones en las mismas.

Y finalmente Serrano- Fernández (2014) agrega ambas visiones a causa de que con la combinación de determinadas características como es la personalidad o el compromiso dentro de la organización se puede desencadenar adicción al trabajo, presentando consecuencias positivas y negativas según sea el caso.

En efecto, al abordar las visiones acerca de la adicción al trabajo algunos de los enfoques que dan pauta a ello son de índole social, laboral, además del individual, los cuales formarán parte del establecimiento de creencias.

Por consiguiente, ¿cómo es posible identificar a una persona que puede estar presentando adicción al trabajo? Es importante hacer mención de algunas señales y perfil que han creado algunos autores para responder a este tipo de preguntas.

3.3.1 Señales de alarma y perfil del adicto al trabajo

Con base a lo establecido por Robinson (como se citó en Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998) es posible establecer algunas señales de alarma que pueden desencadenar un perfil de adicción al trabajo, entre ellas se encuentran:

- Prisa constante y ocupación continua: caracterizado por aquellas personas con un sentimiento constante de urgencia de tiempo, además de estar implicado en mínimo dos o tres tareas simultáneamente y rechazar actividades con poca productividad.
- Necesidad de control: la rigidez de pensamiento lleva a planear y organizar excesivamente todo lo que acontece de forma que todo sea predecible y controlable.
- Perfeccionismo: el miedo al fracaso impone un control estricto, un alto nivel de exigencia a intolerancia a los errores.
- Dificultades en las relaciones personales: por estar inmersos constantemente en tareas del trabajo las relaciones interpersonales quedan fuera y se ven como pérdida de tiempo.
- Embriaguez de trabajo: etapas que se dan como un tipo de resaca, después de una sobreimplicación se presenta un agotamiento patológico y es necesario un descanso físico y mental.
- Dificultad para relajarse y divertirse: de igual forma que las relaciones interpersonales, estas son vistas como pérdida de tiempo y en el caso de llevar a cabo lecturas, son relacionadas al ámbito laboral.
- Pérdidas parciales de memoria: son resultado de agotamiento y la realización de diversas tareas al mismo tiempo, además de cierto olvido a eventos importantes.
- Impaciencia e irritabilidad: consecuencia de la carga de trabajo y se encuentran constantemente en este estado.
- Déficit de autoestima: el presentar niveles deficientes genera ansiedad a la obtención de logros, logra aumentar, pero de únicamente de manera transitoria
- Inatención a las necesidades de salud: frecuentes las enfermedades físicas como tabaquismo, obesidad, consumo de alcohol, hipertensión además del descuido de

necesidades personales de salud como el comer a las horas, descanso regular, chequeos periódicos, entre otros.

Al mencionar algunos de estos puntos, ha permitido que las investigaciones aumenten y den pauta a la creación de un perfil de una persona que pueda caracterizar por tener adicción al trabajo, en donde a la par algunos psicólogos del área de las organizaciones comienzan a realizar intervenciones a modo de prevención o cambio dentro del ambiente laboral.

Al mismo tiempo, Del Líbano, *et al.* (2006) destacan que, al considerar las características personales y laborales, es posible crear el perfil del adicto al trabajo, comenzando con la característica que tiene toda adicción siendo la negación propia de lo que le está sucediendo a esa persona, en conjunto con la justificación del exceso de trabajo ante sus familiares y mismos jefes. Asimismo, se caracteriza por una modificación de información ante las situaciones y sus compañeros con el fin de asegurar una necesidad continua de trabajo creando conflictos entre compañeros debido a la ocultación de información, incapacidad de delegar, baja comunicación y que al momento de trabajar en equipo este resulte complejo.

Otro rasgo derivado de la modificación de información, también se agrega la necesidad de controlar cada una de las actividades a su cargo y la necesidad de estar continuamente trabajando, además de considerar en mayor medida aquellas amenazas para el cumplimiento de sus logros. Una de las mayores consecuencias ante ello es el dominio excesivo al realizar las tareas, puesto que da pauta a estresores grupales como es la falta de cohesión, frustración o clima desequilibrado ya que se ha reportado que es posible que las personas con adicción al trabajo asuman actividades que no corresponden con su puesto laboral, generando conflicto de rol y posteriormente impacto en el rendimiento de algunos trabajadores y después a nivel organización (Del Líbano, *et al.*, 2006)

Por otro lado, gran parte de las investigaciones han demostrado que la presencia de niveles altos de compromiso con la empresa da pauta al surgimiento de la adicción, debido a que para ellos no importa nada más que su trabajo y toda gira en torno al mismo. Sin duda, agregan que la adicción no se desarrolla sólo en el ámbito laboral, sino que las personas suelen llevarse trabajo a casa, denominado "Trabajo extra", trabajar durante

periodos vacacionales o incluso enfermos, al grado de que aun y sin realizar tareas físicas del propio trabajo se esté pensando constantemente en temas laborales (Del Líbano, *et al.*, 2006).

En conjunto, sus hábitos laborales exceden lo prescrito de manera cuantitativa como es el exceso de carga de trabajo y también de manera cualitativa como el exceso de demandas en sus habilidades y competencias, estas aumentan de manera significativa al grado de desbordarse por las tareas que debe asumir; además, aquellas personas que presentan las características antes mencionadas, suelen tener problemas de salud al grado de que al estar sometidos a niveles altos de estrés y enfermedad, les es difícil recuperarse de sus esfuerzos continuos y excesivos (Del Líbano, *et al.*, 2006).

También al estar la mayor parte en su ámbito laboral, cumplir con las tareas asignadas, además de crear en ocasiones otras para justificar su trabajo, forman parte de las características dejando en segundo plano a las relaciones interpersonales, como pueden ser las relaciones familiares y matrimoniales (Del Líbano, *et al.*, 2006).

Moriano (2012), destaca que es de suma importancia subrayar que la adicción al trabajo es debido a una compulsión o necesidad interna y no a causa de factores externos, laborales o sociales únicamente; aunque al momento de estudiar este fenómeno, es necesario considerarlos. Por su parte Sandoval, *et al.* (2019) enfatizan que la adicción al trabajo al ser considerado un riesgo psicosocial emergente no está enfocado a las características del propio individuo, sino dirigido a una condición estructural por la forma en cómo se planea, organiza, ejecuta y hasta se evalúa el desempeño del trabajo.

Por consiguiente, el significado del trabajo siempre se determinará de acuerdo con las condiciones en donde al mismo tiempo, estas estarán en continuo cambio de acuerdo a lo histórico, social, psicológico y económico del contexto (Romero, 2017). A la par Luque, *et al.* (2003) agregan tendencias que se estarán presentando en el mercado laboral como el mercado dual, es decir, aquellos que trabajan en exceso y los que precariamente trabajan, que trae consigo bajos niveles de integración social y bienestar psicológico con efectos contrarios a los que se espera.

Asimismo la aparición de trabajos que requieren mayor preparación técnica y relacional, tareas más amplias y complejas que exigen mayor responsabilidad además de los cambios turbulentos en general que sean poco predecibles, trayendo consecuencias

de primera magnitud sobre las cuales hasta el momento solo se podría especular y conforme se avance, centrarse en la población vulnerable como son los más jóvenes y los mayores (Luque, *et al.*, 2003); por tanto, con los cambios y medidas establecidos puede haber un efecto en la cuestión psicosocial de los empleados puesto que, al haber demandas de velocidad y precisión, existe un aumento de presión sobre las personas produciendo efectos desfavorables en su salud mental y física.

3.4 Creencias hacia el trabajo

Como parte del trabajo en conjunto de las áreas social y del trabajo y las organizaciones en Psicología, resulta importante conocer uno de los factores inmersos en el entorno laboral, estas son las creencias, mismas es indispensable conocer y estudiar para identificar las repercusiones que tienen dentro de un ámbito laboral (Luque, *et al.*, 2003).

Autores como Blanch (como se citó en Álvaro, *et al.*, 1996) plantea que existen funciones del trabajo y que son abordadas en el concepto de este, éstas son:

- *Económica*: enfocado al factor en los cuales se producen, distribuyen y consumen los bienes y servicios necesarios para la supervivencia.
- *Sociopolítica*: referido a las variables social y político, permitiendo el desarrollo óptimo en las personas, además de contar con el derecho a trabajar y el deber de hacerlo.
- *Psicosocial*: engloba las percepciones y comportamientos de una persona con el fin de que sean compartidos para dar sentido a la vida, además de los acontecimientos ocurridos por y en el trabajo.

Las funciones del trabajo están determinadas por las condiciones sociales, históricas y culturales donde se realiza, además de que posee un cierto valor y sentido según el lugar donde se lleve a cabo, de aquí la importancia de conocer qué propósitos, qué sentido y qué creencias le son atribuidas (Zubieta, *et al.*, como se citó en Rivera-García, 2019).

En el trabajo de Rivera- García (2019) se retoma el concepto de cultura para dar pauta a la unión entre trabajo y creencias puesto que estas últimas se desprenden de la cultura, así como otros elementos tales como las tradiciones, estilos de vida, normas, valores que se transmiten de generación en generación pero que también forman parte

de los sucesos históricos del lugar determinado llevándolas a cabo para darles un significado a todas las actividades realizadas.

Ejemplo de ello, Cruz- Martínez (como se citó en Rivera- García, 2019) menciona aquellas características aparentemente sobresalientes de la cultura mexicana, identificando a sus integrantes como fiesteros, solidarios, machistas, patriotas, borrachos, delincuentes, ingeniosos, entre otros, pero que también se caracterizan por ser trabajadores aún y con la existencia de prejuicios negativos ante el trabajo, como bien pueden ser anteponer fiestas o actividades para evitar trabajar.

De lo anterior surge la importancia del estudio de sus creencias hacia el trabajo debido a que, como se ha venido abordando gran parte de los factores personales, sociales y del mismo ambiente laboral influirán de manera determinante en la organización en la que este inmerso cada individuo, dicho de otro modo, al conocer sus creencias, se conocerá una gama de información que permitirá explicar de mejor manera el fenómeno del trabajo y el cómo cada individuo se desenvolverá en un organización a la par con otras personas, las creencias son importantes debido a que forman parte de una verdad subjetiva que cada individuo establece (Díaz- Loving, et al., como se citó en Rivera- García, 2019).

3.4.1 Tipos de creencias hacia el trabajo

A partir de la consideración de la cultura, existen algunos tipos de creencias hacia el trabajo en la que distintos autores explican en qué consisten, de qué forma éstas son influenciadas por factores externos y la importancia de considerarlas dentro de un ambiente laboral. Ante ello, García y Dolan (como se citó en Chiang, et al., 2014) mencionan que las creencias se plantean en torno a dos culturas, la cultura de control y la cultura de desarrollo:

- **Cultura de control:** se caracteriza por el pensamiento racional el cual predominó desde inicios de la Revolución Industrial hasta finales del siglo XX, está basado en controlar el rendimiento más que potenciarlo, reducir costes más que crear ideas e incluso producir más que vender.
- **Cultura de desarrollo:** iniciando con Hawthorne en su investigación de Western Electric Company, destacando la creencia de que la productividad iba a influir en variables no solo materiales o económicas, sino también en el rendimiento,

pertenencia de grupo, liderazgo, entre otros, es decir, un aumento a la consideración del recurso humano e inicio del desarrollo organizacional.

Con lo anterior, autores como Chiang, et al. (2014) y Salazar, et al. (2018) mencionan que McGregor en 1969 planteó las teorías X y, las cuales son uno de los principales ejes para determinar que hay distintos tipos de creencias. La teoría X hace referencia a una dirección rígida y tradicional además de que considera que el ser humano ve al trabajo como repugnante y por ello lo evita; cabe hacer mención que la teoría X se asemeja a la creencia de una cultura de control; en cuanto a la teoría Y, presenta un enfoque más progresista en donde considera que el ser humano no le disgusta trabajar, representa una fuente de satisfacción y además es de manera voluntaria; asimismo está estrechamente relacionada con la creencia de la cultura de desarrollo.

Por su parte, Dakduk y Torres (como se citaron en Rivera- García, 2019) mencionan que el concepto de trabajo y la relación con las creencias, son abordadas a través de 4 ejes:

1. La conceptualización que realizan las personas respecto a lo tangible, como salario, horarios o espacio físico, de manera que se percibe el trabajo como una actividad de cambio para obtener un beneficio.
2. La percepción del trabajo como actividad social, permitiendo que el ser humano represente un sentido de pertenencia, así como la aportación que hace un grupo social con lo anterior, se espera que forme su identidad y confiere en la estructura de vida, además de compartir las experiencias y aprendizajes que obtendrá en el proceso de socialización al trabajar con otros.
3. Esta aborda la concepción del trabajo como una carga excesiva con esfuerzos físicos y mentales en la que se está obligado a cumplir.
4. Y en esta última, se tiene la concepción del trabajo como un deber en el que se está obligado a cumplir, pero el cual limita el goce de actividades de ocio valorando más las actividades productivas que se realizan, por el trabajo.

También, Zubieta, *et al.* (2008) menciona que existen dos componentes esenciales en el significado del trabajo:

- Creencias: resultante de un proceso cognitivo de la manera en cómo se identifica el ser humano con el trabajo, viéndolo como actividad y percepciones del *self*, auto imagen y el compromiso con el mismo.
- Orientación/ decisión: centrada en la jerarquización que le dan las personas al trabajo, con base a otras esferas de la vida y también de acuerdo con la importancia de cada una de modo que también el significado que le dan al trabajo es un continuo cambio.

Por su parte Peiró y Prieto (como se citó en Rivera- García, 2019) mencionan que las creencias hacia el trabajo están determinadas por las necesidades y expectativas que tanto el mismo individuo y en su proceso de socialización se forme. A su vez, agregan que existen dos tipos de concepción sobre las creencias en el trabajo: el trabajo como obligación y el trabajo como derecho:

- El trabajo como obligación: se refiere a las obligaciones que las personas tienen socialmente respecto al trabajo, en donde tuviera que ser visto como independiente, ofrece un funcionamiento de la sociedad además de que ofrece seguridad por medio del ahorro. Asimismo, el autor agrega concepciones usuales respecto a este punto “es la obligación de cada persona contribuir a la sociedad con el trabajo”, “las personas deberían de ahorrar gran parte de su dinero para emergencias futuras” y “el trabajo debe ser realizado correctamente sin importar que este sea monótono o aburrido”, partiendo de esto, las personas que se encuentran en este tipo de creencias, se caracterizan por despreciar aquello que es ajeno respecto su concepto de trabajo de modo que, son personas afines a realizar tareas difíciles, con la mayor velocidad y resultados posibles, buscando su propia autorrealización, cumplimiento de metas, tienden a producir más, buscan el éxito y también que se les reconozca lo bien que hacen su trabajo.
- El trabajo como derecho: se caracteriza por la conceptualización acerca de que cualquier persona, tiene el derecho a un trabajo digno, interesante, donde sea participe en las decisiones y exista un crecimiento profesional constante; esta percepción permite que las personas consideren igual de importantes la cuestión familiar y actividades de ocio, y ver al trabajo como un medio para lograr ese equilibrio.

De la misma forma y centrándose en la relación constante y predominante del ser humano con el trabajo, autores como Noguera (como se citó en Rivera- García, 2019) rescata que las creencias acerca del trabajo se pueden dividir en tres formas:

- La creencia de que el trabajo es una actividad digna de realizar, fuente de todo bien y progreso de la sociedad o bien, que también se puede encontrar la creencia de que este es despreciable e indigno.
- La segunda, es la creencia a considerar que el trabajo es una actividad de la cual se obtienen compensaciones físicas o personales, tales como realización personal y autonomía.
- Y, por último, el enfoque de que el trabajo es únicamente una forma de obtener ingreso económico pero que ayudará al crecimiento y desarrollo de una sociedad.

Otra de las aportaciones, es de los autores Pérez, et al. (como se citaron en Rivera- García, 2019) en donde indican que existen dos posturas para estudiar las creencias sobre el trabajo: la primera es aquella concepción con enfoque cognitivo y afectivo que cada individuo le otorga, y la segunda postura es la evaluación que realiza de las personas respecto a las otras áreas de su vida cotidiana.

Por su parte, Álvaro, et al. (como se citó en Rivera- García, 2019) destacan que parte de la formulación de las creencias formadas hacia el trabajo también son continuos bipolares agregando maldición- bendición, esclavitud- emancipación y alienación- realización y que transforma su vida dándole un enfoque de castigo, vocación, deber, valor de cambio o uso, instrumental o final que por supuesto repercutirá en gran medida en su entorno y desempeño laboral.

Autores como Gini y Pérez- Pérez (como se citaron en Rivera- García, 2019) coinciden en que la creencia que prevalece es con una connotación negativa ante el trabajo, viéndolo más como obligación, incluyendo el desgaste, una opción para alcanzar la felicidad dejando de lado otras opciones a realizar, pero que a la par de ese exceso de esfuerzo, se compensa con el perfeccionamiento, la responsabilidad y capacidad de potencializar cada una de las actividades establecidas.

En términos generales, resulta importante conocer y considerar qué creencia se tiene acerca del trabajo puesto que, estas se formarán de acuerdo a la sociedad y cultura misma en la que se encuentre el individuo, además de poder identificar si percibe la

actividad de trabajo como derecho o como obligación conforme a los objetivos que se persigan, que sin duda formará parte de la formación de identidad y estructurador de la vida personal y social de los individuos (Zubieta, et al. 2008).

3.4.2 Sistema de creencias hacia el trabajo

En cuanto a la parte de un sistema de creencias, la principal aportación fue de Max Weber en 1994, quien asoció los valores con las creencias de la ética protestante al desarrollo del capitalismo, en el cual el trabajo presentaba una carga significativa en la vida de las personas. La Ética Protestante del Trabajo (EPT) es un sistema de creencias abarcando constructos multidimensionales desde la vida social, política y económica en donde si bien el trabajo está de por medio, pero no es el punto principal por la consideración de los constructos antes mencionados (Furnham; Salanova, et al., como se citaron en Zubieta, et al., 2008).

Además, la EPT se ha asociado en mayor medida a la forma de percibir el trabajo como obligación, puesto que recalcan que los adultos deben realizarse como personas a través del trabajo, planteando las bases de una motivación de logro y autorrealización que estimulan el trabajo duro. Asimismo, también abarca componentes psicológicos como autoritarismo, agresión, sumisión autoritaria, obediencia, valores humanos como seguridad, etcétera (Furnham; Salanova, et al., como se citaron en Zubieta, et al., 2008).

Furnham, es uno de los autores que ha sistematizado estos componentes psicológicos y resalta que una de las características principales de las personas con EPT es el de la realización (logro), mostrada a través de la necesidad de ser especialista, manipular u organizar objetos físicos, hacer las cosas rápidamente y tan independientemente como sea posible (Salanova, et al., como se citó en Zubieta, *et al.*, 2008).

Como resultado de contar con una inclinación a EPT, está asociado a culpar a las mismas personas por el desempleo, a estar mayormente en desacuerdo en subsidios y mostrando actitudes más negativas hacia los pobres, además de estar estrechamente relacionado con políticas conservadoras y competitividad (Furnham; Donald, como se citaron en Zubieta, et al. 2008).

De modo que, una vez conociendo los antecedentes, definiciones, algunas categorías de las creencias y sistemas de creencias hacia el trabajo, permite definirlo

como un conjunto de percepciones aprendidas dentro de la organización y entre sus miembros, puesto que de acuerdo con este sistema es como cada uno de ellos actuará e interpretará los hechos de modo particular (Rivera- García, 2019).

Por otro lado, la relación que la gente tiene con su trabajo y las dificultades que ésta pueda provocar, han sido reconocidas como un fenómeno significativo para la salud de los trabajadores de esta época, de modo que para comprender las enfermedades que surgen en el marco de las organizaciones, es de suma importancia identificar y caracterizar aquellas creencias que fomentan la aparición de estas patologías (Chiang, *et al.*, 2014; Salazar, *et al.*, 2018; Polo, *et al.*, 2015), tal como es el caso de la adicción al trabajo.

3.5 Creencias hacia la adicción al trabajo

Como se ha venido mencionando, en el fenómeno del trabajo resulta importante considerar diversos enfoques por el cual puede verse influido, uno de ellos es el individual; sin duda, algunos de los puntos clave y dimensiones anteriormente descritas mencionaron parte de lo que se puede encontrar en este enfoque pero, también algunas de las creencias que se pueden presentar son las demandas exageradas de desempeño, la desmedida aprobación de compañeros, temor a equivocarse, excesiva necesidad de control, incluso sostienen y justifican sobre sí mismos la presión que sus jefes puedan ejercer sobre ellos en la creencias de que así evitarán regaños, reproches, amenazas o críticas y también son incapaces de dirigir su propio trabajo debido a la carga excesiva, además de que prefieren hacerlo todo y al mismo tiempo (Castillo y Gómez, como se citaron en Muñoz y Marín, 2017; Ballesteros, *et al.*, 2003).

Aunado a lo anterior, otra de las creencias presentes ante este fenómeno, es la consideración de que las personas con personalidad tipo A son adictas al trabajo; si bien se caracterizan por perfeccionistas, trabajadores, suelen trabajar solos, estar apurados de un lado a otro, les cuesta trabajo delegar, además de que son propensos al desarrollo de mayo estrés o ataques cardíacos, resulta importante hacer una gran diferenciación en aquellas personas entre quien es extremadamente trabajador y quien padece una adicción al trabajo, puesto que estos últimos suelen caracterizarse por la dificultad de “desenchufarse” o tomar precauciones necesarias para su salud (Ballesteros, *et al.*, 2003).

No obstante, en la cuestión del ámbito laboral es posible también encontrar creencias hacia la adicción al trabajo; una de las principales es la señalada por Villavicencio- Ayub (como se citó en Pérez, 2016) explicando que las empresas mexicanas han fomentado y premiado la creencia de que aquel “buen empleado”, es aquel que se queda horas extras a trabajar y el que trabaja mayor parte del tiempo dejando de lado el verdadero concepto de lo que es la productividad, siendo esta el cumplir con la carga de trabajo en tiempo y forma, llegando incluso a confundirlo. En suma, agrega que la gran parte de las empresas etiquetadas como tóxicas, están lejos de considerar que la adicción al trabajo sea un problema incluso considerando que, si se promueven algún tipo de beneficio para sus trabajadores, la productividad disminuirá y se verán afectados (Villavicencio- Ayub, como se citó en López, 2017).

Del mismo modo, la investigadora de la UNAM Villavicencio- Ayub (como se citó en López, 2017), decide hacer mención de lo siguiente:

“Si sales a tu hora los ejecutivos te ven mal y suponen que no estás comprometido con la empresa. Es tiempo de que los dueños de empresas y administradores de recursos humanos se den cuenta de que esa creencia lleva a trastornos. Si se sigue poniendo en práctica, tarde o temprano se presentará el presentismo o aburrimiento laboral –otro trastorno- y finalmente la adicción al trabajo, que lejos de beneficiar, acarrear afecciones tanto a los individuos como a las empresas”, concluye (Villavicencio- Ayub, párr. 25).

Además, la creencia en el ámbito laboral de que algunos directivos consideren un rasgo de éxito el no tener tiempo de salir a comer, ni ratos de ocio o vida familiar, el hecho de que el descanso y las vacaciones sean momentos que solo disfrutarán cuando se jubilen y por otro lado si tienen empleados bajo su responsabilidad, considerar a aquellos que sigan estas mismas directrices puesto que serán determinados buenos empleados y merecedores de promocionar (Castañeda, como se citó en Moriano, 2012).

Igualmente, Rodríguez (s/f b) agrega algunas de las creencias también presentes en personas con adicción al trabajo, permitiendo identificarlas a través de los siguientes puntos:

- **Importancia del trabajo:** Por ejemplo, “Pienso que sería un inútil si no trabajara” o “antes el trabajo que la familia”.
- **Disposición a aceptar nuevas tareas:** Por ejemplo, “Debo hacer cosas que detesto o que no se ajustan a mi contenido de trabajo, para cumplir con las exigencias de mis jefes”.
- **Manejo del tiempo libre:** Por ejemplo, “No tengo tiempo para descansar” o “es mejor estar solo en la oficina cuando todos se marchan”.
- **Distorsiones cognitivas:** Por ejemplo, “En mi trabajo lo más importante es la aprobación y reconocimiento de mis jefes”.

Con estos enfoques que pueden formar creencias hacia la adicción del trabajo, el aspecto social va significativamente ligado a los anteriores puesto que socialmente, se ha considerado que la dedicación excesiva a trabajar es sinónimo de responsabilidad y será o es una persona que alcanzará el éxito y el poder, tal como se exige; además algunos de los autores consideran que resulta positivo este fenómeno ya que proporciona estabilidad económica y satisfacción personal, en conjunto de generar la creencia de que el trabajo se dirigirá a la fascinación y sobresalto, por encima del cumplimiento de los objetivos laborales verdaderos (Machlowitz, *et al.*, como se citaron en Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998; Moriano, 2012).

Y otro aspecto ha sido el uso de tecnología atribuyendo que gracias a ella, se puede estar conectado en cualquier momento y lugar, haciendo ver a la persona que está disponible en todo momento para su trabajo por lo que cada vez resulta más común el uso de aparatos que permiten el trabajo en movilidad por ejemplo ultrabooks, tablets, smartphones, etcétera y por tanto, seguir enganchado incluso desde la playa en vacaciones (Moriano, 2012; Salanova, et al., 2008).

Dicho lo anterior, gran parte de los factores afectarán de manera determinada a la salud mental en los que se pueda determinar efectos secundarios en el trabajador y que requieren a su vez de una promoción o intervención dentro de su ámbito laboral.

Capítulo 4. Salud mental. Implicaciones en la adicción al trabajo y el tabaquismo

*La concentración exclusiva en el trabajo hace que se incremente la probabilidad de exponerse a peligros físicos y psicológicos.
-Del Líbano, Llorens, Schaufeli y Salanova.*

4.1 Salud mental

Definir lo que es la Salud Mental en las personas, resulta complejo, debido a que este concepto está determinado por diversos factores que van desde los sociales, ambientales, biológicos hasta los psicológicos; cabe resaltar que es más que la ausencia de trastornos mentales puesto que es parte de la salud integral, ya que sin esta, no hay salud mental (Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social, s/f).

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018); la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión [INCyTU] (2018) y MedLine Plus (2019) agregan que la salud mental es un estado de bienestar en que la persona realiza sus capacidades, es capaz de hacer frente al estrés de la vida cotidiana, de trabajar de manera productiva, contribuir a su comunidad, contar con un bienestar personal, independencia, aceptación de la capacidad de crecimiento y realización a nivel emocional e intelectual; además la salud mental será clave no solo para el individuo, sino también para las comunidades y sociedad en las que se encuentra presente en cada una de las etapas de la vida desde la niñez hasta la vejez, de aquí la importancia de la promoción, protección y el restablecimiento que se verá reflejada en los escenarios antes mencionados.

Por lo anterior, resulta necesario establecer programas o lineamientos en donde se involucre la salud mental y a su vez, se trabaje en conjunto con el ámbito en el cual estén inmersos los individuos; es así que algunas instituciones han fomentado la promoción y protección de la misma.

4.1.1 Promoción y protección de la salud mental

Como forma de promoción a la salud mental (INCyTU, 2018) es necesario crear acciones para promover entornos y estilos de vida saludables en donde tendrán un papel importante ya que, si dentro de estos no hay una promoción ni protección de salud

mental será difícil mantenerla. Asimismo, no sólo es necesario intervenir u ocuparse de los trastornos mentales, sino que también incorporarlo dentro de instituciones gubernamentales y no gubernamentales a modo de promoción y a su vez, la intervención de sectores educativos, de trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, la vivienda o asistencia social.

Algunas formas concretas de promoción pueden ser en los siguientes escenarios:

- Intervenciones en la infancia precoz: creación de entorno estable que atienda las necesidades en su desarrollo físico, mental, social y emocional además de protección ante amenazas y oportunidades de aprendizaje.
- Apoyo a niños y jóvenes a través de programas de desarrollo
- Creación de actividades en el ámbito escolar
- La emancipación económica de la mujer
- Apoyo social a las poblaciones geriátricas
- Programas dirigidos a grupos vulnerables
- Políticas de vivienda para su mejora
- Reducción de pobreza y protección social de los pobres
- Intervenciones en el trabajo como prevención de estrés

Por mencionar algunos.

Dicho lo anterior, al existir distintos escenarios en donde la salud mental se verá determinada por múltiples factores, también se mencionan aquellos factores que permiten una salud mental adecuada o por el lado contrario, factores de riesgo que reducen la misma y en ocasiones la detonación de trastornos mentales (INCyTU, 2018).

Por el lado de los factores protectores se encuentran los siguientes (INCyTU, 2018):

- **Individuales:** Alimentación adecuada, cercanía o apego a la familia, logros escolares, autocontrol, habilidades sociales, optimismo, creencias morales, valores, autoestima.
- **Familiares:** Padres que proveen cuidado y ayuda, armonía familiar, familia segura y estable, relaciones de apoyo, normas y moral sólida en la familia, comunicación afectiva, y expresión emocional.

- **Escolares:** Sentimiento de pertenencia, clima escolar positivo, grupo de pares pro-social, colaboración y apoyo, oportunidades de éxito y reconocimiento de logros, reglas de la escuela en contra de la violencia.
- **Sociales:** Relación cercana con una persona significativa (compañero(a)/mentor), oferta de oportunidades en momentos críticos o en cambios importantes, seguridad económica, buena salud física, acceso al mercado laboral, vivienda digna.

Y por su parte, los factores de riesgo a considerar también son los siguientes (INCyTU, 2018):

- **Individuales:** Componentes genéticos, daño cerebral prenatal, nacimiento prematuro, daño al nacer, desnutrición al nacer, discapacidad física e intelectual, salud deficiente en la infancia, falta de vínculos afectivos estables, enfermedad crónica, habilidades sociales deficientes, autoestima baja, aislamiento, impulsividad.
- **Familiares:** Madre adolescente, padre o madre solteros, familia numerosa, modelos con rol antisocial, violencia familiar, familia disfuncional, divorcio o separación, negligencia con el cuidado del niño, experiencias de rechazo; padres en situación de desempleo prolongado, abuso de sustancias y/o con problemas mentales.
- **Escolares:** Peleas/riñas, carencia de vínculos afectivos en la escuela (amigos y maestros), manejo inadecuado de la conducta, fracaso o deserción escolar, cambios de escuela, relaciones insatisfactorias, falta de expectativas, expectativas falsas.
- **Sociales:** Desventaja socioeconómica, discriminación social y cultural, violencia y criminalidad en la zona de vivienda, condiciones inadecuadas de la vivienda, falta de servicios de apoyo como transporte y lugares de recreo, aislamiento social.
- **Eventos:** Abuso físico, sexual y emocional, muerte de un familiar, enfermedad, desempleo, falta de hogar, encarcelamiento, pobreza, accidentes de trabajo, responsabilidad en el cuidado de un enfermo o discapacitado, guerra, violencia o desastres naturales.

Por otro lado, al considerar la importancia que tiene la salud mental en la comunidad y sociedad en la que se desarrolla, permite observar que dentro de los determinantes sociales es posible encontrar la influencia que tiene la cultura, las creencias y sistema de creencias. Estas influirán en los procesos cognitivos, en interacciones sociales y del mismo modo en la salud, generando categorías de identidad y prácticas sociales que ponen en desventaja ciertos grupos, influyen en los sistemas de interpretación que pueden agravar o mitigar riesgos, median la efectividad de las intervenciones de manera individual y poblacional y finalmente, estructuran las definiciones, los valores, prioridades de bienestar y otros resultados positivos de salud (Rodríguez- Yunta, 2016).

De este modo, la forma en que se viven las creencias y los sistemas de creencias puede influir de forma sanadora, puede ayudar a recuperarse y a adaptarse para vivir con cierta enfermedad mental o, por el contrario, el deterioro de la salud mental (Rodríguez- Yunta, 2016) como bien puede ser en el ámbito laboral.

4.2 Salud mental en el trabajo

La detección, promoción o tratamiento de la salud mental en el ámbito laboral es tarea compleja, debido a que, está influenciada por factores personales, organizacionales, socioculturales y el mismo estigma que se tiene sobre el tema. Asimismo, al estar estrechamente relacionado con la salud en general, es clave para desempeñar las actividades laborales correspondientes que influirán de manera positiva o negativa (Mingote, *et al.*, 2011).

De modo que, Mingote, *et al.* (2011) rescatan que hay tres efectos básicos entre la salud mental y trabajo, siendo estos:

- Los efectos de las condiciones de trabajo (o desempleo) sobre la salud mental
- Los efectos de la enfermedad mental sobre el desempeño laboral
- Los efectos de otros factores como son variables individuales, estatus marital, hijos en el hogar, origen sociocultural, etcétera, que deben ser considerados simultáneamente.

A la par, autores como Luque, *et al.* (2003) agregan que existen implicaciones psicosociales tanto positivas como negativas, en donde dependen de la naturaleza del

mismo y del entorno en donde se esté desarrollando. Dentro de las implicaciones positivas se mencionan:

- Se caracteriza por tener una implicación integrativa o significativa permitiendo que cada uno de los individuos pueda realizarse, dar sentido a sus vidas y ser creativas.
- Puede proporcionar estatus o prestigio social
- Constituye la fuente importante de identidad personal y social, de modo que la forma en que las personas logran verse a sí mismos y cómo los ven los demás, determinará la manera en cómo será visto en el trabajo.
- Implicaciones en lo económico para sustento y obtención de bienes
- Es fuente de oportunidades para el desarrollo de habilidades y capacidades
- Permite la transmisión de normas, creencias y expectativas sociales lo cual da pauta a un ambiente socializador.

Y por el lado de las implicaciones negativas, algunas de las positivas solo basta revertir sus efectos, pero también una de ellas es que es disfuncional y frustrante si rompe con las expectativas del individuo, puesto que pueden enfrentarse a ambientes laborales con actividades repetitivas, el ambiente humillante, monótono y sin dar pauta a un crecimiento personal que cause efectos desfavorables en él.

No obstante, aunque el trabajo ha permitido mantener un equilibrio en la vida de las personas, este se encuentra relacionado con condiciones que pueden ser causas o agravantes en la salud mental de los trabajadores, como son el medio ambiente material, medio ambiente psicológico y medio ambiente socioeconómico, los cuales suelen actuar de forma acumulativa y negativa siendo objeto de estudio en la Psicología del trabajo.

La consideración de la salud mental de los trabajadores comienza a tomar importancia hasta el año de 1990 aproximadamente, cuando se dio pauta a que el recurso humano era fundamental y era más que un simple recurso material de las organizaciones, pero a la par esta área de la Psicología también representa un gran papel en el impacto de la integridad mental de la gente trabajadora a costa de sus actividades laborales, las cuales repercutirán de manera constante en las relaciones con compañeros, familiares y más cercanos afectivamente (Sandoval, *et al.*, 2017).

A pesar de los beneficios e implicaciones positivas que pueda generar el trabajo, también a lo largo de la historia de la humanidad ha ido cambiando el concepto y adaptándose a las circunstancias sociales, políticas, económicas, entre otras; de modo que Sandoval, *et al.* (2017), han permitido conocer parte de los antecedentes y mencionar que el trabajo ha implicado la animalización del ser humano y en pleno siglo XXI todavía existen los casos de la llamada esclavitud, es así que el trabajo enferma el cuerpo, altera la mentalidad de la gente y ha sido causa de muerte de millones de hombres y mujeres.

En definitiva, a todo lo anterior se le ha denominado psicopatología del trabajo, de la salud mental y trabajo además de abarcar aspectos positivos y negativos a los cuales está sometido el ser humano en un ámbito laboral conocidos como factores psicosociales en el trabajo y riesgo psicosociales (Sandoval, *et al.*, 2017).

4.2.1 Factores psicosociales en el trabajo

Gran parte de los aspectos mentales y subjetivos fueron en su mayoría considerados en el ámbito laboral, además el inicio de la preocupación por los factores psicosociales se empezó a dar de manera generalizada en el mundo en el año 1950 a partir de la primera reunión del Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS), cuando al dar la definición de los objetivos de la medicina del trabajo se presentó la necesidad de mantener a los trabajadores en actividades que correspondieran a sus capacidades fisiológicas y psicológicas (Sandoval, *et al.*, 2017).

Desde 1950 a 1982, fue posible hacer notorio el impacto que tenía el trabajo en los individuos y una mayor preocupación por parte de las organizaciones encargadas, las cuales brindaron soluciones pero aún su eficacia estaba escasa, debido a que apenas era el inicio en el estudio de los factores psicosociales. Pero es en 1983, cuando el comité mixto OMS/OIT en su novena reunión de medicina del trabajo realizada en Ginebra, identifica que el asunto de los factores psicosociales en el trabajo ya era un problema y estaba aumentando rápidamente, por lo cual había que atenderlo de manera decidida (Sandoval, *et al.*, 2017).

Como resultado de esa reunión, en 1986 se publica el Informe del Comité Mixto OIT/OMS “Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención”,

que permitió el inicio de investigaciones de diferentes disciplinas, en particular la Psicología para indagar sobre qué son, cómo se evalúan, cómo hay que actuar ante ellos y efectos tanto positivos como negativos (Sandoval, *et al.*, 2017).

Sandoval, *et al.* (2017) afirman que la consolidación acerca del estudio de los factores psicosociales en el trabajo fue en el siglo XXI a partir de la extensa cantidad de publicaciones con temas como el estrés laboral, acoso psicológico en el trabajo (*mobbing*), síndrome del trabajador quemado (*burnout*), carga de trabajo, la relación trabajo – familia, entre otros.

En México, sus antecedentes de estudio han sido desde los años 70 's, pero es en apenas años recientes que autoridades laborales en el país comenzaron a brindar una mayor consideración por los factores psicosociales en el trabajo. Uno de los claros ejemplos, es la NOM-035 aprobada en el año 2017 (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2018) la cual abarca su identificación, análisis y prevención de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo y son definidos como:

Aquellos que pueden provocar trastornos de ansiedad, no orgánicos del ciclo sueño-vigilia y de estrés grave y de adaptación, derivado de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, el tipo de jornada de trabajo y la exposición a acontecimientos traumáticos severos o a actos de violencia laboral al trabajador, por el trabajo desarrollado.

Comprenden las condiciones peligrosas e inseguras en el ambiente de trabajo; las cargas de trabajo cuando exceden la capacidad del trabajador; la falta de control sobre el trabajo (posibilidad de influir en la organización y desarrollo del trabajo cuando el proceso lo permite); las jornadas de trabajo superiores a las previstas en la Ley Federal del Trabajo, rotación de turnos que incluyan turno nocturno y turno nocturno sin períodos de recuperación y descanso; interferencia en la relación trabajo-familia, y el liderazgo negativo y las relaciones negativas en el trabajo. [DOF, párr. 13]

Como parte de los factores de riesgo psicosocial engloba, las condiciones peligrosas o insalubres del lugar de trabajo en donde se exige un esfuerzo adicional para

adaptación por parte de los trabajadores, a la par se encuentra la carga laboral, incluyendo las exigencias que el trabajo impone al trabajador excediendo sus capacidades tanto cuantitativas como aquellas inconsistentes o contradictorias. También la falta de control sobre el trabajo relacionado a la posibilidad que tiene el trabajador para influir y tomar decisiones en la realización de actividades y al ser inexistentes o escasos en un entorno laboral, conlleva a considerarlo como factor de riesgo, es considerado debido a que limita al trabajador en la toma de decisiones y cómo estas pueden influir en sus actividades laborales; además la jornada de trabajo y la rotación de turnos que exceden con lo establecido por la Ley Federal del Trabajo se convierten en riesgos laborales, puesto que afectarán su salud de manera temprana, ejemplo de ello las extensas jornadas laborales, la frecuente rotación de turnos o turnos nocturnos, sin descansos y sin medidas de protección ni prevención para sus trabajadores. Asimismo la denominada interferencia en la relación trabajo- familia, cuando se atienden a la par cuestiones laborales en el tiempo dedicado al ámbito familiar o personal así como fuera del trabajo, causando un conflicto por la interferencia incluyendo el trabajo fuera del horario laboral; también uno de los factores es el liderazgo negativo o relaciones negativas en el trabajo, enfocado a la conducta agresiva o impositiva principalmente entre el patrón y sus representantes o trabajadores, influyendo en la forma de trabajar, la existencia de la falta de claridad en actividades y el caso o nulo reconocimiento del desempeño. Finalmente, la violencia laboral abarca tres tipos principales el acoso o acoso psicológico incluyendo aquellos actos que dañan y repercuten en la estabilidad psicológica, la personalidad, la dignidad o integridad del trabajador, tales como el descrédito, humillaciones, hostigamiento, indiferencia, comparaciones destructivas, entre otras. También el hostigamiento enfatizando en el ejercicio del poder en una relación de subordinados expresado en conductas físicas, verbales o ambas, y por último los malos tratos, caracterizándose por actos tales como insultos, burlas, humillaciones y/o ridiculizaciones presentándose de manera continua y persistente hacia los trabajadores (más de una vez o diferentes ocasiones (DOF, 2018).

A la par, autores como Juárez- García (2017) enfatizan que el concepto de factores psicosociales aún no es claro debido a las ambigüedades, concepciones, confusiones terminológicas e incluso vacíos teóricos, sin embargo, lo que aportan es una propuesta

de concepto a través de una reflexión sobre las definiciones ya proporcionadas por otros, definiéndolos como “estresores o tensionantes de las condiciones de trabajo (derivados de la interacción entre los hechos sociales de la actividad laboral y el individuo) que influyen en el proceso salud-enfermedad de forma positiva o negativa”.

De igual manera, Juárez- García (2017) menciona que es importante rescatar los factores psicosociales “del” trabajo y “en el” trabajo, a pesar de que ambos términos se enfocan en el mismo concepto, existe una diferencia respecto a aquellos que surgen o su origen primario es el trabajo como las relaciones entre compañeros, y por su parte aquellos que sean “en el” trabajo, puede ser cualquier fenómeno dado fuera del ámbito laboral, como lo es la intervención trabajo- familia.

Como parte de las medidas de prevención e intervención la NOM-035-STPS-2018, “Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención” agrega algunos criterios para cada factor y cómo se deben presentar en un entorno laboral favorable, se espera que las organizaciones apliquen medidas eficaces para promover la salud mental en el trabajo y por ende, aumentar la productividad; cabe agregar la consideración de instrumentos para la evaluación de factores psicosociales en el trabajo, tanto proporcionados por la norma y por su lado, la elaboración junto con su validación (DOF, 2018; OMS, 2019d).

En definitiva, en la actualidad no solo es indispensable referirse a los factores psicosociales o riesgos psicosociales como también se conocen, sino que también incluir a los riesgos psicosociales emergentes los cuales se formarán por aquellos cambios en la esfera económica, política, social, tecnológica y que además irán en aumento (Sandoval, *et al.*, 2019).

4.2.2 Riesgos psicosociales emergentes

La noción de una posible presencia de riesgos psicosociales emergentes, parte de aquellas investigaciones realizadas enfocadas a los riesgos psicosociales y expertos encargados en dicho estudio, hacen su aparición en el año 2007, año en que se publicó el Observatorio Europeo de Riesgos, los cuales representaban a trece Estados de la Unión Europea, a Estados Unidos de América y a la OIT, permitiendo la identificación por su prevalencia, efectos sobre la salud y seguridad, las acciones preventivas e investigaciones futuras (Sandoval, *et al.*, 2019).

Una vez establecido lo anterior, Sandoval, et al. (2019) y Brocal (2016) coinciden y definen a los riesgos psicosociales emergentes como todo aquel riesgo que es “nuevo” y que “va en aumento”; lo nuevo, hace énfasis en aquellos riesgos que ya existían pero que aspectos como tecnología, nuevos lugares de trabajo, cambios sociales u organizacionales, la misma globalización, los convierten en problema, y por el lado de que se considera en aumento, es por el número de situaciones en peligro y que el riesgo es cada vez mayor, el nivel de exposición o número de trabajadores expuestos aumenta y los efectos en la salud empeoran por la gravedad que representan estos riesgos.

Al estar inmersa la globalización sobre el trabajo, esta abarca parte de la denominada precarización laboral caracterizándose por:

empleos temporales, inseguros e inestables que no reconocen la antigüedad laboral; diversas formas de contratación, por hora, a destajo, a prueba, por capacitación, no colectiva y outsourcing; no sindicalización, ausencia de prestaciones; la informalidad como patrón dominante, trabajo por turnos y el uso, desarrollo y masificación de nuevas tecnologías para implementar el teletrabajo también llamado home-office. (Sandoval, et al., 2019) (p.37).

Una vez establecido algunas de las características que son posibles de encontrar en el ámbito laboral, se encuentran dos tipos de clasificaciones respecto a los síndromes psicosociales: el primero va enfocado a aquellos que ya han sido estudiados además de que cuentan con suficiente evidencia empírica lo que permite teorizar sobre ellos y que están instalados en el espectro de las afectaciones al bienestar integral de los trabajadores, como son el burnout, la fatiga y el *mobbing* o acoso laboral (Sandoval, *et al.*, 2019).

Y por otro lado los llamados emergentes, porque la evidencia empírica sobre su incidencia y prevalencia en los escenarios laborales sigue siendo escasa por tanto, no hay suficiente conocimiento sobre sus causas, características, determinaciones y consecuencias en torno al bienestar de los trabajadores e incluso su conceptualización teórica adolece de uniformidad, repercutiendo en las estrategias de intervención para su debida y certera atención; en esta última clasificación, es posible encontrar a la adicción al trabajo (Sandoval, *et al.*, 2019).

A la par, la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (*European Agency for Safety and Health at Work*) EU-OSHA) como se citó en Brocal (2016) agrega los principales riesgos nuevos y emergentes (*New and Emerging Risks, NER*), los cuales son: físicos, químicos, biológicos y los psicológicos. Estos últimos, se caracterizan por contemplar los empleos precarios en un contexto de mercado laboral inestable, incremento de vulnerabilidad hacia los trabajadores por la globalización, nuevas formas de contratación laboral caracterizándose por ser precaria contando con tareas laborales con mayor riesgo y menos capacitación repercutiendo en el aumento de estrés y ansiedad del trabajador, sensación de inseguridad en el puesto de trabajo, envejecimiento de la población activa convirtiendo a esta población en vulnerable a una mayor carga mental y emocional, jornadas de trabajo prolongadas, intensificación del trabajo que conlleva a que en los campos competitivos se presente temor ante las evaluaciones con mayor detenimiento generando que trabajen más con tal de cumplir sus tareas pero no existe una compensación, además de una excesiva exigencia emocional en el trabajo, desequilibrio entre la vida personal y laboral, entre otros; haciendo énfasis en que esta clasificación aún no es posible distinguirla de los factores de riesgo psicosocial, planteando nuevos retos con la investigación científica en este tema (Brocal, 2016).

En Europa el reconocimiento de los riesgos psicosociales emergentes es ya una realidad asumida, habría que tener cierta cautela al pretender analizarlos, pues se puede caer en la tentación de solamente observarlos como desafíos, simplemente como una “reestructuración” del mundo del trabajo, o “nuevos retos para las organizaciones y para los trabajadores” (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (como se citó en (Sandoval, *et al.*, 2019), dejando de lado las consecuencias en salud en general que conlleva.

Es así, que dentro de un ámbito laboral hay que considerar el surgimiento y presencia tanto de factores de riesgo psicosocial como los riesgos psicosociales emergentes, puesto que no solo repercutirán en este, sino en el trabajador, su salud mental, entre otros; de modo que Fernández- Montalvo y Echeburúa (1998), hacen hincapié en que incluso la adicción al trabajo puede ir de la mano con alguna adicción química, como es el alcoholismo o en este caso específico, el tabaquismo.

4.3 Salud Mental y Tabaquismo

Factores como el ambiente laboral, la organización de procesos productivos, insatisfacción laboral, estrés, jornadas extensas de trabajo, trabajo por turnos rotativos, inestabilidad laboral, conflictividad laboral, presión de trabajo, excesiva carga laboral, tareas poco estimulantes que llevan al aburrimiento, la contradicción entre las órdenes de jefes, entre otros, son algunos de los factores causantes del consumo de cualquier droga (Cesar- Neffa, 2015).

El consumo de drogas facilita las relaciones sociales en el ambiente laboral, ayuda a recuperar el estado de ánimo en situaciones difíciles de los trabajadores, desinhiben o animan, aumentan la confianza en sí mismos, reducen la tensión, relajan e incrementan la creatividad ayudando a superar el aburrimiento y soledad (Cesar- Neffa, 2015).

Al existir este tipo de factores dentro del entorno de un trabajador, estos repercutirán en la salud en general, traerán consecuencias que incluso pueden dar pauta a un despido y a su vez influir en ámbitos social, familiar e individual, aumentando su drogodependencia y trayendo a la par consecuencias en la Salud Mental (Aziz y Zickar, como se citaron en Cesar- Neffa, 2015).

En el caso de la relación de la Salud mental con el tabaquismo, como se mencionó en el capítulo de tabaquismo, la nicotina es una de las drogas más adictivas que existe además de la cocaína y heroína (Trebilcock y Paz- Corvalán, 2018), trayendo efectos placenteros que permiten percibirse como un aparente aumento de concentración, mejora de la ejecución psicomotora, alerta, reducción de tensión y ansiedad (Rodríguez, *et al.*, 2008).

No obstante a pesar de los efectos aparentemente positivos que se puedan presentar en población en general, el consumo de tabaco repercute de manera distinta en aquellos pacientes con diagnóstico de enfermedad mental, puesto que tienen mayor prevalencia de tabaquismo, son más adictos a la nicotina, tienen menos probabilidades de abandonar su consumo, inhalan más profundamente el humo de tabaco e incluso, fallecen entre 10 y 20 años antes que aquellos sin patología psiquiátrica, sin dejar de lado que si se padece alguna de estas enfermedades, su evolución se complica cuando se consumen cigarrillos de tabaco (Trebilcock y Paz- Corvalán, 2018).

Se sabe que muchos de los fumadores que padecen algún trastorno mental, consumen tabaco tanto en situaciones de baja o alta activación, como para tratar sus síntomas psicopatológicos y los personales. Es así que la nicotina puede actuar de un modo estimulante cuando los fumadores experimentan un nivel de activación bajo (por ejemplo, cuando están fatigados) pero actúa de modo tranquilizante cuando experimentan un nivel de activación alto (por ejemplo, cuando están ansiosos) (Becoña y Míguez, 2004).

Aunado a ello, las enfermedades psiquiátricas más relevantes y que están relacionadas de manera proporcional con la dependencia tabáquica son:

- Depresión
- Trastornos de ansiedad
- Bulimia y anorexia
- Trastorno bipolar
- Esquizofrenia
- Trastorno de déficit de atención con hiperactividad

Callejas, *et al.*, (2015) y Becoña y Míguez (2004) mencionan y coinciden en estas principales, además de hacer especial énfasis en que es necesario el tratamiento farmacológico y conductual a la par para poder lograr el éxito en el abandono de consumo de tabaco.

Tabaquismo y depresión

En específico, aquellas personas que presentan un diagnóstico de depresión mayor con relación al consumo de tabaco tienen mayor prevalencia de consumirlo, también mayor prevalencia de intentos fallidos para dejar de fumar e incluso si su consumo es regular, se ha reportado una frecuencia mayor en presentar un episodio de depresión al menos una vez en su vida; y a su vez, aquellos que son considerados como dependientes del tabaco presentan más casos de depresión mayor en comparación con las personas que son fumadores pero no dependientes (Rodríguez, *et al.*, 2008).

Cabe mencionar que autores como Rodríguez, *et al.*, (2008) y Becoña y Míguez (2004) coinciden en que el consumo de tabaco trae beneficios para los síntomas de depresión, aminorando la gravedad del trastorno e incluso considerándolo como

antidepresivo natural, aunque no sería recomendable la utilización de la nicotina de este modo, por sus efectos negativos en la salud.

Tabaquismo y Ansiedad

La prevalencia del tabaquismo en personas que padecen algún trastorno de ansiedad es mayor a diferencia de la población en general, además pueden presentar mayores síntomas del síndrome de abstinencia (Callejas, *et al.*, 2015; Becoña y Míguez, 2004). Y a la par los estudios que abordan Becoña y Míguez (2004) permiten llegar a conclusiones como la relación que hay entre el consumo de tabaco y ansiedad, a la par que los trastornos de ansiedad durante la adolescencia no repercutían en el inicio de consumo de tabaco aunque, el fumar 20 cigarrillos o más, si daba pauta a padecer distintos trastornos de ansiedad en la adultez temprana y del mismo modo, en sus estudios existen las afirmaciones de que fumar es placentero y relajante, entre otros resultados.

Tabaquismo y Esquizofrenia

Las personas diagnosticadas con esquizofrenia también presentan mayor prevalencia de consumo de tabaco, sin embargo, su consumo es debido a la disminución que genera ante los antipsicóticos y en los síntomas psiquiátricos, con lo anterior da pauta a considerarlos como uno de los grupos con mayor fracaso en el abandono de consumo de tabaco, aunque una disminución en la misma se puede convertir en uno de los mayores logros de las personas que padecen esquizofrenia (Callejas, *et al.*, 2015; Becoña y Míguez, 2004).

Tabaquismo y Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

En cuanto a la relación entre tabaquismo y TDAH, se han encontrado resultados que permitan concluir que el fumar durante el embarazo, presenta mayor probabilidad de que surja TDAH, en conjunto aquellas personas que tienen TDAH se puede derivar un trastorno bipolar y aumenta su probabilidad cuando se consume tabaco.

A pesar de los efectos que conlleva el tabaco, en personas que padecen TDAH presenta efectos “favorables” ante el incremento de atención y la disminución ante los síntomas de TDAH, sin embargo, a pesar de estos efectos también conlleva al incremento de una dependencia al tabaco son dejar de lado el daño a la salud física (Becoña y Míguez, 2004).

Las personas con enfermedades mentales están a la par con la población en general que intentan dejar de fumar, sin embargo, las barreras durante el ingreso a un

tratamiento de abandono son mayores puesto que en estudios anteriores, mencionaban que los síntomas de enfermedades mentales aumentaban durante este proceso de abandono, pero más recientemente se refutó, puesto que no empeoran los síntomas, sino que mejoran durante este proceso (Trebilcock y Paz- Corvalán, 2018; Callejas, *et al.*, 2015).

En definitiva, durante un tratamiento para disminuir el consumo de tabaco o abandono es de suma importancia considerar factores psicológicos como biológicos, puesto que de estos dependerán los resultados; sin dejar de lado la consideración del factor social como uno de los roles principales ante la epidemia del tabaquismo (Trebilcock, 2017).

Capítulo 5. Estado del arte

En la Ciencia la única verdad sagrada, es que no hay verdades sagradas. -Carl Sagan-

El estudio de la categoría psicosocial de creencias ha dado pauta a la relación con otras variables que repercuten de manera significativa en el ser humano y por ello, demostrarlo a través de investigación científica ha sido de suma importancia para conocer de modo exhaustivo qué creen las personas sobre cierto fenómeno, cómo funcionan, cómo se forman, debido a que las creencias estarán presentes en las personas en todo momento.

Dicho lo anterior, se realizará una revisión que permitirá comprender el tema de creencias hacia el tabaquismo; investigaciones sobre la adicción al trabajo; investigaciones y panorama sobre la salud mental en México y finalmente, algunas de las estadísticas acerca del consumo de tabaco en los estados de México y Tlaxcala.

5.1 Investigaciones sobre creencias hacia el tabaquismo

Las investigaciones acerca del tema de creencias hacia tabaquismo, cuenta con diversas aplicaciones predominando la población joven, además de presentar una breve explicación de aquellos factores que pueden detonar dicho fenómeno en aumento, las consecuencias ante su consumo y la flexibilidad para relacionar con otras variables como son aquellas en el ámbito laboral.

Al consumo de tabaco se le ha denominado una epidemia a nivel mundial, generado por diversos factores como personales, entre pares de iguales, por pertenecer a un grupo, por la publicidad, a través del cine, pero la familia es de los principales

factores, ya que el neumólogo Nández (como se citó en Universidad Autónoma de Nuevo León, 2019) en la nota nombrada *“Jóvenes lideran estadística de fumadores en México”* asegura que el tabaquismo desde edades tempranas, genera un condicionamiento psicológico a estar conectado con el cigarrillo; un niño al notar que miembros de la familia cercanos como padres, hermanos o tíos lo consumen, entiende que si lo hacen es porque está permitido, además que al comprarlo o venderlo creerán que no es nocivo, cuando evidentemente no es así (Delgado, 2019) tal como se mencionó en la nota *“Casi 60 mil muertes al año por el tabaco”*.

El estudio de Cardero- Quevedo, *et al.* (2004) titulado *“Tabaquismo: creencias, actitudes y prácticas en niños escolarizados”* permite identificar algunas creencias relacionadas al tabaquismo en Cuba en 837 niños y niñas entre 8 y 10 años de edad de 3er y 4º grado, las cuales se pudieron medir través de un cuestionario de preguntas sencillas, hacia dicho fenómeno. Se encontró, que en al menos 435 viviendas (52%) se consumía cigarrillo de tabaco, también 446 de los niños (54.3 %) creen que fumar era algo malo, 38 % creen que dañaba la salud, además de ser peligroso para la vida de la persona que fuma y la de otros a su alrededor. Aunado a ello, 390 (46.6%) niños de 3er grado creen que fumar produce enfermedades, 10 lo negaron (1.2 %) y 19 afirmaron no saber (2.3 %); a diferencia de los niños de 4º año, 409 (48.9 %) expresaron que si, 2 que no (0.2 %) y 7 que no sabían (0.8 %).

Asimismo, acerca de la valoración hacia las personas que fuman el 56.1% de los niños creen que los fumadores hacen algo malo y por lo tanto deben cambiar su actitud; 336 estudiantes (42.2 %) relacionaron el consumo de tabaco con la aparición de enfermedades e incluso con la muerte, sin embargo, 19 de ellos (2.3 %) no creían nada acerca de estas personas y solo 1 estimaba que eran buenas.

Para concluir, se confirma que el ambiente familiar es uno de los principales y que influye notablemente en que el consumo de tabaco se inicie a edades tempranas, a pesar de que gran parte de la muestra conoce los efectos y creen que es malo fumar, también lo han experimentado; a su vez, los pares de iguales influyen de manera significativa, puesto que 134 niños que confirmaron que tenía al menos un “amiguito o amiguita” que fumaba y 7.5% de ellos ya había probado cigarrillos de tabaco, mientras también un 3.1% lo había hecho a escondidas. De este modo, no basta con solo brindarles la información

acerca de los efectos nocivos a la salud, sino realizar una estrategia educativa completa que involucre a padres e hijos para disminuir el consumo o prevenir este mismo (Cardero- Quevedo, *et al.*, 2004).

Por su parte García- García, *et al.* (2014) en el trabajo titulado "*Prevalencia y creencias en relación al consumo de tabaco en población universitaria*", realizan un estudio para determinar la prevalencia y las creencias hacia el consumo de tabaco con una muestra de 218 alumnos universitarios en el estado de Tamaulipas a través del Cuestionario de creencias sobre los efectos del tabaco (CCET), consta de 17 preguntas divididas en 9 preguntas hacia daños a la salud (contras) y 8 preguntas en beneficios (pros) hacia el consumo de tabaco, dicha escala cuenta con cuatro opciones de respuesta que son: muy en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), de acuerdo (3) y muy de acuerdo (4).

Con base a los resultados obtenidos, las creencias favorables (pros) hacia el consumo de tabaco, la mayoría de los participantes están en desacuerdo respecto a los beneficios en pros del consumo de tabaco, lo cual pudiera estar indicando el mínimo factor de riesgo presente en los participantes, también están en desacuerdo que el tabaco quita el sueño y que ayuda a inspirarse para estudiar (García- García, *et al.*, 2014). Y por su parte, aquellas creencias desfavorables (contras) para el consumo de tabaco presentaron altos porcentajes hacia las barreras con las que cuentan, cómo es que el tabaco provoca cáncer y afecta directamente a los pulmones y al corazón.

Dicho lo anterior, en este estudio se pudo determinar que los resultados de la muestra seleccionada son alentadores, agregando que adoptan una actitud positiva hacia su salud reflejado en estilos de vida saludables y no se les considera vulnerable hacia el consumo de tabaco (García- García, *et al.*, 2014).

Medina- Fernández, *et al.*, (2017) realizan la investigación "*Creencias y conocimientos de estudiantes de Coahuila hacia el cuidado del consumidor de drogas lícitas*" en 141 estudiantes universitarios de enfermería en el estado de Coahuila, con el fin de encontrar cuales son los conocimientos y creencias hacia el consumidor de alcohol y tabaco, resaltando que uno de los criterios para formar parte de la muestra, era que hayan realizado prácticas hospitalarias, debido a la cercanía en un campo laboral. Dichas creencias y conocimientos fueron medidas a través de la escala denominada Formación

en Enfermería en Educación de Alcohol y drogas (Nursing Education in Alcohol and Drugs Education) (NEADA, traducida al español), con un Alpha de Cronbach de 0.70.

Como resultados obtenidos sobre las creencias, se obtuvo que el 70.2% (99) creen que los usuarios que consumen alcohol y tabaco deben ser tratados por especialistas de esa área y el 17.7% (25) menciona que le es indiferente. También, el 80% (113) de los estudiantes están en desacuerdo en creer que una persona que depende del alcohol y tabaco no puede ser ayudada hasta que toca fondo, por otra parte, el 73.8% (104) estudiantes creen que es importante saber distinguir entre los usuarios que consumen alcohol de los que consumen tabaco, además el 9.9% (14) considera que el uso diario de alcohol y de tabaco no es necesariamente dañino mientras que el 80.1% (113) creen lo contrario (Medina- Fernández, *et al.*, 2017).

Asimismo, el 80.1% (113) cree que el diagnóstico oportuno de alcoholismo y tabaquismo mejora la oportunidad de éxito en el tratamiento, mientras que el 9.9% (14) está en total desacuerdo; por su parte el 46.8% (66) cree que los dependientes de alcohol y tabaco no pueden controlarse y que cuando ellos beben una vez un trago tienen que continuar bebiendo o continuar fumando, el 34% (48) está en total desacuerdo con esta creencia y el 19.1% (27) le es indiferente (Medina- Fernández, *et al.*, 2017).

Del mismo modo, al cuestionarles si existe diferencia entre los que beben mucho y fuman mucho y alguien que es alcohólico y dependiente del tabaco, el 42.6% (60) están en desacuerdo con dicha creencia, el 33.3% (47) está de acuerdo, y los demás indiferente y finalmente, el 71.6% (101) considera adecuada su educación sobre el alcoholismo y dependencia al tabaco, el 10.6% (15) no la considera adecuada y el 17.7% (25) le es indiferente su educación sobre dicha enfermedad (Medina- Fernández, *et al.*, 2017).

Para finalizar, la correlación entre conocimientos en esta muestra de universitarios y sus creencias resultó positiva y significativa al nivel de 0.01 ($r=.478$), de modo que, a mayor conocimiento, mayor creencia positiva hacia el consumo de tabaco o alcohol dejando claro que durante su formación van construyendo progresivamente los conocimientos sobre los efectos negativos del consumo de drogas en el organismo y su cuidado, influyendo en sus creencias (Medina- Fernández, *et al.*, 2017).

Siguiendo la misma línea, Moreno- San Pedro, *et al.* (2006) elaboran su investigación "*Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de Medicina*" con el

fin de conocer hábitos y creencias de salud en Médicos y estudiantes de Medicina en España con una muestra total de 147 participantes; dichas creencias fueron medidas a través del Cuestionario de factores de riesgo para la salud relacionados con el estilo de vida mismo que fue elaborado por los autores.

Como resultados, se obtuvieron que las mujeres estiman perjudicial un número menor de cigarrillos a diferencia de los hombres, puesto que consideran un promedio de 4.6 cigarrillos perjudiciales mientras que los hombres 6 cigarrillos; lo mismo sucede con los no fumadores y fumadores, los no fumadores creen que 4.8 cigarrillos al día son perjudiciales para la salud, frente a los fumadores quienes creen que 6 cigarrillos al día son perjudiciales, es decir, consideran que fumar 4 cigarrillos “no es perjudicial, pero 6 si lo son” estos últimos muestran una incoherencia entre sus creencias y su comportamiento, puesto que su tasa de consumo de cigarrillos es mucho menor (6) a la que muestra el promedio (15.3 cigarrillos al día). Aunado a los resultados, el 100% de la muestra cree que el consumo de tabaco conlleva a un comportamiento de riesgo para el cáncer de pulmón, seguido de un infarto de miocardio (93.2%), enfermedad coronaria (89,8%), trombosis (70,7%), hipertensión (65,3%) y caries o problemas dentales (55,8%) (Moreno- San Pedro, *et al.*, 2006).

Dichas investigaciones permiten conocer que las creencias acerca del tabaquismo son en su mayoría formadas desde la infancia por el mismo entorno en el que nos desarrollamos y mismas siguen, cambian y repercuten a lo largo de la vida del ser humano, añadiendo que en el ámbito laboral también conllevarán a determinados efectos.

5.2 Investigaciones sobre la adicción al trabajo

El trabajo es una actividad indispensable dentro de la esfera del ser humano, además la forma en cómo se percibe y se cree que es, cambia de acuerdo a factores sociales, económicos, políticos, entre otros. Pérez- Pérez (2012) hace especial hincapié en que el mexicano no tiene una actitud neutral ante él, lo ve siempre como obligación y como deber siendo característico de su esfuerzo y dedicación.

A modo de ejemplo, Rivera- García (2019) realiza su tesis de licenciatura titulada “*Relación de las creencias acerca del trabajo con la calidad de vida*” en 278 trabajadores de la Zona Metropolitana en México; para encontrar aquellas creencias hacia el trabajo

(CAT), utilizó una escala con 80 reactivos previamente elaborada por Cruz- Martínez, *et al.* en el 2017 (como se citó en Rivera- García, 2019) que contenía 12 factores: necesidad, honor, castigo, formalidad, inversión, rechazo, resignación, emprender, conformismo, oportunidad, estoico y desarrollo.

A modo de resultado, muestra que en México se tiene una postura ambivalente sobre el trabajo, por un lado se piensa que el trabajo dignifica a las personas por ser una vía honorable para cubrir aquellas necesidades y ser una de las actividades que cada persona decide realizar, además de estar presente la capacidad de valía por ofrecer la oportunidad de adquirir diferentes valores y habilidades para su desarrollo personal y como principal punto, es la mejora del estado actual en donde se debe enseñar a las nuevas generaciones desde temprana edad (Rivera- García, 2019).

Asimismo, se muestra una vía negativa sobre el trabajo creyendo que ninguna persona puede deslindarse de él a menos que cuente con un nivel socioeconómico elevado, también es se cree que es como una vía obligada a seguir para acceder a los recursos básicos que exige un esfuerzo, energía y sacrificio ante sus otras esferas de la vida, además de la espera del destino para mejorar sus vidas o emprender algún negocio que garantice un equilibrio económico (Rivera- García, 2019).

Además de que los factores con una media elevada fueron el honor y castigo, resaltan la postura contrapuesta del trabajo, puesto que no se ve como aquel que se busca huir o rechazar pero que se prefiere realizar por comodidad, estabilidad y que no impliquen un riesgo mayor o cambio para las otras esferas del ser humano. Las medidas menores que se presentaron en esta investigación fueron para los factores de estoico, rechazo, inversión y emprendimiento (Rivera- García, 2019).

Zubieta, *et al.*, (2008) agrega que solo aquellas creencias que resulten favorables y útiles son las que serán aceptadas por la sociedad y se mantendrán estables en la cultura.

Por tanto, dentro del ámbito laboral es posible que se presenten tanto factores de riesgo psicosocial como factores emergentes, mismos que pueden ser aceptados y útiles por una cultura, a pesar de las consecuencias en los empleados; en particular, Villacencio- Ayub (como se citó en Pérez, 2016) en la nota "*Adicción al trabajo*" señala que existe la creencias y se premia, de que el "buen empleado" es aquel que permanece más tiempo o

el que trabaja más, y constantemente se confunde con conceptos como productividad o el de compromiso. Otra creencia, es aquel en donde el empleado al decidir que se va de su espacio de trabajo considera que tendrá una represalia, creyendo que el jefe pensará que sino no lo ve, no está trabajando como tal, la presencia de aquella creencia que si sales a tu hora suponen que no estás comprometido con la empresa, finalmente una de las creencias presentes en empresas donde no fomentan salud ocupacional en sus trabajadores, es que si promueven algún beneficio para sus trabajadores, la productividad bajará (López, 2017).

Las cifras de la adicción al trabajo o *workaholic* en México, presentan que el 60% de los trabajadores mexicanos activos trabajan más de 55 horas a la semana, presentando un alto índice de adicción al trabajo y con menos días de vacaciones, también el 85% de las empresas en México recompensa este fenómeno en el ámbito laboral, más del 35% de los profesionales presentan síntomas de este riesgo psicosocial emergente afectando a cualquier trabajador sin importar género, estatus económico o profesión, está presente en empresas tanto privadas como públicas, afecta en el ámbito personal, social y familiar y como consecuencia, la existencia de un incremento de divorcios (López, 2017; Pérez, 2016).

Uno de los factores que ha dado pauta a la adicción al trabajo, es el uso del teléfono inteligente, el 75% de los entrevistados en el estudio de Villacencio- Ayub (como se citó en López, 2017) recalca que su jornada laboral incrementa entre 5 y 10 horas al contar con uno e incluso permaneciendo a altas horas de la noche, de lo cual se pueden detonar síntomas de la adicción al trabajo.

En definitiva, México se encuentra dentro de los países que más trabaja (2225 horas / año) pero también uno de los menos productivos (Sandoval, *et al.*, 2019; López, 2017) llevando a presentar fenómenos como la adicción al trabajo y aunado a ello, consecuencias a niveles biológicos, conductuales y psicológicas que notablemente repercutirán en la salud mental del trabajador.

Bajo esta misma línea, Colín y Simón, (2014) realizan la investigación "*Adicción al trabajo, satisfacción y desempeño laboral en ejecutivos mexicanos*", con una muestra estratificada y aleatoria de 95 ejecutivos mexicanos (5 directores, 35 gerentes y 55 supervisores) de una empresa multinacional mexicana. Se utilizó el instrumento Duwas-

10 (*Dutch Work Addiction Brief Scale of 10 item*) propuesto y validado por Del Líbano, Llorens, Salanova y Schaufeli en el 2010. Como resultado, se determinó que 28.4% de los ejecutivos de una muestra de 74 participantes son adictos al trabajo además de las correlaciones positivas y significativas con factores de las variables de desempeño y satisfacción laboral.

Dichos resultados, dieron pauta a conformar el perfil ejecutivo mexicano de un adicto al trabajo, cuya cifra coincidió con la proporción de la población económicamente activa mexicana que trabaja más de 48 horas, presentadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] en el año 2012 (como se citó en Colín- Flores y Simón-Domínguez, 2014).

La ansiedad, el estrés, sentimientos de culpa son algunos de los principales padecimientos a nivel psicológico por las extensas jornadas laborales, tan solo en el 2015 México estaba en el primer lugar de este padecimiento, además la presencia de trastornos mentales como la depresión, en donde la Organización Internacional del Trabajo [OIT] y la Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica (como se citaron en Tasneen-Hernández y Rivera 2017) coinciden en que esta, ha sido uno de los factores que ha generado mayor pérdida de días de trabajo al igual que el síndrome de burnout.

En definitiva, la adicción al trabajo en México y en los últimos años ha sido uno de los fenómenos que predominan cuando se habla del ámbito laboral, mismo que conlleva a repercusiones en la Salud Mental de los trabajadores.

5.3 Investigación de Salud Mental

De acuerdo con la OMS (como se citó en, INCYTU, 2018), alrededor de 450 millones de personas a nivel mundial, padecen algún trastorno mental; en México, la Secretaría de Salud menciona que de los 15 millones de personas que padecen un trastorno mental, gran parte de ellos son jóvenes en edad reproductiva y solo una de cada cinco, recibe un tratamiento (INCYTU, 2018; Secretaría de Salud de la Ciudad de México [SEDESA], s/f).

Diversos son los factores por los que no se recibe un tratamiento, como barreras familiares, personales, en suma, del estigma y discriminación, sin embargo, ante los diversos fenómenos dados como el narcotráfico, desastres naturales, violencia, miles de personas resultan afectadas de manera directa o indirecta, requiriendo de servicios de salud mental inmediatos (INCYTU, 2018).

Con ello, una de las problemáticas presentes en el país que cabe señalar, es el Producto Interno Bruto (PIB) destinado a salud mental, siendo este del 2%, cuando la OMS recomienda entre el 8% y 10%, mismo que se emplea para mantener hospitales psiquiátricos pero muy poco para detección, prevención y rehabilitación, pero no solo es el déficit financiero sino el humano, ya que “en México existen 10 profesionales calificados por cada 100,000 habitantes, distribuidos de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico general, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales/ técnicos de salud”(p. 4). Y por entidad federativa, en el Estado de México hay alrededor de 250 psicólogos y psiquiatras en total y el estado de Tlaxcala menos de 100 por toda la entidad (INCYTU, 2018).

Lo anterior, repercute de manera significativa en la no elaboración de diagnósticos o diagnósticos erróneos por médicos no especializados e incluso tratamiento inadecuados que pueden derivar otros trastornos o padecimientos, como la dependencia al alcohol, tabaco o psicotrópicos para mitigar ciertos síntomas en caso de enfermedades mentales(INCYTU, 2018); misma situación presente ante una adicción al trabajo, tal como agrega Tasneen,- Hernández y Rivera (2017) en el caso de Jesús, que ante esta situación lo ha llevado a consumir hasta cinco cigarros en menos de una hora, para disminuir o erradicar ansiedad o estrés, a pesar de que se conocen los efectos del tabaquismo.

De este modo, Fernández- Montalvo y Echeburúa (1998), afirman que de una adicción psicológica como es la adicción al trabajo, es habitual su combinación con una adicción química; en el caso de la adicción al trabajo, es frecuente que quien lo padece presente un abuso de drogas como exceso de café, alcohol, cocaína, fármacos para conciliar el sueño o para neutralizar el agotamiento ocupacional derivados de la adicción psicológica, e incluso el tabaco.

Una vez recopilando estos estudios previos, es de suma importancia plasmar algunas cifras sobre el fenómeno del tabaquismo en México; de acuerdo con la Encuesta Nacional de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT] 2016- 2017, en México son más de 15 millones de fumadores y al día ocurren de 167 a 180 muertes a causa de enfermedades asociadas a esta adicción (Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, como se citó en Delgado, 2019; López, 2020).

López (2020), el Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2018) y Delgado (2019) coinciden en que 10 % de los fumadores comienzan con el hábito antes de los 11 años de edad y 50% lo hacen entre los 15 y 17 años, esto es que 6 de cada 10 prueban los primeros cigarros antes de obtener la mayoría de edad, además de que el rango de edad ante el consumo va disminuyendo notablemente en México, siendo población vulnerable hombres y mujeres con edades a partir de los 12 años.

El consumo de cigarrillos de tabaco produce cáncer de pulmón, laringe, estómago, vejiga, mama, entre otros *“De cada 10 cánceres de pulmón, 9 están asociados a tabaquismo”*, subrayó Ponciano -Rodríguez coordinadora del Programa de Investigación y Prevención del Tabaquismo de la Facultad de Medicina (como se citó en López, 2020), de modo que, a menor edad de consumo, mayor presencia de manifestar síntomas causados por tabaco o mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles a temprana edad.

En concreto, el Estado de México (MEX) de acuerdo con cifras de la Encuesta Nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco [ENCODAT] 2016- 2017 tenía una población de 11.8 millones de habitantes, en donde 2.3 millones eran fumadores actuales (586 mil mujeres y 1.8 millones de hombres), además 794 mil fumaban diariamente y 1.6 millones de mexiquenses de manera ocasional. Ocupaba el 7º lugar ante la prevalencia de consumo de tabaco en población de 12 a 65 años de los 32 estados de la República Mexicana, también tenía el 6º lugar en la prevalencia de exposición al HTSM (humo de tabaco de segunda mano) en el hogar, el 1º con exposición en el transporte público y el 5º en el lugar de trabajo (Secretaría de Salud, 2017).

Por su parte, en cuanto al promedio nacional en exposición al HTSM, los restaurantes se encuentran cerca del promedio (Promedio nacional 31.9%, MEX 32.6%) y en bares por debajo del promedio nacional (promedio nacional 52.8%, MEX 47.8%). También en ese año, ocupaba el 30º lugar en intentos de cesación en el último año con el 51.9% ante el promedio nacional de 56.1% y el 3er lugar con mayor exposición a publicidad de cigarros en tiendas e internet, aunque contaba con un alto número de advertencias sanitarias con pictogramas con un 23.6% ante un promedio nacional de 27.9% (Secretaría de Salud, 2017).

Por el contrario, el estado de Tlaxcala (TLAX) también forma parte de ENCODAT 2016-2017, en esta encuesta presentaba una población de 904 mil habitantes de 12 a 65 años (474 mil mujeres, 430 mil hombres), aunado a ello 166 mil tlaxcaltecas eran fumadores actuales (30 mil mujeres, 136 mil hombres), 27 mil fumaban diariamente y 139 mil de manera ocasional. Ocupaba el 9º lugar en cuanto a la prevalencia de consumo de tabaco ante el demás estado de la República Mexicana, tenía una exposición de HTSM en el hogar (14.0%) muy cercano al del promedio nacional (14.1%) y también en escuelas (25.8% y promedio nacional 25.4%); a diferencia del Estado de México, su prevalencia de consumo de tabaco en bares era baja (Secretaría de Salud, 2017).

Finalmente, ocupaba el 13er lugar ante intentos de cesación, el 11er lugar del país en cuanto al funcionamiento de advertencias sanitarias y pictogramas para dejar de fumar también ocupaba el 15º lugar en exposición a publicidad de cigarros en tiendas y el 9º en exposición a publicidad de cigarros en internet (Secretaría de Salud, 2017).

Si bien, el tabaquismo es uno de los principales fenómenos graves en el país ¿qué se ha realizado para evitar su consumo o qué medidas se han tomado? Desde 1987, se designó el 31 de mayo el Día Mundial sin Tabaco, mismo que ha permitido generar campañas, publicidad de manera directa e indirecta, espacios libres de humo de tabaco, 200 mil actividades impartidas por el IMSS como talleres, pláticas, cursos hacia población de riesgo como son niños, adolescentes y mujeres embarazadas, advertencias sanitarias gráficas, el aumento de impuestos a un 10% reduce un 5% de consumo de tabaco en países de ingresos medianos y bajos, además de las medidas establecidas por la OMS, denominadas MPOWER (OMS, 2019e).

Esta última medida, se estableció desde el año 2007 con el fin de que se aplicará a nivel mundial, si bien ha protegido a millones de personas, hay otros millones que no lo están y, por tanto, siguen consumiendo o están expuestos al humo de tabaco; son dos países, Brasil y Turquía que han aplicado plenamente dichas medidas (OMS, 2019c; OMS, 2019e).

Dichas medidas y sus políticas aplicadas en México se llevan cabo de la siguiente manera: **Monitor:** Hacer seguimiento del consumo de tabaco y de las medidas de prevención se ubica como una política completa, **(Protect)** Proteger a la población del consumo de tabaco no hay datos o no está categorizada, **(Offer)** Ofrecer ayuda para dejar

de consumir tabaco política completa, (**Warn**) Advertir de los peligros del tabaco con una política completa hacia los daños en la salud pero con ausencia de datos o no categorizada en medios de comunicación, (**Enforce**) Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco sin política o política débil y por último, (**Raise**) Aumentar los impuestos sobre el tabaco en donde la política se aplica moderadamente pero aquellos cigarrillos asequibles desde 2008, no presentan algún cambio ante el tabaquismo en México (OMS, 2019c).

Con base a dicha medida, en México únicamente se aplica la P =Proteger a la población del consumo de tabaco y E= Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, en una escala de 1 a 10 en donde 10 es que se cumple mayormente, dichas medidas en México están ubicadas entre 4 y 5 (OMS, 2019d).

Para finalizar, en la Psicología ¿Qué se ha realizado ante el fenómeno del tabaquismo? Además de las creencias ¿qué otra variable puede influir en el consumo de tabaco?, ¿existe relación con la adicción al trabajo y la forma en cómo influye en su salud mental? Con ello, los objetivos de esta investigación no solo son presentar la problemática del tabaquismo a un nivel nacional o mundial, sino conocer ¿qué creen los trabajadores sobre el tabaquismo? ¿Por qué a pesar de ser tan dañino, continúan fumando? y al mismo tiempo, relacionarlo con la adicción al trabajo, fenómeno que se ha dado y posiblemente que aumente, por estar inmersos en una sociedad tecnológica cada vez más exigente y con ello sus efectos en la salud mental, ya que hasta el momento investigaciones con las tres variables, sigue siendo escasa encontrando únicamente investigaciones con dos variables y su relación.

METODOLOGÍA

MÉTODO

1. Planteamiento del problema

El tabaquismo se ha vuelto uno de los principales problemas de Salud Pública en especial ante la población joven, su extensión es a nivel mundial, afecta a todos los grupos sociales, no tiene fronteras ni limitaciones de género, edad, estrato social o religión por ello están inmersos factores físicos (químicos), sociales o psicológicos que deben considerarse según el enfoque de estudio (Corvalán, 2017; Rodríguez, s/f; OMS, 2019a; García- García, et al., 2014). Nañez (como se citó en la Universidad Autónoma de Nuevo León, 2019) y Cardero- Quevedo, et al. 2004 coinciden en que el tabaquismo genera un condicionamiento psicológico al estar conectado a un cigarrillo, a pesar de conocer los efectos y que creen que fumar es “malo”, se experimenta su consumo.

Parte del estudio del tabaquismo es la consideración de las creencias (De la Pienda, 1999). Dentro de la Psicología se ha vuelto una categoría de estudio relevante, formando la base fundamental del comportamiento, que construye sus sistemas de referencias y se pueden formar de manera individual o colectiva (De la Pienda, 1999; Clifford y James, 2003; Pepitone, 1991; Martínez como se citó en Ávila, 2015), actuando como determinantes del contenido mental.

Por otro lado, la adicción al trabajo se ha presentado como sinónimo de trabajar incluso cuando se tiene la oportunidad de descansar, constantemente se confunde con conceptos como productividad y compromiso. En México el 60% de los trabajadores activos mexicanos trabajan más de 55 horas a la semana, presentando un alto índice de adicción al trabajo y el 85% de las empresas, recompensa este fenómeno; a pesar de trabajar más, a diferencia de otros países México es uno de los menos productivos (Pérez, 2016; López, 2017; Sandoval, et al., 2019; Moriano, 2012; Vega y Moyano como se citaron en Salas, 2014; Del Líbano, et al., 2006).

Zubieta, et al. (2008) hace énfasis en que solo aquellas creencias que resulten favorables y útiles son las que serán aceptadas por la sociedad y se mantendrán estables en la cultura, a pesar de las consecuencias en los empleados como es en el caso de la adicción al trabajo; Villacencio- Ayub (como se citó en Pérez, 2016) señala que una de ellas es en donde se premia al “buen empleado” siendo aquel que permanece más tiempo

o trabaja más. En suma, la tecnología, en donde se puede estar conectado en cualquier momento, incluso seguir enganchado desde la playa en vacaciones, a la jornada laboral se le agregan 5 o 10 horas, existiendo un aumento en adicción al trabajo (Villacencio-Ayub, como se citó en López, 2017; Moriano, 2012; Salanova, et al., 2008).

La ansiedad, el estrés, los sentimientos de culpa son algunos de los principales padecimientos a nivel psicológico por las extensas jornadas laborales, tan solo en el 2015 México estaba en primer lugar de este padecimiento, además de la presencia de otros trastornos mentales (OIT y Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica, como se citaron en Tasneen- Hernández y Rivera, 2017). Ya no se trata solo de abordar trastornos mentales (Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social, s/f) sino contar con un estado de bienestar en que la persona lleve a cabo sus capacidades y sea capaz de hacer frente al estrés de la vida cotidiana, de trabajar de manera productiva, tener realización a nivel emocional e intelectual que repercutirá en el individuo, en la comunidad y sociedad en las que se encuentra (OMS, 2018; INCyTU, 2018; MedLinePlus, 2019).

Al brindarle poca o nula importancia en un ámbito laboral, irán de la mano los factores psicosociales en el trabajo y riesgos psicosociales (Sandoval, et al., 2019). Estos factores organizacionales o del entorno son algunos de los causantes del consumo de cualquier droga, desinhiben o animan, aumentan la confianza en sí mismos, reducen la tensión, aumentan la creatividad ayudando a superar el aburrimiento y la soledad (Cesar- Neffa, 2015); incluso Fernández Montalvo y Echeburúa, (1998) hacen énfasis en que es habitual la combinación de una adicción psicológica como la adicción al trabajo con una o varias adicciones químicas, como tabaquismo.

Las investigaciones respecto a la variable de creencias, fue posible abordarla y encontrar la relación con otras variables como creencias hacia el trabajo, hacia adicción al trabajo y hacia el tabaquismo desde una etapa infantil hasta una etapa adultez incluyendo a trabajadores. El estudio de la variable de Salud Mental también es escaso, solo se consideran estadísticas, no se han encontrado investigaciones que evalúen esta variable como tal a través de los distintos instrumentos dentro de la Psicología, que pueden ayudar a detectar y prevenir los factores psicosociales de riesgo o factores emergentes. Derivado de ello, la adicción al trabajo por ser un fenómeno nuevo, solo se ha presentado en estadísticas o por casos presentados en notas; dentro de las

investigaciones la relacionan con otras variables como es el caso con ejecutivos mexicanos de la Ciudad de México desde el año 2014, pero en otros estados no se han registrado investigaciones sobre adicción al trabajo.

En cuanto al tabaquismo, las investigaciones que se encontraron resultaron importantes, porque hacen énfasis y coinciden en el gran problema de Salud Pública en el que se ha convertido, incluso en la investigación de Medina- Fernández, et al. 2017 concluye que las creencias del personal influyen en los programas de abandono de tabaco. Algo importante, es que esta enfermedad todavía no se aborda a través de la Psicología, únicamente en otras áreas en donde probablemente la falta de apoyo entre ciencias y disciplinas vuelve deficiente su estudio y lo mismo en programas de abandono, siendo su éxito bajo o nulo además de la escasez ante bases científicas.

Por último, investigaciones con las tres variables juntas no se encontraron, únicamente con una de manera independiente o con dos como fue el caso de creencias hacia el trabajo o a la adicción al trabajo, de aquí el objetivo general de la presente investigación, considerando que se les tome importancia a nivel social y laboral.

2. Preguntas de investigación

Pregunta de investigación general

¿Cuáles son las creencias hacia el tabaquismo presentes en trabajadores del Estado de México y Tlaxcala y su relación con la adicción al trabajo y la salud mental?

Preguntas de investigación específicas

1. ¿Cuáles son las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala respecto al tabaquismo?
2. ¿Cuáles son las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo y su relación con el sexo?
3. ¿Cuáles son las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su edad?
4. ¿Cuáles son las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su nivel de estudios?
5. ¿Cuáles son las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su estado civil?

6. ¿Cuáles son las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su salario mensual?
7. ¿Cuáles son las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a las horas trabajadas a la semana?
8. ¿Cuáles son las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su tipo de empleo?
9. ¿Cuáles son las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto al estado en el que laboran?
10. ¿Cuáles son las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a la cantidad de cigarros que consumen?
11. ¿Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable Adicción al Trabajo y la variable sociodemográfica sexo?
12. ¿Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable Adicción al Trabajo y la variable sociodemográfica estado civil?
13. ¿Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable Adicción al Trabajo y la variable sociodemográfica tipo de empleo?
14. ¿Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable Adicción al Trabajo y la variable sociodemográfica estado de la República en que labora?
15. ¿Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable Salud Mental y la variable sociodemográfica sexo?
16. ¿Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable Salud Mental y la variable sociodemográfica estado civil?
17. ¿Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable Salud Mental y la variable sociodemográfica tipo de empleo?
18. ¿Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable Salud Mental y la variable sociodemográfica estado de la República en que labora?
19. ¿Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre el nivel de Adicción al Trabajo en los trabajadores y su edad?
20. ¿Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre el nivel de Adicción al Trabajo en los trabajadores respecto a su nivel de estudios?

21. ¿Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre el nivel de Adicción al Trabajo en los trabajadores respecto al ingreso mensual?
22. ¿Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre el nivel de Adicción al Trabajo en los trabajadores respecto a la cantidad de horas que trabajan a la semana?
23. ¿Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre el nivel de Adicción al Trabajo en los trabajadores y la cantidad de cigarros que consumen al día?
24. ¿Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre el nivel de Salud Mental de los trabajadores respecto a su edad?
25. ¿Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre el nivel de Salud Mental de los trabajadores y el nivel de estudios?
26. ¿Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre el nivel de Salud Mental de los trabajadores y su ingreso mensual?
27. ¿Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre el nivel de Salud Mental de los trabajadores y la cantidad de horas que trabajan a la semana?
28. ¿Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre el nivel de Salud Mental de los trabajadores y la cantidad de cigarros que consumen al día?
29. ¿Cuál es el nivel de adicción al trabajo en trabajadores del Estado de México y Tlaxcala?
30. ¿Cuál es el nivel de salud mental en trabajadores del Estado de México y Tlaxcala?

3. Objetivos

Objetivo general

Describir las creencias hacia el tabaquismo presentes en trabajadores del Estado de México y Tlaxcala y encontrar su relación con adicción al trabajo y su salud mental.

Objetivos específicos

1. Describir las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala respecto al tabaquismo.
2. Describir las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su sexo.

3. Describir las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su edad.
4. Describir las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su nivel de estudios.
5. Describir las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su estado civil.
6. Describir las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su salario mensual.
7. Describir las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a las horas trabajadas a la semana.
8. Describir las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su tipo de empleo.
9. Conocer las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto al estado de la República en el que laboran.
10. Describir las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a la cantidad de cigarros que consumen.
11. Saber si existe relación estadísticamente significativa entre la variable Adicción al Trabajo y la variable sociodemográfica sexo.
12. Saber si existe relación estadísticamente significativa entre la variable Adicción al Trabajo y la variable sociodemográfica estado civil.
13. Saber si existe relación estadísticamente significativa entre la variable Adicción al Trabajo y la variable sociodemográfica tipo de empleo.
14. Saber si existe relación estadísticamente significativa entre la variable Adicción al Trabajo y la variable sociodemográfica estado de la República en que labora.
15. Saber si existe relación estadísticamente significativa entre la variable Salud Mental y la variable sociodemográfica sexo.
16. Saber si existe relación estadísticamente significativa entre la variable Salud Mental y la variable sociodemográfica estado civil.
17. Saber si existe relación estadísticamente significativa entre la variable Salud Mental y la variable sociodemográfica tipo de empleo.

18. Saber si existe relación estadísticamente significativa entre la variable Salud Mental y la variable sociodemográfica estado de la República en que labora.
19. Conocer la diferencia entre medias del nivel de Adicción al Trabajo y la edad de los trabajadores.
20. Conocer la diferencia entre medias del nivel de Adicción al Trabajo y el nivel de estudios de los trabajadores.
21. Conocer la diferencia entre medias del nivel de Adicción al Trabajo de los trabajadores y su ingreso mensual.
22. Conocer la diferencia entre medias del nivel de Adicción al Trabajo de los trabajadores y la cantidad de horas que trabajan a la semana.
23. Conocer la diferencia entre medias del nivel de Adicción al Trabajo y la cantidad de cigarros que consumen al día los trabajadores.
24. Conocer la diferencia entre medias del nivel de Salud Mental y la edad de los trabajadores.
25. Conocer la diferencia entre medias del nivel de Salud Mental y el nivel de estudios de los trabajadores.
26. Conocer la diferencia entre medias del nivel de Salud Mental de los trabajadores y su ingreso mensual.
27. Conocer la diferencia entre medias del nivel de Salud Mental de los trabajadores y la cantidad de horas que trabajan a la semana.
28. Conocer la diferencia entre medias del nivel de Salud Mental y la cantidad de cigarros que consumen al día los trabajadores.
29. Saber cuál es el nivel de adicción al trabajo en trabajadores del Estado de México y Tlaxcala.
30. Saber cuál es el nivel de salud mental en trabajadores del Estado de México y Tlaxcala.

4. Hipótesis de investigación

Hipótesis general

Trabajadores del Estado de México y Tlaxcala tienen creencias científicas/sociales y psicológicas hacia el tabaquismo y éstas guardan relación con la adicción al trabajo y la salud mental.

Hipótesis específicas

1. Las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala respecto al tabaquismo son científicas/ sociales.
2. Existen creencias psicológicas en los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su sexo.
3. Existen creencias científicas/ sociales en los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su edad.
4. Las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su nivel de estudios son psicológicas.
5. Las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo son científicas/ sociales con respecto a su estado civil.
6. Existen creencias de tipo psicológicas en los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su salario mensual.
7. Las creencias presentes en los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a las horas trabajadas a la semana son de tipo científicas / sociales.
8. Las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su tipo de empleo son psicológicas.
9. Las creencias de los trabajadores hacia el tabaquismo son de tipo científicas / sociales de acuerdo con el estado de la República en el que laboran.
10. Las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo son de tipo psicológicas respecto a la cantidad de cigarros que consumen.
11. Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable Adicción al Trabajo y la variable sociodemográfica sexo.
12. Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable Adicción al Trabajo y la variable sociodemográfica estado civil.
13. Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable Adicción al Trabajo y la variable sociodemográfica tipo de empleo.
14. Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable Adicción al Trabajo y la variable sociodemográfica estado de la República en que labora.

15. Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable Salud Mental y la variable sociodemográfica sexo.
16. Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable Salud Mental y la variable sociodemográfica estado civil.
17. Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable Salud Mental y la variable sociodemográfica tipo de empleo.
18. Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable Salud Mental y la variable sociodemográfica estado de la República en que labora.
19. Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre los niveles de Salud Mental de los trabajadores de acuerdo con su edad.
20. Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre los niveles de Salud Mental de acuerdo con el nivel de estudios de los trabajadores.
21. Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre los niveles de Salud Mental y su ingreso mensual de los trabajadores.
22. Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre los niveles de Salud Mental de los trabajadores y la cantidad de horas que trabajan a la semana.
23. Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre los niveles de Salud Mental y la cantidad de cigarros que consumen al día los trabajadores.
24. Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre los niveles de Adicción al Trabajo de acuerdo con su edad de los trabajadores.
25. Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre los niveles de Adicción al Trabajo de acuerdo con su nivel de estudios de los trabajadores.
26. Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre los niveles de Adicción al Trabajo de acuerdo con el ingreso mensual.
27. Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre los niveles de Adicción al Trabajo y la cantidad de horas trabajadas a la semana por parte de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala.
28. Existe diferencia entre medias estadísticamente significativa entre los niveles de Adicción al Trabajo respecto a la cantidad de cigarros que consumen al día los trabajadores.

29. Existe un nivel promedio de Adicción al Trabajo en trabajadores del Estado de México y Tlaxcala.
30. El nivel de Salud Mental en trabajadores del Estado de México y Tlaxcala es moderado.

5. Variables de investigación

Variable Dependiente (VD): Creencias hacia el tabaquismo, adicción al trabajo y salud mental.

Definición conceptual: Creencias

Las creencias se refieren a los juicios de una persona de probabilidad subjetiva sobre algún aspecto discriminable de su mundo; que se ocupan de la comprensión de la persona misma y de su entorno, “la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, valor, concepto o atributo” (p.131), un determinado comportamiento conducirá a ciertas consecuencias de acontecimientos y hará que se produzcan continuamente; esta definición implica que la formación de creencias, involucra el establecimiento de un vínculo entre dos aspectos cualesquiera del mundo de un individuo (Fishbein y Ajzen, 1975).

Definición operacional: respuestas emitidas por los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala a través de la encuesta ETBEMTLX.

Definición conceptual: Adicción al trabajo

Ha sido uno de los fenómenos relativamente recientes dentro de algunos estudios, a causa de que ha representado al sinónimo de la acción de trabajar, incluso cuando se tiene la oportunidad de descansar, agregando que es una implicación excesiva, progresiva y desadaptativa a la actividad laboral y la pérdida de control de la misma (Moriano, 2012).

Definición operacional: respuestas emitidas por los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala a través del “Cuestionario Auto - aplicable Adicción al Trabajo”.

Definición conceptual: Salud Mental

Es un estado de bienestar en que la persona realiza sus capacidades, es capaz de hacer frente al estrés de la vida cotidiana, de trabajar de manera productiva, contribuir a su comunidad, contar con un bienestar personal, independencia,

aceptación de la capacidad de crecimiento y realización a nivel emocional e intelectual (OMS, 2018; INCyTU, 2018; MedLine Plus, 2019).

Definición operacional: respuestas emitidas por los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala a través de la “Escala de Salud General GHQ”.

Variable Independiente (VI): Trabajadores del Estado de México y Tlaxcala

Definición conceptual: Trabajador

Es la persona física que presta a otra, física o moral, un trabajo personal subordinado. Para los efectos de esta disposición, se entiende por trabajo toda actividad humana, intelectual o material, independientemente del grado de preparación técnica requerido por cada profesión u oficio (Ley Federal del Trabajo, 2019).

Variables Sociodemográficas (VS): sexo, nivel de estudios, edad, estado civil, ingreso mensual, horas trabajadas a la semana, tipo de empleo, número de cigarros que consume al día.

Definición operacional: respuestas emitidas por los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala a través de una ficha sociodemográfica.

6. Población y muestra

La población a la cual fue dirigida esta investigación fue a trabajadores del Estado de México y Tlaxcala.

De dicha población, se seleccionó la muestra a través de un muestreo no probabilístico intencional, conformada por 373 trabajadores, 201 del Estado de México y 172 de Tlaxcala, para su selección se contemplaron los siguientes criterios:

- *Criterios de inclusión:* únicamente trabajadores que radiquen en el Estado de México y Tlaxcala con una edad mayor de 18 años y actualmente se encuentren laborando.
- *Criterios de exclusión:* no se tomaron en cuenta a trabajadores que no sean del Estado de México o Tlaxcala, que no sean mayores de 18 años y que no se encuentren laborando.

- *Criterios de eliminación:* Se eliminaron a todos aquellos trabajadores que no hayan cubierto el 90% de la encuesta o que no cumplan con los criterios de selección establecidos.

7. Tipo y diseño de investigación

Estudio de campo, correlacional, transversal, *ex post facto* e intergrupar, con un diseño no experimental.

8. Instrumentos de medición

La construcción de la encuesta ETBEMTLX fue a partir de la categoría psicosocial de creencias, la cual se dividió en creencias científicas/ sociales y psicológicas hacia el tabaquismo; misma que incluye una escala tipo Likert de 5 puntos que va de 1= *totalmente en desacuerdo* a 5= *totalmente de acuerdo*, con 53 reactivos incluyendo 4 categorías principales como definición (clínica, social, neurológica), consumo (hábito, adicción), efectos (psicológicos, sociales, neurológicos, biológicos/salud), factores determinantes (familiares, personales, sociales y psicológicos) y dos categorías anexas presentación (para fumar, pipa, masticada, vaporizado) y tratamientos (farmacológico, psicológico) (ANEXO 1).

Además, de una ficha de identificación que incluye las variables sociodemográficas de sexo, nivel de estudios, edad, estado civil, salario mensual, horas trabajadas a la semana, tipo de empleo, número de cigarros que consume al día.

Para la variable salud mental se utilizó el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ) (García- Viniegras 1999) constituida por una escala tipo Likert con opciones de respuesta: mejor que lo habitual, igual que lo habitual, menos que lo habitual, mucho menos que lo habitual o no, en absoluto, no más que lo habitual, bastante más que lo habitual, mucho más que lo habitual; con un total de 12 reactivos con un coeficiente alfa de Cronbach de .89 (ANEXO 2).

Por otro lado se utilizó el Cuestionario auto aplicable: Adicción al trabajo elaborado por Arias en el 2009 (Méndez- Rodríguez, 2014), que tiene como objetivo encontrar el nivel de adicción al trabajo a través de una escala tipo Likert siendo el número 1 “totalmente de acuerdo” y el número 6 “totalmente en desacuerdo” con un total de 17 reactivos y al final una pregunta de validación, en la cual hay una breve definición de adicción al trabajo y el evaluado indica el nivel en el que dicha definición lo describe.

De acuerdo con las respuestas se les asigna un puntaje a las mismas, se realiza una sumatoria y de ahí se deriva el nivel puede ser: bajo con puntaje de 15 - 42, promedio 43 - 63 y alto de 64 -90. Un coeficiente de alfa de Cronbach de .790 (ANEXO 3).

9. Procedimiento

Una vez terminada la escala ETBEMTLX y contando con las escalas de Salud Mental y Adicción al trabajo, se prosiguió a su aplicación en ambos estados.

Por la situación sanitaria que la sociedad atraviesa en la actualidad, no fue posible aplicar las encuestas en modo presencial, pero se recurrió a la herramienta de Formularios de Google de modo que su aplicación fue digital, distribuyendo el link de dicha encuesta en páginas de redes sociales, conocidos, periódicos digitales, entre otros en ambos estados.

El tiempo aproximado de recolección de información fue en un período de 6 semanas.

Para la creación de base de datos y elaborar análisis estadísticos como descriptivos, estadísticos de fiabilidad, análisis factorial exploratorio, correlación de Pearson, prueba T de student para muestras independientes y análisis de varianza (ANOVA) se utilizó el Package for the Social Sciences (SPSS) v.22.

RESULTADOS

RESULTADOS

1. Estadísticos descriptivos: Porcentajes y Frecuencias.

Al analizar una nueva variable se requiere conocer los valores que pueden tomar, el número total de datos y cuántas veces aparecen en los diferentes valores. De este modo, la estadística descriptiva permite resumir o describir las características más importantes de un conjunto de datos, cuando se trabaja con una gran cantidad de datos se busca organizarlos y resumirlos por medio de una construcción de una tabla que liste los distintos valores ya sea de forma individual o por grupos (Triola, 2004; Batanero y Godino, 2001). Para ello, la distribución de frecuencias son una clase particular de valores originales que caen dentro de una clasificación de datos; dentro de la clasificación de frecuencias se encuentra la frecuencia absoluta, representando al número total de individuos de una muestra específica (Batanero y Godino, 2001; Triola, 2004). También se encuentra la frecuencia relativa o también expresados como porcentajes en donde se divide la frecuencia absoluta de la modalidad que se busca conocer, entre el número total de la población, el resultado debe ser multiplicado por 100, representando el total de individuos de la población (Triola, 2004).

De este modo, se procedió a realizar y mostrar los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas y de los instrumentos que se utilizaron para medir dichas variables de estudio, tales como se describen a continuación.

Estadísticos descriptivos. Variables sociodemográficas. La muestra de trabajadores del Estado de México y Tlaxcala que se utilizó para esta investigación fue de 373 individuos, de los cuales 170 son hombres (45.6%) y por su parte 203 son mujeres (54.4%), el rango de edad que predominó fue de 18- 31 años siendo 227 de ellos (60.9%). También se encontró que 158 individuos de la muestra contaban con un nivel de estudios Superior (Universitarios) con un 42.4%. De la muestra de trabajadores se encontró que 223 de ellos eran solteros (59.8%) y 150 casados (40.2%); gran parte de ellos percibe un ingreso mensual de \$4001 a \$8000, 119 individuos (31.9%) además de que 213 de ellos trabajan de 34 a 67 horas a la semana (57.1%). Por su parte, 239 individuos trabajan en un sector formal (64.1%) y 134 en el informal (35.9%), también 201 trabajaban en el Estado de México (53.9%) y 172 en Tlaxcala (46.1%), finalmente gran mayoría, es decir,

261 eran no fumadores (70%) y 97 de ellos fumaban menos de 5 cigarros al día (26%) (Véase, Tabla 1a).

| Tabla 1a. Estadísticos descriptivos de variables sociodemográficas | | | |
|---|--|-------------------|--------------------|
| | Variable sociodemográfica | Frecuencia | Porcentajes |
| Sexo | Hombre | 170 | 45.6% |
| | Mujer | 203 | 54.4% |
| Edad | 18 - 31 años | 227 | 60.9% |
| | 32 - 45 años | 102 | 27.3% |
| | 46 - 59 años | 39 | 10.5% |
| | 60 años o más | 5 | 1.3% |
| Nivel de estudios | Básico (Primaria, Secundaria) | 40 | 10.7% |
| | Medio Superior (Preparatoria, Técnico) | 141 | 37.8% |
| | Superior (Universitario) | 158 | 42.4 % |
| | Especialidad /Posgrado | 34 | 9.1 % |
| Estado civil | Solteros | 223 | 59.8 % |
| | Casados | 150 | 40.2 % |
| Ingreso mensual | Menos de \$4000 | 94 | 25.2 % |
| | De \$4001 a \$8000 | 119 | 31.9 % |
| | De \$8001 a \$12000 | 84 | 22.5 % |
| | \$12001 a \$16000 | 37 | 9.9 % |
| | Más de \$16000 | 39 | 10.5 % |
| Horas trabajadas a la semana | 1 -33 horas | 130 | 34.9 % |
| | 34 - 67 horas | 213 | 57.1 % |
| | 68- 101 horas | 30 | 8.0 % |
| Tipo de empleo | Formal | 239 | 64.1% |
| | Informal | 134 | 35.9% |
| Estado de la República | Estado de México | 201 | 53.9% |
| | Tlaxcala | 172 | 46.1% |
| Fumador | Menos de 5 cigarros al día | 97 | 26.0 % |
| | De 6 a 15 cigarros al día | 14 | 3.8 % |
| | Más de 16 cigarros al día | 1 | .3 % |
| | No fumador | 261 | 70.0 % |

Estadísticos descriptivos. Frecuencias y porcentajes de la variable dependiente creencias. La variable dependiente creencias, se encuentra dividida en dos categorías: creencias científicas/ sociales y creencias psicológicas hacia el tabaquismo. A continuación, se presentarán los análisis descriptivos de cada una de ellas.

Estadísticos descriptivos. Creencias científicas/ sociales de tabaquismo.

Con una $M= 3.70$ los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala consideran que el tabaquismo es una enfermedad con constantes recaídas en su consumo en donde el 40.2% de la muestra está *De acuerdo* y 40.8% también están *De acuerdo* en que esta enfermedad depende de la cantidad de tabaco que se consuma ($M=3.32$). Por su parte, 48.3% están *De acuerdo* en que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte a nivel mundial $M= 3.79$. Por el contrario, se realizó una suma de porcentajes en respuesta de *Totalmente en desacuerdo* y *En desacuerdo*, en donde los trabajadores se sitúan en una $M= 2.01$ inclinándose en que todos los tipos de cáncer no son por el consumo de tabaco con un total de 77.7% ($M=2.01$) y también un 52.6% de ellos considera que de su consumo se derivan varios tipos de cáncer ($m=3.75$). Por el contrario, un 49.6% de los trabajadores están en *Totalmente en desacuerdo* en que el consumo de tabaco trae beneficios a la salud ($M=1.67$), coincidiendo un 44.2% de ellos que están *De acuerdo* en que afecta negativamente a las neuronas con una $M=3.75$. Asimismo, sumando porcentajes de las respuestas *De acuerdo* y *Totalmente de acuerdo* con respecto a la creencia de que el tabaquismo es un problema de salud pública grave, un 81.2% de los trabajadores se inclina en afirmarla ($M= 4.08$), además de que repercute en la salud física a largo plazo con una $M= 4.28$ y un 50.9% está *Totalmente de acuerdo* en esta creencia.

Del mismo modo 55% de los trabajadores tienen una $M= 1.70$ y consideran estar *Totalmente desacuerdo* con que se puede consumir tabaco a cualquier edad sin presentar daños en la salud, aunque 32.4% de ellos se inclina en responder que están *ni de acuerdo ni en desacuerdo* en que el tabaquismo sea una epidemia ($M= 3.01$) y con la creencia de que el tabaquismo es una enfermedad que causa daños en la salud en general un 85% de los trabajadores están *De acuerdo* y *Totalmente de acuerdo* en ella, presentando una $M= 4.15$.

Por su parte, 43.7% de los trabajadores están *De acuerdo* con la creencia de que el consumo de tabaco aumenta de manera gradual a punto de necesitarlo a diario ($M=3.98$), y coinciden en que 39.4% de la muestra está *De acuerdo* en que el tabaco es una droga (3.79) y que se inicia desde la experimentación de consumo entre amigos ($M=3.63$), en donde un 44.8% responde estar *De acuerdo* con dicha creencia.

Por el lado de si una persona con un cigarro de tabaco en mano, se cree que es atractiva un 37.5% de los trabajadores se inclina en responder un *Totalmente en desacuerdo*, por el lado de la creencia de que la mayoría de las personas que inician su consumo de tabaco se vuelven adictas un 41.3% de los trabajadores tienen una respuesta *De acuerdo* (M= 3.38).

En conjunto con estas creencias, el 83.7% de los trabajadores muestran una respuesta *De acuerdo y Totalmente de acuerdo* con el hecho de considerar que la nicotina es la sustancia que genera adicción a fumar cigarrillos de tabaco (M=4.05) y también gran parte de ellos (52%) tienen respuesta *De acuerdo* en que el tabaquismo es una adicción a la nicotina (M=3.91), rescatando que el 35.1% de los trabajadores presentan una respuesta favorable *De acuerdo* en que se necesita tratamiento psicológico para el abandono de tabaco (M= 3.46) y en que el consumo de tabaco es un hábito (M=3.58) en donde 46.6% de ellos, presenta una respuesta favorable *De acuerdo* en dicha creencia.

Y finalmente, 34.6% de los trabajadores están *En desacuerdo* en que el humo de la pipa con tabaco conlleva a consecuencia en la salud exclusivamente a quien lo fuma (M=2.58), además un 42.4% están *De acuerdo* en creer que gran porcentaje de los niños con padres fumadores serán consumidores potenciales de tabaco (M=3.36) y por el lado de considerar que tomar medicamentos es la única solución para dejar de fumar un 44% de los trabajadores muestra estar *En desacuerdo* con esta creencia (M= 2.21) (Véase Tabla 1b).

| Ítems creencias científicas/ sociales | Tabla 1b. Estadísticos descriptivos de la categoría de estudio: Creencias científicas/ sociales | | | | | | | | | | | |
|---|---|------|---------------|------|--------------------------------|------|------------|------|-----------------------|------|-------|--|
| | Totalmente en desacuerdo | | En desacuerdo | | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | | De acuerdo | | Totalmente de acuerdo | | Media | |
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | | |
| 1. Considero que el tabaquismo es una enfermedad con constantes recaídas en su consumo. | 41 | 11.0 | 24 | 6.4 | 50 | 13.4 | 150 | 40.2 | 108 | 29 | 3.70 | |
| 2. A mi consideración el tabaco es una droga. | 21 | 5.6 | 35 | 9.4 | 58 | 15.5 | 147 | 39.4 | 112 | 30 | 3.79 | |
| 4.Considero que el tabaquismo repercute negativamente en la economía familiar. | 20 | 5.4 | 25 | 6.7 | 54 | 14.5 | 156 | 41.8 | 118 | 31.6 | 3.88 | |
| 5. A mi consideración consumir medicamentos para el tratamiento de | 33 | 8.8 | 66 | 17.7 | 201 | 53.9 | 62 | 16.6 | 11 | 2.9 | 2.87 | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|------|--|
| abandono de tabaco es eficaz. | | | | | | | | | | | | |
| 6. Creo que al fumar tabaco en pipa se consume la misma cantidad de nicotina que de un cigarro convencional. | 24 | 6.4 | 64 | 17.2 | 180 | 48.3 | 80 | 21.4 | 25 | 6.7 | 3.05 | |
| 7. El consumo de tabaco de una persona aumenta de manera gradual al punto de necesitarlo a diario. | 15 | 4.0 | 21 | 5.6 | 47 | 12.6 | 163 | 43.7 | 127 | 34.0 | 3.98 | |
| 8. Creo que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. | 18 | 4.8 | 21 | 5.6 | 68 | 18.2 | 180 | 48.3 | 86 | 23.1 | 3.79 | |
| 9. Considero que la nicotina es la sustancia que genera adicción a fumar cigarros de tabaco. | 9 | 2.4 | 16 | 4.3 | 36 | 9.7 | 199 | 53.4 | 113 | 30.3 | 4.05 | |
| 10. Pienso que el tabaquismo es una adicción a la nicotina. | 11 | 2.9 | 10 | 2.7 | 69 | 18.5 | 194 | 52.0 | 89 | 23.9 | 3.91 | |
| 14. Considero que fumar causa una sensación de placer. | 55 | 14.7 | 74 | 19.8 | 130 | 34.9 | 96 | 25.7 | 18 | 4.8 | 2.86 | |
| 16. A mi consideración todos los tipos de cáncer son por el consumo de tabaco. | 119 | 31.9 | 171 | 45.8 | 59 | 15.8 | 9 | 2.4 | 15 | 4.0 | 2.01 | |
| 19. A mi consideración el uso de vaporizadores crea más adicción al tabaco. | 18 | 4.8 | 74 | 20.1 | 204 | 54.7 | 54 | 14.5 | 22 | 5.9 | 2.97 | |
| 20. El masticar tabaco considero que también daña la salud en general. | 14 | 3.8 | 26 | 7.0 | 160 | 42.9 | 135 | 36.3 | 38 | 10.2 | 3.42 | |
| 21. Creo que el consumir tabaco trae beneficios a la salud. | 185 | 49.6 | 146 | 39.1 | 31 | 8.3 | 3 | .8 | 8 | 2.1 | 1.67 | |
| 22. A mi consideración se necesita tratamiento psicológico para el abandono de tabaco. | 15 | 4.0 | 52 | 13.9 | 114 | 30.6 | 131 | 35.1 | 61 | 16.4 | 3.46 | |
| 23. Pienso que el tabaquismo comienza desde la experimentación de consumo entre amigos. | 16 | 4.3 | 32 | 8.6 | 92 | 24.7 | 167 | 44.8 | 66 | 17.7 | 3.63 | |
| 24. Creo la enfermedad de tabaquismo depende de la cantidad de | 28 | 7.5 | 65 | 17.4 | 83 | 22.3 | 152 | 40.8 | 45 | 12.1 | 3.32 | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|------|--|
| tabaco que consuma la persona. | | | | | | | | | | | | |
| 25. Considero que el tabaquismo afecta negativamente a las neuronas. | 14 | 3.8 | 18 | 4.8 | 95 | 25.5 | 165 | 44.2 | 81 | 21.7 | 3.75 | |
| 26. Pienso que la familia es el principal factor de predisposición para el consumo de tabaco. | 46 | 12.3 | 86 | 23.1 | 135 | 36.2 | 88 | 23.6 | 18 | 4.8 | 2.86 | |
| 27. Considero que fumar tabaco en pipa también da pie a desarrollar una adicción. | 7 | 1.9 | 25 | 6.7 | 104 | 27.8 | 176 | 47.2 | 61 | 16.4 | 3.69 | |
| 28. A mi consideración los vaporizadores con aromas frutales ayudan a disminuir el consumo de tabaco. | 31 | 8.3 | 112 | 30.0 | 183 | 49.1 | 42 | 11.3 | 5 | 1.3 | 2.67 | |
| 30. El consumo de tabaco creo, es un hábito. | 16 | 4.3 | 43 | 11.5 | 81 | 21.7 | 174 | 46.6 | 59 | 15.8 | 3.58 | |
| 31. Pienso que el tabaquismo es un problema de salud pública grave. | 10 | 2.7 | 8 | 2.1 | 52 | 13.9 | 174 | 46.6 | 129 | 34.6 | 4.08 | |
| 32. A mi consideración, el efecto estimulante de la nicotina es la única causa de la adicción al tabaco. | 17 | 4.6 | 32 | 8.6 | 114 | 30.6 | 164 | 44.0 | 46 | 12.3 | 3.51 | |
| 35. Considero que, del consumo de tabaco se derivan varios tipos de cáncer. | 12 | 3.2 | 26 | 7.0 | 73 | 19.6 | 196 | 52.5 | 66 | 17.7 | 3.75 | |
| 36. Una persona con un cigarro de tabaco en la mano, creo que la hace atractiva. | 140 | 37.5 | 133 | 35.7 | 72 | 19.3 | 21 | 5.6 | 7 | 1.9 | 1.99 | |
| 37. Creo que los cigarros orgánicos son una vía para disminuir el consumo de tabaco en su presentación de cigarro convencional. | 37 | 9.9 | 86 | 23.1 | 181 | 48.5 | 56 | 15.0 | 13 | 3.5 | 2.79 | |
| 38. Considero que tomar medicamentos es la única solución para dejar de fumar. | 78 | 20.9 | 164 | 44.0 | 108 | 29.0 | 21 | 5.6 | 2 | .5 | 2.21 | |
| 39. Creo que el uso de vaporizadores para consumir tabaco presenta daño similar al del cigarro convencional. | 16 | 4.3 | 38 | 10.2 | 168 | 45.0 | 120 | 32.2 | 31 | 8.3 | 3.30 | |
| 40. A mi consideración, | 37 | 9.9 | 97 | 26 | 211 | 56.6 | 23 | 6.2 | 5 | 1.3 | 2.63 | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|------|--|
| consumir tabaco masticado reduce su consumo de manera gradual. | | | | | | | | | | | | |
| 42. Creo que el tabaquismo repercute en la salud física a largo plazo. | 12 | 3.2 | 9 | 2.4 | 33 | 8.8 | 129 | 34.6 | 190 | 50.9 | 4.28 | |
| 44. Considero que se puede consumir tabaco a cualquier edad sin presentar daños en la salud. | 205 | 55.0 | 105 | 28.2 | 40 | 10.7 | 16 | 4.3 | 7 | 1.9 | 1.70 | |
| 45. Considero que el tabaquismo es una epidemia. | 34 | 9.1 | 99 | 26.5 | 121 | 32.4 | 66 | 17.7 | 53 | 14.2 | 3.01 | |
| 46. Gran porcentaje de los niños con padres fumadores, creo serán consumidores potenciales de tabaco. | 22 | 5.9 | 52 | 13.9 | 104 | 27.9 | 158 | 42.4 | 37 | 9.9 | 3.36 | |
| 48. La mayoría de las personas que inician su consumo de tabaco, considero que se vuelven adictas. | 12 | 3.2 | 60 | 16.1 | 111 | 29.8 | 154 | 41.3 | 36 | 9.7 | 3.38 | |
| 50. Considero que el humo de la pipa con tabaco conlleva a consecuencias en la salud exclusivamente a quien lo fuma. | 70 | 18.8 | 129 | 34.6 | 84 | 22.5 | 69 | 18.5 | 21 | 5.6 | 2.58 | |

Estadísticos descriptivos. Creencias psicológicas hacia el tabaquismo

Como parte de las creencias psicológicas de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala presentan una $M= 3.90$ y un 73.7% de ellos marcan una tendencia con estar *De acuerdo y Totalmente de acuerdo* con la creencia de que dejar de fumar es responsabilidad únicamente del fumador y también un 77.7% de ellos se inclina por respuestas favorables en que se puede dejar de fumar cuando esa responsabilidad se asume por el fumador ($M= 3.94$).

Además, 49.3% de los trabajadores están en *Total desacuerdo* con la creencia de que, para iniciar el día es necesario un cigarro de tabaco ($M= 1.76$); un 62.7% de los trabajadores que muestran una respuesta en *Totalmente desacuerdo y En desacuerdo* con la creencia de que fumar permite sentirse energético (a) en el trabajo ($M= 2.22$). Por otro lado, los trabajadores muestran estar *En totalmente desacuerdo y En desacuerdo* (63%) en que fumar permite concentrarse en las actividades diarias ($M= 2.23$), y que los

contextos sociales como fiestas, reuniones familiares o de trabajo, son la causa principal para consumir cigarrillos de tabaco, con un 32.4% de ellos está *De acuerdo* en esta creencia.

Y como último punto, en creencias como el fumar ayuda la búsqueda de identidad individual (M=2.00) el 71.6 % los trabajadores marcan una tendencia de respuesta En Desacuerdo y Totalmente en desacuerdo hacia dicha creencia; fumar permite ejercer un rol de autoridad (M= 1.95) el 75% de ellos también se inclinan ante una respuesta *en Desacuerdo o Totalmente de acuerdo*, así como un 62.4% está *En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo* con la creencia de que fumar permite a las personas ser más sociables (M= 2.32); asimismo, los trabajadores también marcan una tendencia a responder *En Desacuerdo y Totalmente en desacuerdo* que fumar permite integrarse con las demás personas (M= 2.06, 72.2%), del mismo modo con la creencia de ser percibido con un estatus social alto (M= 1.92, 76.1%) con mayor inclinación en respuesta *En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo*, y del mismo modo con la creencia de que fumar permite memorizar la información cotidiana (M= 1.88, 78.6%) los porcentajes mostrados son aquellos trabajadores que están en *Desacuerdo y Totalmente en desacuerdo* con estas creencias psicológicas (Véase, Tabla 1c).

| Tabla 1c. Estadísticos descriptivos de la categoría de estudio: Creencias psicológicas | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|------|---------------|------|--------------------------------|------|------------|------|-----------------------|------|-------|
| Ítems creencias psicológicas | Totalmente en desacuerdo | | En desacuerdo | | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | | De acuerdo | | Totalmente de acuerdo | | Media |
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | |
| 3. Fumar permite sentirse energético (a) en el trabajo. | 113 | 30.3 | 121 | 32.4 | 94 | 25.2 | 33 | 8.8 | 12 | 3.2 | 2.22 |
| 11. Creo que fumar permite concentrarse en las actividades diarias. | 103 | 27.6 | 132 | 35.4 | 95 | 25.5 | 35 | 9.4 | 8 | 2.1 | 2.23 |
| 12. Creo que fumar, ayuda a la búsqueda de identidad individual. | 137 | 36.7 | 130 | 34.9 | 80 | 21.4 | 21 | 5.6 | 5 | 1.3 | 2.00 |
| 13. A mi consideración, dejar de fumar es responsabilidad únicamente del fumador. | 23 | 6.2 | 30 | 8.0 | 45 | 12.1 | 137 | 36.7 | 138 | 37.0 | 3.90 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|------|
| 15. Creo que fumar permite ejercer un rol de autoridad. | 143 | 38.3 | 137 | 36.7 | 67 | 18.0 | 22 | 5.9 | 4 | 1.1 | 1.95 |
| 17. El cigarro de tabaco disminuye la ansiedad. | 60 | 16.1 | 95 | 25.5 | 120 | 32.2 | 80 | 21.4 | 18 | 4.8 | 2.73 |
| 18. Considero que los contextos sociales (fiestas, reuniones familiares, de trabajo) son la causa principal para consumir cigarros de tabaco. | 38 | 10.2 | 83 | 22.3 | 98 | 26.3 | 121 | 32.4 | 33 | 8.8 | 3.08 |
| 29. Creo que una persona puede dejar de fumar cuando asume su responsabilidad para abandonar el tabaco. | 14 | 3.8 | 14 | 3.8 | 55 | 14.7 | 188 | 50.4 | 102 | 27.3 | 3.94 |
| 33. Creo que las personas comienzan a fumar por tener una baja autoestima. | 42 | 11.3 | 104 | 27.9 | 156 | 41.8 | 52 | 13.9 | 19 | 5.1 | 2.74 |
| 34. Fumar permite a las personas ser más sociables. | 74 | 19.8 | 159 | 42.6 | 94 | 25.2 | 40 | 10.7 | 6 | 1.6 | 2.32 |
| 41. Para iniciar el día, creo es necesario un cigarro de tabaco. | 184 | 49.3 | 122 | 32.7 | 46 | 12.3 | 16 | 4.3 | 5 | 1.3 | 1.76 |
| 43. Fumar permite integrarse con las demás personas. | 114 | 30.6 | 155 | 41.6 | 77 | 20.6 | 23 | 6.2 | 4 | 1.1 | 2.06 |
| 47. A mi consideración el fumar solo se lleva a cabo para llamar la atención de los demás. | 39 | 10.5 | 112 | 30.0 | 139 | 37.3 | 61 | 16.4 | 22 | 5.9 | 2.77 |
| 49. Creo que el fumar ayuda a mejorar el estado de ánimo. | 80 | 21.4 | 136 | 36.5 | 107 | 28.7 | 45 | 12.1 | 5 | 1.3 | 2.35 |

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----|------|-----|------|----|------|----|-----|---|-----|------|
| 52. Pienso que fumar permite ser percibido con un estatus social alto. | 141 | 37.8 | 143 | 38.3 | 71 | 19.0 | 13 | 3.5 | 5 | 1.3 | 1.92 |
| 53. A mi consideración fumar permite memorizar la información cotidiana. | 141 | 37.8 | 152 | 40.8 | 70 | 18.8 | 5 | 1.3 | 5 | 1.3 | 1.88 |

Estadísticos descriptivos. Frecuencias y porcentajes de la variable Salud Mental.

Para conocer los niveles de Salud Mental de los trabajadores, la “Escala de Salud General GHQ” está dividido en dos factores siendo el primero sobre la salud general: efectos positivos, sentimiento de bienestar general y expresión psicofisiológica, con una M= 1.79 el 54.7% de los trabajadores ha podido concentrarse bien en lo que hace *Igual que lo habitual* por su parte el 47.2% de ellos han podido disfrutar sus actividades normales cada día (M= 1.80).

Ahora bien, 49.3% de los trabajadores muestran una respuesta *No más que lo habitual* en que sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño (M=1.12), y con mayor inclinación a esta respuesta 41.8% se han sentido constantemente agobiados y en tensión (M=1.32).

Y con una M= 2.07, 55.8% de los trabajadores se sienten razonablemente felices considerando todas las circunstancias con un mayor porcentaje en la respuesta *Aproximadamente lo mismo que lo habitual*, contrastando el hecho de que 36.2% de ellos *No, en absoluto* se han sentido poco felices y deprimidos (M= .97) (Véase, Tabla 1d).

Tabla 1d. Estadísticos descriptivos de la categoría de estudio Salud general: efectos positivos, sentimiento de bienestar general y expresión psicofisiológica.

| Ítems Salud general: efectos positivos, sentimiento de bienestar general. | Mucho menos que lo habitual | | Menos que lo habitual | | Igual que lo habitual | | Mejor que lo habitual | | Media |
|---|-----------------------------|------|------------------------|------|------------------------------|------|-----------------------|------|-------|
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | |
| 1. Ha podido concentrarse bien en lo que hace. | 10 | 2.7 | 108 | 29.0 | 204 | 54.7 | 51 | 13.7 | 1.79 |
| | No, en absoluto | | No más que lo habitual | | Bastante más que lo habitual | | Mucho más | | |
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | |
| 2. Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño. | 81 | 21.7 | 184 | 49.3 | 92 | 24.7 | 16 | 4.3 | 1.12 |

| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | |
|---|-----------------------------|------|-----------------------------|------|--|------|---------------------------|------|------|
| 5. Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión. | 62 | 16.6 | 156 | 41.8 | 129 | 34.6 | 26 | 7.0 | 1.32 |
| | Mucho menos | | Menos que lo habitual | | Igual que lo habitual | | Más que lo habitual | | |
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | |
| 7. Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día. | 16 | 4.3 | 112 | 30.0 | 176 | 47.2 | 69 | 18.5 | 1.80 |
| | No, en absoluto | | No más que lo habitual | | Bastante más que lo habitual | | Mucho más | | |
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | |
| 9. Se ha sentido poco feliz y deprimido. | 135 | 36.2 | 127 | 34.0 | 97 | 26.0 | 14 | 3.8 | .97 |
| | Mucho menos que lo habitual | | Menos feliz que lo habitual | | Aproximadamente lo mismo que lo habitual | | Más feliz que lo habitual | | |
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | |
| 12. Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias. | 4 | 1.1 | 63 | 16.9 | 208 | 55.8 | 98 | 26.3 | 2.07 |

Estadísticos descriptivos. Frecuencias y porcentajes de la variable Salud Mental.

Siguiendo la misma línea, pero con el Factor 2 sobre funcionamiento social, capacidad de afrontamiento y auto valorarse de la variable Salud Mental, 47.5% de los trabajadores se encuentran *Igual que lo habitual* en el hecho de sentir que están jugando un papel útil en la vida (M=2.14).

Con mayor porcentaje de respuesta *Igual que lo habitual*, el 52.3% de los trabajadores se han sentido capaz de tomar decisiones (M=2.19), también un 55.8% han sido capaces de hacer frente a sus problemas (M=2.12) aunque de manera contraría un 41.0% de los trabajadores han sentido que no pueden superar sus dificultades (M= .96) respondiendo *No más que lo habitual*.

Y finalmente, 52.8% de los trabajadores con respuesta *No, en absoluto* han perdido confianza en sí mismos (M= .68) y 74% de ellos también se inclina por esta respuesta con el ítem de si han pensado que ellos son una persona que no vale para nada (M= .40) (Véase, Tabla 1e).

| Ítems Factor de funcionamiento social, | Mucho menos | Menos útil que lo habitual | Igual que lo habitual | Más que lo habitual | Media |
|--|-------------|----------------------------|-----------------------|---------------------|-------|
|--|-------------|----------------------------|-----------------------|---------------------|-------|

| capacidad de afrontamiento y auto valorarse | | | | | | | | | |
|--|-----------------|------|----------------------------|------|------------------------------|------|---------------------------|------|------|
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | |
| 3. Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida. | 15 | 4.0 | 49 | 13.1 | 177 | 47.5 | 132 | 35.4 | 2.14 |
| | Mucho menos | | Menos capaz de lo habitual | | Igual que lo habitual | | Más capaz de lo habitual | | |
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | |
| 4. Se ha sentido capaz de tomar decisiones. | 3 | .8 | 49 | 13.1 | 195 | 52.3 | 126 | 33.8 | 2.19 |
| | No, en absoluto | | No más que lo habitual | | Bastante más que lo habitual | | Mucho más | | |
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | |
| 6. Se ha sentido que no puede superar sus dificultades. | 121 | 32.4 | 153 | 41.0 | 91 | 24.4 | 8 | 2.1 | .96 |
| | Mucho menos | | Menos capaz de lo habitual | | Igual que lo habitual | | Más capaz que lo habitual | | |
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | |
| 8. Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas. | 5 | 1.3 | 53 | 14.2 | 208 | 55.8 | 107 | 28.7 | 2.12 |
| | No, en absoluto | | No más que lo habitual | | Bastante más que lo habitual | | Mucho más | | |
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | |
| 10. Ha perdido confianza en sí mismo. | 197 | 52.8 | 113 | 30.3 | 50 | 13.4 | 13 | 3.5 | .68 |
| 11. Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada. | 276 | 74.0 | 60 | 16.1 | 23 | 6.2 | 14 | 3.8 | .40 |

Estadísticos descriptivos. Frecuencias y porcentajes de la variable Adicción al Trabajo.

Como parte de la medición a la variable Adicción al Trabajo y a la forma de puntuar las respuestas, se dividió en dos opciones de respuesta únicamente *Totalmente en desacuerdo* y *Totalmente de acuerdo* (que pertenecen a la escala de 1 a 6) por lo cual se decidió sumar los tres porcentajes. Con una M= 2.47 el 52.6% de los trabajadores está *Totalmente de acuerdo* en que el trabajo es lo más importante que existe en sus vidas, a pesar de ello un 64.1% está en *Total desacuerdo* en tener problemas de salud derivados de la carga laboral (M=1.95). Con mayores porcentajes en respuestas *Totalmente de acuerdo*, un 53.9% resalta que trabajan más de lo que exige su horario laboral (M= 2.68) y un 54.1% de los trabajadores respondieron que el trabajo ocupa casi todo su tiempo disponible (M= 2.65).

Y por su parte 51.4% de los trabajadores se inclinó en responder *un Totalmente de acuerdo* en que estando en casa al menos planifican o piensan lo que tienen que hacer en el trabajo (M= 2.55), del mismo modo un 56% de ellos está en *Total acuerdo* en que no le agrada delegar trabajo porque les gusta hacerlo por ellos mismos (M=2.77) y con base al ítem de identificarse tras una escala “Soy una persona que tiene necesidad compulsiva por el trabajo, que le encanta trabajar sin importar que ponga en peligro mis relaciones sociales y familiares” (M = 2.28) un 56.8% de los trabajadores muestra *Total desacuerdo* en dicha descripción (Véase, Tabla 1f).

Tabla 1f. Estadísticos descriptivos de la categoría de estudio: Adicción al trabajo

| Ítems Adicción al trabajo | Totalmente en desacuerdo | | Totalmente en desacuerdo | | Totalmente en desacuerdo | | Totalmente de acuerdo | | Totalmente de acuerdo | | Totalmente de acuerdo | | Media |
|--|--------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|------|-----------------------|------|-----------------------|------|-----------------------|------|-------|
| | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | Frec. | % | |
| 1. El trabajo es lo más importante que existe en mi vida. | 49 | 13.1 | 39 | 10.5 | 89 | 23.9 | 114 | 30.6 | 46 | 12.3 | 36 | 9.7 | 2.47 |
| 2. Trabajo más de lo que exige mi horario laboral. | 55 | 14.7 | 51 | 13.7 | 66 | 17.7 | 63 | 16.9 | 63 | 16.9 | 75 | 20.1 | 2.68 |
| 3. Tengo problemas de salud derivados de la carga laboral. | 91 | 24.4 | 85 | 22.8 | 63 | 16.9 | 56 | 15.0 | 40 | 10.7 | 38 | 10.2 | 1.95 |
| 4. Mi trabajo me ocupa casi todo el tiempo disponible. | 59 | 15.8 | 51 | 13.7 | 61 | 16.4 | 71 | 19.0 | 51 | 13.7 | 80 | 21.4 | 2.65 |
| 5. Mi familia me pregunta que ¿cuándo descanso? | 99 | 26.5 | 66 | 17.7 | 61 | 16.4 | 46 | 12.3 | 40 | 10.7 | 61 | 16.4 | 2.12 |
| 6. Llevo un estilo de vida muy ajetreado. | 59 | 15.8 | 70 | 18.8 | 68 | 18.2 | 65 | 17.4 | 50 | 13.4 | 61 | 16.4 | 2.43 |
| 7. Cuando estoy en mi casa al menos planifico o pienso lo que tengo que hacer en el trabajo. | 67 | 18.0 | 60 | 16.1 | 54 | 14.5 | 62 | 16.6 | 53 | 14.2 | 77 | 20.6 | 2.55 |
| 8. Suelo llevarme, informes y documentos del | 134 | 35.9 | 66 | 17.7 | 44 | 11.8 | 31 | 8.3 | 46 | 12.3 | 52 | 13.9 | 1.85 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|------|--|
| trabajo para leerlos en casa. | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Cuando se van terminando las vacaciones deseo volver al trabajo. | 133 | 35.7 | 65 | 17.4 | 75 | 20.1 | 41 | 11.0 | 27 | 7.2 | 32 | 8.6 | 1.62 | |
| 10. Me quejo continuamente porque me falta tiempo. | 82 | 22.0 | 66 | 17.7 | 62 | 16.6 | 62 | 16.6 | 47 | 12.6 | 54 | 14.5 | 2.24 | |
| 11. En mis conversaciones predominan los temas relacionados con el trabajo. | 76 | 20.4 | 75 | 20.1 | 77 | 20.6 | 70 | 18.8 | 45 | 12.1 | 30 | 8.0 | 2.06 | |
| 12. Mi agenda telefónica tiene más contactos de trabajo que amigos o familiares. | 97 | 26.0 | 50 | 13.4 | 70 | 18.8 | 48 | 12.9 | 42 | 11.3 | 66 | 17.7 | 2.23 | |
| 13. Para mí el trabajo y el descanso son lo mismo. | 166 | 44.5 | 74 | 19.8 | 56 | 15.0 | 29 | 7.8 | 18 | 4.8 | 30 | 8.0 | 1.33 | |
| 14. No me agrada delegar trabajo porque me gusta hacerlo yo. | 47 | 12.6 | 47 | 12.6 | 70 | 18.8 | 72 | 19.3 | 55 | 14.7 | 82 | 22.0 | 2.77 | |
| 15. Me es difícil encontrar tiempo para divertirme. | 102 | 27.3 | 59 | 15.8 | 66 | 17.7 | 71 | 19.0 | 44 | 11.8 | 31 | 8.3 | 1.97 | |
| 16. Considero que el ocio es una pérdida de tiempo. | 99 | 26.5 | 65 | 17.4 | 69 | 18.5 | 53 | 14.2 | 34 | 9.1 | 53 | 14.2 | 2.05 | |
| 17. Cuando no estoy trabajando me siento improductivo. | 112 | 30.0 | 68 | 18.2 | 60 | 16.1 | 51 | 13.7 | 42 | 11.3 | 40 | 10.7 | 1.90 | |
| 18. ¿En qué medida cree usted que esta descripción se aplique a usted? | 114 | 30.6 | 46 | 12.3 | 52 | 13.9 | 33 | 8.8 | 38 | 10.2 | 90 | 24.1 | 2.28 | |

Soy una persona que tiene necesidad compulsiva por el trabajo, que le encanta trabajar sin importar que ponga en peligro mis relaciones sociales y familiares.

2. Estadísticos de Fiabilidad: Alpha de Cronbach

2.1 Escala creencias hacia el tabaquismo

En cuanto a la confiabilidad es la consistencia o estabilidad de una medida, además dentro de la investigación es considerado qué tanto error de medición existe en un instrumento de medición, haciendo énfasis en que se refiere a la exactitud con que un instrumento mida lo que se pretenda medir. Ahora bien, el coeficiente de confiabilidad está vinculado a la homogeneidad o consistencia interna del cual se dispone el coeficiente Alpha (α) propuesto por Lee Cronbach, que representa las fórmulas de consistencia interna para formatos binarios o de respuestas dicotómicas; su creación de α permitió evaluar la confiabilidad y consistencia interna de instrumentos con tipos de escala Likert o cualquier escala con opciones múltiples (Quero, 2010; Magnusson, como se citó en Quero, 2010), también se puede considerar este coeficiente como la medida de algún constructo, concepto o factor medido está presente en cada ítem (Celina y Campos- Arias, 2005).

Se obtuvo que los 53 ítems de la encuesta ETBEMTLX tienen consistencia interna generando un coeficiente Alpha de Cronbach de .860, analizados a través de 373 casos conformando el 100% de los datos del instrumento (Véase, Tabla 2a y 2b).

| Casos | N | % |
|------------------|-----|-------|
| Válidos | 373 | 100.0 |
| Excluidos (a) | 0 | .0 |
| Total | 373 | 100.0 |

| Alpha de Cronbach | No. de elementos |
|-------------------|------------------|
| .860 | 53 |

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados de la puntuación en cada reactivo, considerando la distribución de las respuestas a través de las medias y

desviación estándar en cada uno de ellos. La media es de 159.46 mientras que el valor de la desviación estándar es de 18.240 al considerar los 53 elementos. La media se encuentra entre 1.67 (reactivo 21) y 4.28 (reactivo 42), mientras que la desviación estándar comprende de .833 (reactivo 28) y 1.258 (reactivo 1). De acuerdo con la prueba de correlación elemento total corregida y el Alpha de Cronbach si se elimina elemento, se encontró que no tiene caso eliminar determinados reactivos, ya que comprenden un valor de correlación de .151 (reactivo 44) con un Alpha de Cronbach de .860 para el reactivo menor, y un valor de .447 para el reactivo mayor (reactivo 10) con un Alpha de Cronbach de .855. De este modo se decidió no eliminar reactivos permaneciendo los 53 con un Alpha de Cronbach de .860, lo cual da pauta al análisis factorial exploratorio (Véase, Tabla 2c).

Tabla 2c. Media, Desviación estándar, estadística de relación reactivo- total en el instrumento

| Reactivo | Media | Desviación estándar | Correlación total de elementos corregida | Alpha de Cronbach si el elemento se ha suprimido |
|----------|-------|---------------------|--|--|
| 1 | 3.70 | 1.258 | .286 | .858 |
| 2 | 3.79 | 1.139 | .328 | .857 |
| 3 | 2.22 | 1.073 | .271 | .858 |
| 4 | 3.88 | 1.095 | .154 | .860 |
| 5 | 2.87 | .895 | .308 | .857 |
| 6 | 3.05 | .955 | .219 | .859 |
| 7 | 3.98 | 1.028 | .233 | .859 |
| 8 | 3.79 | 1.016 | .414 | .855 |
| 9 | 4.05 | .888 | .393 | .856 |
| 10 | 3.91 | .889 | .447 | .855 |
| 11 | 2.23 | 1.024 | .305 | .857 |
| 12 | 2.00 | .964 | .254 | .858 |
| 13 | 3.90 | 1.167 | .259 | .858 |
| 14 | 2.86 | 1.106 | .351 | .857 |
| 15 | 1.95 | .946 | .331 | .857 |
| 16 | 2.01 | .969 | .230 | .859 |
| 17 | 2.73 | 1.113 | .338 | .857 |
| 18 | 3.08 | 1.143 | .375 | .856 |
| 19 | 2.97 | .881 | .295 | .858 |
| 20 | 3.42 | .902 | .268 | .858 |
| 21 | 1.67 | .834 | .166 | .860 |
| 22 | 3.46 | 1.048 | .328 | .857 |
| 23 | 3.63 | 1.009 | .439 | .855 |

| | | | | |
|----|------|-------|------|------|
| 24 | 3.32 | 1.124 | .275 | .858 |
| 25 | 3.75 | .972 | .334 | .857 |
| 26 | 2.86 | 1.065 | .355 | .856 |
| 27 | 3.69 | .888 | .313 | .857 |
| 28 | 2.67 | .833 | .191 | .859 |
| 29 | 3.94 | .953 | .287 | .858 |
| 30 | 3.58 | 1.025 | .333 | .857 |
| 31 | 4.08 | .899 | .376 | .856 |
| 32 | 3.51 | .972 | .297 | .858 |
| 33 | 2.74 | 1.003 | .307 | .857 |
| 34 | 2.32 | .963 | .394 | .856 |
| 35 | 3.75 | .937 | .241 | .859 |
| 36 | 1.99 | .982 | .302 | .857 |
| 37 | 2.79 | .936 | .351 | .857 |
| 38 | 2.21 | .855 | .259 | .858 |
| 39 | 3.30 | .916 | .292 | .858 |
| 40 | 2.63 | .798 | .251 | .858 |
| 41 | 1.76 | .923 | .297 | .858 |
| 42 | 4.28 | .954 | .178 | .860 |
| 43 | 2.06 | .924 | .320 | .857 |
| 44 | 1.70 | .954 | .151 | .860 |
| 45 | 3.01 | 1.174 | .342 | .857 |
| 46 | 3.36 | 1.032 | .386 | .856 |
| 47 | 2.77 | 1.034 | .298 | .858 |
| 48 | 3.38 | .973 | .425 | .855 |
| 49 | 2.35 | .991 | .297 | .858 |
| 50 | 2.58 | 1.154 | .169 | .860 |
| 51 | 4.15 | .908 | .277 | .858 |
| 52 | 1.92 | .908 | .352 | .857 |
| 53 | 1.88 | .852 | .235 | .859 |

2.2 Escala de Salud Mental

Para medir la variable de Salud Mental se utilizó el instrumento “Cuestionario de Salud General de Goldberg” (García- Viniegras 1999) mismo que ya cumple con el proceso de validez y confiabilidad permitiendo su uso dentro de la investigación; dicho esto su coeficiente Alpha de Cronbach es de 0.89 lo cual indica consistencia interna en el instrumento.

2.3 Escala de Adicción al trabajo

Por otro lado, el “Cuestionario auto aplicable: Adicción al trabajo” elaborado por Arias en el 2009 (Méndez- Rodríguez, 2014), también cumple ya cumple con el proceso de validez y confiabilidad permitiendo su uso dentro de la investigación, de modo que se utilizó para medir la variable adicción al trabajo teniendo como valor de coeficiente de Alpha de Cronbach de .897 lo que indica que existe consistencia interna en el instrumento.

3. Análisis Factorial Exploratorio

El análisis factorial exploratorio es uno de los análisis estadísticos más utilizados en cuanto al desarrollo y validación de test, siendo la técnica para explorar el conjunto de variables o factores en un conjunto amplio de datos se convierte en un paso decisivo para verificar la estructura interna de una escala, así como para dar significado teórico a un conjunto inicial de ítems de un test, va a permitir agrupar las variables. Cabe mencionar que una gran cantidad de ítems puede reducirse a un número pequeño de factores o dimensiones (Lloret- Segura, et al., 2014; Pérez y Medrano, 2010). Por medio de la aplicación del análisis factorial exploratorio, se obtuvo que la medida Kaiser-Meyer-Olkin [KMO] de adecuación de muestreo con un valor de .821, mientras que la prueba de esfericidad de Barlett, arrojó un valor de 7030.483, gl de 1378, con una sig =.000; estos valores indican que se puede proceder apropiadamente con la aplicación del análisis factorial de componentes principales.

Durante el desarrollo del análisis factorial exploratorio se encontró que era conveniente eliminar 13 reactivos; los reactivos 21 y 46 se eliminaron debido a que no se agruparon en ninguno de los factores. Por su parte el reactivo 5 del factor 14, los reactivos 16, 42 y 51 del factor 8, los reactivos 19 y 39 del factor 7, el reactivo 24 y 37 del factor 12, el 26 y 30 del factor 11 y el reactivo 50 del factor 13 se eliminaron por no cumplir con el criterio de contar con al menos 3 reactivos para conformar un factor, por lo tanto, con la eliminación de factores señalados, la varianza total explicada del instrumento es de 49.450% (Véase Tabla 3a).

Tabla 3a. Varianza explicada, varianza acumulada, media y desviación estándar de cada factor

| Factores | % varianza explicada | % varianza acumulada | M | DE |
|--|----------------------|----------------------|------|------|
| FACTOR 1. CP: Tabaco en la vida cotidiana. | 13.865 | 7.833 | 2.34 | .715 |
| FACTOR 2. CCS: Responsabilidad de consumo y salud. | 12.501 | 14.786 | 3.71 | .616 |
| FACTOR 3. CP: Percepción y beneficios del consumo de tabaco. | 4.988 | 21.646 | 1.88 | .662 |
| FACTOR 4. CCS: De hábito a adicción al tabaco. | 4.188 | 27.009 | 3.69 | .637 |
| FACTOR 5. CP: Beneficios sociales de fumar. | 3.313 | 31.375 | 2.60 | .727 |
| FACTOR 6. CCS: Repercusiones del tabaquismo. | 3.177 | 35.584 | 3.59 | .810 |
| FACTOR 7. CP: Detonantes del tabaquismo. | 2.423 | 46.075 | 3.49 | .750 |
| FACTOR 8. CCS: Tratamientos para el abandono de tabaco. | 2.284 | 49.450 | 2.50 | .586 |

En la tabla 3b se muestran los resultados del análisis factorial en donde se obtuvieron 8 factores, conformados por 40 reactivos finales, teniendo un coeficiente de Alpha de Cronbach final de .860 (Véase Tabla 3b).

Tabla 3b. Matriz de configuración, varianza total explicada y Alpha de Cronbach por factores

| Reactivo | Carga factorial | | | | | | | |
|---|---------------------------------|--|--|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--|
| | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 | Factor 4 | Factor 5 | Factor 6 | Factor 7 | Factor 8 |
| | CP: Tabaco en la vida cotidiana | CCS: Responsabilidad de consumo y salud. | CP: Percepción y beneficios del consumo de tabaco. | CCS: Da hábito a adicción al tabaco. | CP: Beneficios sociales de fumar. | CCS: Repercusiones del tabaquismo. | CP: Detonantes del tabaquismo. | CCS: Tratamientos para abandono de tabaco. |
| 11. Creo que fumar permite concentrarse en las actividades diarias. | 0.737 | | | | | | | |
| 17. El cigarro de tabaco disminuye la ansiedad. | 0.730 | | | | | | | |
| 14. Considero que fumar causa una sensación de placer. | 0.663 | | | | | | | |
| 3. Fumar permite sentirse energético (a) en el trabajo. | 0.630 | | | | | | | |
| 12. Creo que fumar, ayuda a la búsqueda de identidad individual. | 0.614 | | | | | | | |
| 15. Creo que fumar permite ejercer un rol de autoridad. | 0.539 | | | | | | | |
| 49. Creo que el fumar ayuda a mejorar el estado de ánimo. | 0.673 | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|-------|--|--|--|--|
| 20. El masticar tabaco considero que también daña la salud en general. | 0.751 | | | | |
| 27.Considero que fumar tabaco en pipa también da pie a desarrollar una adicción. | 0.748 | | | | |
| 25. Considero que el tabaquismo afecta negativamente a las neuronas. | 0.711 | | | | |
| 31. Pienso que el tabaquismo es un problema de salud pública grave. | 0.568 | | | | |
| 22. A mi consideración se necesita tratamiento psicológico para el abandono de tabaco. | 0.452 | | | | |
| 35. Considero que, del consumo de tabaco se derivan varios tipos de cáncer. | 0.396 | | | | |
| 29. Creo que una persona puede dejar de fumar cuando asume su responsabilidad para abandonar el tabaco. | 0.393 | | | | |
| 23.Pienso que el tabaquismo comienza desde la experimentación de consumo entre amigos. | 0.383 | | | | |
| 44. Considero que se puede consumir tabaco a cualquier edad sin presentar daños en la salud. | 0.658 | | | | |
| 53. A mi consideración fumar permite memorizar la información cotidiana. | 0.638 | | | | |
| 41. Para iniciar el día, creo es necesario un cigarro de tabaco. | 0.624 | | | | |
| 52. Pienso que fumar permite ser percibido con un estatus social alto. | 0.597 | | | | |
| 36. Una persona con un cigarro de tabaco en la mano, creo que la hace atractiva. | 0.521 | | | | |
| 43. Fumar permite integrarse con las demás personas. | 0.508 | | | | |
| 7. El consumo de tabaco de una persona aumenta de manera gradual al punto de necesitarlo a diario. | 0.671 | | | | |
| 10. Pienso que el tabaquismo es una adicción a la nicotina. | 0.653 | | | | |
| 9. Considero que la nicotina es la sustancia que genera adicción a fumar cigarros de tabaco. | 0.614 | | | | |
| 6.Creo que al fumar tabaco en pipa se consume la misma cantidad de nicotina que de un cigarro convencional. | 0.580 | | | | |
| 8. Creo que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. | 0.566 | | | | |
| 48. La mayoría de las personas que inician su consumo de tabaco, considero que se vuelven adictas. | 0.409 | | | | |
| 33. Creo que las personas comienzan a fumar por tener una baja autoestima. | 0.708 | | | | |
| 47. A mi consideración el fumar solo se lleva a cabo para llamar la atención de los demás. | 0.648 | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 34. Fumar permite a las personas ser más sociables. | | | | | 0.593 | | | |
| 2. A mi consideración el tabaco es una droga. | | | | | | 0.739 | | |
| 1. Considero que el tabaquismo es una enfermedad con constantes recaídas en su consumo. | | | | | | 0.693 | | |
| 45. Considero que el tabaquismo es una epidemia. | | | | | | 0.398 | | |
| 4. Considero que el tabaquismo repercute negativamente en la economía familiar. | | | | | | 0.395 | | |
| 13. A mi consideración, dejar de fumar es responsabilidad únicamente del fumador. | | | | | | | 0.729 | |
| 32. A mi consideración, el efecto estimulante de la nicotina es la única causa de la adicción al tabaco. | | | | | | | 0.458 | |
| 18. Considero que los contextos sociales (fiestas, reuniones familiares, de trabajo) son la causa principal para consumir cigarros de tabaco. | | | | | | | 0.439 | |
| 40. A mi consideración, consumir tabaco masticado reduce su consumo de manera gradual. | | | | | | | | 0.730 |
| 28. A mi consideración los vaporizadores con aromas frutales ayudan a disminuir el consumo de tabaco. | | | | | | | | 0.501 |
| 38. Considero que tomar medicamentos es la única solución para dejar de fumar. | | | | | | | | 0.403 |
| Total de reactivos | 7 | 8 | 6 | 6 | 3 | 4 | 3 | 3 |
| % de Varianza Total Explicada | 13.865 | 12.501 | 4.988 | 4.188 | 3.313 | 3.177 | 2.423 | 2.284 |
| Valor de Coeficiente Alpha de Cronbach | 0.819 | 0.802 | 0.811 | 0.748 | 0.555 | 0.641 | 0.431 | 0.501 |

Finalmente, se obtuvieron 8 factores que permiten explicar las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo. Se realizará una descripción breve de cada uno de ellos.

Factor 1. (CP). Tabaco en la vida cotidiana. Este primer factor hace referencia a aquellos beneficios que puede tener el consumo de tabaco, a pesar de los daños causados en la salud en general. Un claro ejemplo es que fumar permite concentrarse en las actividades diarias por el hecho de que se convierte en un estímulo presente al realizar una actividad concreta, automáticamente relacionándola con estar fumando, tener el cigarro en mano o hasta con el hecho de inhalar y exhalar el humo de tabaco, también el sentirse energéticos (as) en el trabajo considerando que para una o un grupo

de personas esto puede ser una motivación para comenzar su trabajo u otras actividades e incluso mejorando su estado de ánimo; por su parte, el efecto de relajación que se deriva del fumar es la simulación de la respiración diafragmática al fumar un cigarro, siendo esta la que permite sentir la sensación de relajación cuando hay tensión o ansiedad. De los 40 reactivos totales, 7 de ellos pertenecen a este factor destacando que el reactivo 11 “Creo que fumar permite concentrarse en las actividades diarias” con la mayor carga factorial .737. También, este factor tiene un coeficiente Alpha de Cronbach de .819 así como una varianza total explicada de 13.865% (Véase Tabla 3c).

Tabla 3c. Factor 1. (CP): Tabaco en la vida cotidiana.

| ítem | Carga factorial |
|---|-----------------|
| 11. Creo que fumar permite concentrarse en las actividades diarias. | 0.737 |
| 17. El cigarro de tabaco disminuye la ansiedad. | 0.730 |
| 14. Considero que fumar causa una sensación de placer. | 0.663 |
| 3. Fumar permite sentirse energético (a) en el trabajo. | 0.630 |
| 12. Creo que fumar, ayuda a la búsqueda de identidad individual. | 0.614 |
| 15. Creo que fumar permite ejercer un rol de autoridad. | 0.539 |
| 49. Creo que el fumar ayuda a mejorar el estado de ánimo. | 0.673 |

Factor 2. (CCS): Responsabilidad de consumo y salud. Este factor abarca creencias científicas/ sociales las cuales están avaladas por la ciencia, considerando que el tabaquismo comienza desde la experimentación de consumo entre amigos, principalmente en la etapa adolescente, que es cuando se agudiza el consumo de tabaco por diferentes razones desde los contextos como una fiesta, por querer encajar en un grupo de amigos, por crear vínculos afectivos con chicas o chicos, por sentirse relajados e incluso por los constantes cambios en los estados de ánimo en gran parte de esta etapa. Aunque posiblemente también se inicie desde una etapa infantil por el hecho de convivir con familiares cercanos que fuman, estos diversos factores han generado que el tabaquismo sea un problema de salud pública grave, por el hecho de que la edad de consumo disminuye cada vez más, si se inicia en la adolescencia es posible que las edades de inicio vayan de los 11 a 12 años, también por los efectos graves en la salud derivando varios tipos de cáncer sea por cuestión genética y que el tabaco se convierta en un detonante o bien por la cantidad de tabaco consumido que también deriva otras

enfermedades. El hecho de contar con diferentes vías para el abandono de tabaco como el tabaco masticado o en pipa, no quiere decir que estas sean efectivas en su totalidad y que no se presenten efectos secundarios en las personas, también se necesita asumir la responsabilidad para abandonar su consumo y a la par un tratamiento psicológico. De los 40 reactivos totales, 8 de ellos pertenecen a este factor siendo el reactivo 20 “El masticar tabaco considero que también daña la salud en general” con una carga factorial mayor de 0.751. El factor 2 presenta un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.802 y una varianza total explicada de 12.501% (Véase Tabla 3d).

Tabla 3d. Factor 2. (CCS): Responsabilidad de consumo y salud.

| ítem | Carga factorial |
|---|-----------------|
| 20. El masticar tabaco considero que también daña la salud en general. | 0.751 |
| 27. Considero que fumar tabaco en pipa también da pie a desarrollar una adicción. | 0.748 |
| 25. Considero que el tabaquismo afecta negativamente a las neuronas. | 0.711 |
| 31. Pienso que el tabaquismo es un problema de salud pública grave. | 0.568 |
| 22. A mi consideración se necesita tratamiento psicológico para el abandono de tabaco. | 0.452 |
| 35. Considero que, del consumo de tabaco se derivan varios tipos de cáncer. | 0.396 |
| 29. Creo que una persona puede dejar de fumar cuando asume su responsabilidad para abandonar el tabaco. | 0.393 |
| 23. Pienso que el tabaquismo comienza desde la experimentación de consumo entre amigos. | 0.383 |

Factor 3. (CP): Percepción y beneficios del consumo de tabaco. En cuanto al factor 3, este hace referencia en mayor parte a creencias psicológicas considerando que para iniciar el día es necesario un cigarro lo cual genera motivación por ser un estímulo que dé pauta a realizar una o varias actividades al mismo tiempo, además por causar ese efecto relajante permitirá empezar el día con menor estrés o ansiedad ante los obstáculos que se les puedan presentar. Del mismo modo, existen beneficios ante su consumo como memorizar la información cotidiana al relacionar la adquisición de información con tener un cigarro en mano o en la boca, y que incluso es posible ser percibido con un estatus social alto quizá porque gran parte de las personas que fuman en un entorno laboral tienen cargos altos o actividades que les genera mayor estrés y que se perciban como personas bien vestidas, ordenadas e incluso agradables en físico, que al tener un cigarro en mano los haga atractivos (as) lo cual detone que se integren con las demás personas por tener este acto en común. De los 40 reactivos totales 6 conforman este factor siendo

el reactivo 44 “Considero que se puede consumir tabaco a cualquier edad sin presentar daños en la salud” con una carga factorial mayor de 0.658 y presenta un coeficiente de Alpha de Cronbach .811 con una varianza total explicada de 4.988% (Véase Tabla 3e).

| Tabla 3e. Factor 3. (CP): Percepción y beneficios del consumo de tabaco | |
|--|-----------------|
| ítem | Carga factorial |
| 44. Considero que se puede consumir tabaco a cualquier edad sin presentar daños en la salud. | 0.658 |
| 53. A mi consideración fumar permite memorizar la información cotidiana. | 0.638 |
| 41. Para iniciar el día, creo es necesario un cigarro de tabaco. | 0.624 |
| 52. Pienso que fumar permite ser percibido con un estatus social alto. | 0.597 |
| 36. Una persona con un cigarro de tabaco en la mano, creo que la hace atractiva. | 0.521 |
| 43. Fumar permite integrarse con las demás personas. | 0.508 |

Factor 4. (CCS): De hábito a adicción al tabaco. Este factor abarca creencias científicas/ sociales que son aquellas con sustento científico, entre ellas el considerar que el tabaquismo es una adicción a la nicotina, convirtiéndose en la sustancia que genera adicción; por lo tanto, aquellas personas que inician su consumo de manera habitual, se volverán adictas por el hecho de necesitar cada vez más tabaco, aumentando su consumo de manera gradual y relacionarlo con su vida cotidiana, creyendo que se relajará con fumar ante cualquier percance presentado que genere estrés. Es así que al considerarlo como adicción, el tabaquismo se convierte en una de las principales causas de muerte a nivel mundial. El factor 4, consta de 6 reactivos de los 40 totales, siendo el reactivo 7 “El consumo de tabaco de una persona aumenta de manera gradual al punto de necesitarlo diario” con una carga factorial mayor de 0.671, este factor cuenta con un coeficiente Alpha de Cronbach de .748 y una varianza total explicada de 4.188% (Véase Tabla 3f).

| Tabla 3f. Factor 4. (CCS): De hábito a adicción al tabaco. | |
|--|-----------------|
| ítem | Carga factorial |
| 7. El consumo de tabaco de una persona aumenta de manera gradual al punto de necesitarlo a diario. | 0.671 |
| 10. Pienso que el tabaquismo es una adicción a la nicotina. | 0.653 |
| 9. Considero que la nicotina es la sustancia que genera adicción a fumar cigarros de tabaco. | 0.614 |
| 6. Creo que al fumar tabaco en pipa se consume la misma cantidad de nicotina que de un cigarro convencional. | 0.580 |
| 8. Creo que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. | 0.566 |
| 48. La mayoría de las personas que inician su consumo de tabaco, considero que se vuelven adictas. | 0.409 |

Factor 5. (CP). Beneficios sociales de fumar. Este factor 5, abarca creencias psicológicas haciendo énfasis en los beneficios sociales para consumo de tabaco, al tener la creencias de que dicho consumo empieza por tener una baja autoestima que posiblemente se haya tenido desde la edad adolescente que es cuando normalmente se inicia y que también conlleve a consumirlo por querer sentirse una persona importante, por llamar la atención, que destaque ante un grupo de personas y sentirse con cierta autoridad por el hecho de que puede enseñar a otros de la misma edad. Dichos beneficios incluyen que, aunque una persona que se le dificulta relacionarse con otras se vuelva más sociable, por el solo hecho de que fumar crea un ambiente ameno y da pauta a iniciar un tema de conversación relacionado al mismo tabaco y posteriormente a otros. El factor 5 posee 3 reactivos de los 40 totales. El reactivo 33 “Creo que las personas comienzan a fumar por tener una baja autoestima” muestra una carga factorial mayor de 0.708, el coeficiente Alpha de Cronbach es de 0.555 y también cuenta con una varianza total explicada de 3.313% (Véase Tabla 3g).

| Tabla 3g. Factor 5. (CP): Beneficios sociales de fumar | |
|--|-----------------|
| ítem | Carga factorial |
| 33. Creo que las personas comienzan a fumar por tener una baja autoestima. | 0.708 |
| 47. A mi consideración el fumar solo se lleva a cabo para llamar la atención de los demás. | 0.648 |
| 34. Fumar permite a las personas ser más sociables. | 0.593 |

Factor 6. (CCS): Repercusiones del tabaquismo. Este factor hace especial énfasis en las repercusiones del tabaquismo, desde el momento de considerar al tabaco como una droga que lo convierte en una enfermedad con constantes recaídas ante su consumo, hasta el punto de ser un problema de salud pública grave derivado de diversas variables desde las personales, sociales, laborales o familiares; mismas variables que obstaculizan el inicio o término de un tratamiento de abandono de tabaco, o que incluso se verán afectadas por dicho consumo, por ejemplo, en la economía familiar, en cubrir las necesidades básicas tales como la alimentación, contar con un hogar que permita el pleno desarrollo de los niños e incluso el acceso a la educación, presentando mayor importancia la compra de una cajetilla de cigarrillos o varios por encima de todo. El factor 6 consta de 4 reactivos de los 40 totales, en donde el reactivo 2 “A mi consideración el

tabaco es una droga” posee mayor carga factorial de 0.739, un coeficiente Alpha de Cronbach de .641 y una varianza total explicada de 3.177% (Véase Tabla 3h).

Tabla 3h. Factor 6. (CCS): Repercusiones del tabaquismo.

| ítem | Carga factorial |
|---|-----------------|
| 2. A mi consideración el tabaco es una droga. | 0.739 |
| 1. Considero que el tabaquismo es una enfermedad con constantes recaídas en su consumo. | 0.693 |
| 45. Considero que el tabaquismo es una epidemia. | 0.398 |
| 4. Considero que el tabaquismo repercute negativamente en la economía familiar. | 0.395 |

Factor 7. (CP): Detonantes del tabaquismo. El factor 7, hace referencia a los detonantes del tabaquismo, con la creencia de que el efecto estimulante de la nicotina es la única causa de la adicción al tabaco, pero ante esta creencia hay que considerar los contextos sociales como fiestas, reuniones familiares o de trabajo que también dan pauta a su consumo por el hecho de que en estos, se trata de iniciar un tema de conversación para disminuir cierta ansiedad entre los diferentes miembros, la inclusión en cierto grupo de personas o hasta para iniciar una plática con una persona atractiva, creyendo que con un cigarro en mano atraerá más a esa persona o demostrara cierto estatus, autoridad o mayor iniciativa a experimentar nuevas cosas. En cuanto a este factor, se componen de 3 reactivos de los 40 en total, siendo el reactivo 13 “A mi consideración, dejar de fumar es responsabilidad únicamente del fumador” con una carga factorial mayor de 0.729. Un coeficiente Alpha de Cronbach de .431 en conjunto con una varianza total explicada de 2.423% (Véase Tabla 3i).

Tabla 3i Factor 7. (CP): Detonantes del tabaquismo.

| ítem | Carga factorial |
|---|-----------------|
| 13. A mi consideración, dejar de fumar es responsabilidad únicamente del fumador. | 0.729 |
| 32. A mi consideración, el efecto estimulante de la nicotina es la única causa de la adicción al tabaco. | 0.458 |
| 18. Considero que los contextos sociales (fiestas, reuniones familiares, de trabajo) son la causa principal para consumir cigarros de tabaco. | 0.439 |

Factor 8. (CCS). Tratamientos para el abandono de tabaco. Este último factor explica los diferentes tratamientos para abandonar el tabaco, uno de ellos es el tabaco masticado en donde existe la creencia de que reduce el consumo de manera gradual porque es diferente a la forma habitual de consumirlo, no se está fumando como tal, creyendo que su riesgo es menor y por lo tanto no tendrá el mismo efecto en la salud,

misma situación con algunos vaporizadores con aromas frutales, que por el sabor se cree que pueda sustituir y disminuir dicho consumo. Pero por otro lado se tiene el tratamiento con medicamentos, aunque este se puede considerar como la única solución para dejar de fumar por parte de quienes lo consumen, genera que al conocer únicamente esta solución y tener dicha creencia prefieran seguir fumando en vez de medicarse, así evitando los efectos o volverse adictos a cierto medicamento, a pesar de que el tabaco también sea una droga. De los 40 reactivos totales, 3 pertenecen a este factor, y el reactivo 40 “A mi consideración, consumir tabaco masticado reduce su consumo de manera gradual” tiene una carga factorial mayor de .730, un coeficiente Alpha de Cronbach de .501 y una varianza total explicada de 2.284% (Véase Tabla 3j).

Tabla 3j. Factor 8. (CCS): Tratamientos para abandono de tabaco.

| ítem | Carga factorial |
|---|-----------------|
| 40. A mi consideración, consumir tabaco masticado reduce su consumo de manera gradual. | 0.730 |
| 28. A mi consideración los vaporizadores con aromas frutales ayudan a disminuir el consumo de tabaco. | 0.501 |
| 38. Considero que tomar medicamentos es la única solución para dejar de fumar. | 0.403 |

4. Análisis de correlación de Pearson

El coeficiente de correlación de Pearson ha sido utilizado en diversas áreas del quehacer científico al momento de definir las propiedades psicométricas de un instrumento para su validación y cuando se tienen al menos dos variables cuantitativas que requiera de un análisis de forma simultánea, que encamine a la pregunta de ¿qué tanta relación existe entre dichas variables? (Hernández- Lalinde, et al., 2018). Uno de los elementos de este análisis es el coeficiente de correlación, que es el estadístico que cuantifica la correlación entre variables teniendo valores entre -1 y +1, mismo valor que da pauta a determinar si el valor obtenido representa una relación significativa (Martínez- Ortega, et al., 2009).

El **FACTOR 1. Creencia psicológica (CP). “Tabaco en la vida cotidiana”** interactúa significativamente con el **FACTOR 3. Creencia psicológica (CP). “Percepción y beneficios del consumo de tabaco”**, con el **FACTOR 5. Creencia psicológica (CP). “Beneficios sociales de fumar”**, además con el **FACTOR 7. Creencia psicológica (CP). “Detonantes del tabaquismo”** y **FACTOR 8 Creencia científica/**

social (CCS). “Tratamientos para el abandono de tabaco”; también se puede observar que hay una correlación significativa con los reactivos de la **“Escala de Salud General GHQ”** que mide la variable Salud Mental como son el **reactivo 4 “Se ha sentido capaz de tomar decisiones”** y el **reactivo 10 “Ha perdido confianza en sí mismo”**, y de igual manera con los reactivos que componen la escala de Adicción al Trabajo **“Cuestionario auto aplicable Adicción al Trabajo”** también existe una correlación significativa, como es en el **reactivo 6 “Llevo un estilo de vida muy ajetreado”** y el **reactivo 10 “Me quejo continuamente porque me falta tiempo”**.

Por su parte el **FACTOR 2. Creencia científica/ social (CCS). “Responsabilidad de consumo y salud”**, tiene una correlación de manera significativa con el **FACTOR 3. Creencia psicológica (CP). “Percepción y beneficios del consumo de tabaco”**, del mismo modo con el **FACTOR 4. Creencia científica/ social (CCS). “De hábito a adicción al tabaco”**, además del **FACTOR 5. Creencia psicológica (CP). “Beneficios sociales de fumar”**, con el **FACTOR 6. Creencia científica/ social (CCS). “Repercusiones del tabaquismo”** y con el **FACTOR 7. Creencia psicológica (CP). “Detonantes del tabaquismo”**; también es posible observar que interactúa significativamente con uno de los reactivos de la **“Escala de Salud General GHQ”** que mide la variable Salud Mental, como es el caso del **reactivo 5 “Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión”** y por su parte con los reactivos de **“Cuestionario auto aplicable Adicción al Trabajo”** como en el **reactivo 9 “Cuando se van terminando las vacaciones deseo volver al trabajo”**, el **reactivo 13 “Para mí el trabajo y el descanso son lo mismo”** y finalmente con el **reactivo 18 “¿En qué medida cree usted que esta descripción se aplique a usted? Soy una persona que tiene necesidad compulsiva por el trabajo, que le encanta trabajar sin importar que ponga en peligro mis relaciones sociales y familiares”**.

Por el lado de las correlaciones del **FACTOR 3. Creencia psicológica (CP). “Percepción y beneficios del consumo de tabaco”**, este interactúa de manera significativa con otros factores como es el **FACTOR 5. Creencia psicológica (CP). “Beneficios sociales de fumar”** y el **FACTOR 8. Creencia científica/ social (CCS). “Tratamientos para el abandono de tabaco”**; del mismo modo correlaciona de manera significativa con los reactivos de **“Cuestionario auto aplicable Adicción al Trabajo”**

como son el reactivo 5 “Mi familia me pregunta ¿qué cuando descanso?”, el reactivo 6 “Llevo un estilo de vida muy ajetreado”, también correlaciona con el reactivo 9 “Cuando se van terminando las vacaciones deseo volver al trabajo”, junto con el reactivo 10 “Me quejo continuamente porque me falta tiempo”, el reactivo 13 “Para mí el trabajo y el descanso son lo mismo” y por último con el reactivo 18 “¿En qué medida cree usted que esta descripción se aplique a usted? Soy una persona que tiene necesidad compulsiva por el trabajo, que le encanta trabajar sin importar que ponga en peligro mis relaciones sociales y familiares”.

Ahora bien, el FACTOR 4. Creencia científica/ social (CCS). “De hábito a adicción al tabaco”, presenta correlaciones significativas con el FACTOR 5. Creencia psicológica (CP). “Beneficios sociales de fumar”, junto con el FACTOR 6. Creencia científica/ social (CCS). “Repercusiones del tabaquismo” y con el FACTOR 7. Creencia psicológica (CP). “Detonantes del tabaquismo”.

El FACTOR 5. Creencia psicológica (CP). “Beneficios sociales de fumar”, se correlaciona de manera significativa con el FACTOR 6. Creencia científica/ social (CCS). “Repercusiones del tabaquismo”, el FACTOR 7. Creencia psicológica (CP). “Detonantes del tabaquismo” y finalmente con el FACTOR 8. Creencia científica/ social (CCS). “Tratamientos para el abandono de tabaco”. De igual forma, este factor tiene una correlación significativa con reactivos de “Cuestionario auto aplicable Adicción al Trabajo”, estos son el reactivo 3 “Tengo problemas de salud derivados de la carga laboral” y con el reactivo 5 “Mi familia me pregunta ¿Qué cuando descanso?”.

Asimismo, el FACTOR 6. Creencia científica/ social (CCS). “Repercusiones del tabaquismo” también tiene correlación significativa con el FACTOR 7. Creencia psicológica (CP). “Detonantes del tabaquismo” y con uno de los reactivos de la “Escala de Salud General GHQ” como es el caso del reactivo 5 “Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión”.

Como siguiente factor está el FACTOR 7. Creencia psicológica (CP). “Detonantes del tabaquismo” que correlacionó de manera significativa con uno de los reactivos del “Cuestionario auto aplicable Adicción al Trabajo” siendo este el reactivo 9 “Cuando se van terminando las vacaciones deseo volver al trabajo”.

Por último, el **FACTOR 8. Creencia científica/ social (CCS) “Tratamientos para el abandono de tabaco”**, se encontró que correlaciona de manera significativa con uno de los reactivos de la escala del **“Cuestionario auto aplicable Adicción al Trabajo”**, tal es el caso del **reactivo 17 “Cuando no estoy trabajando me siento improductivo”** (Véase Tabla 4a).

Tabla 4a. Análisis de factores y reactivos correspondientes a los resultados de la Correlación de Pearson escala ETBEMTLX, Salud General GHQ y Cuestionario Auto aplicable Adicción al Trabajo.

| | FACTOR 1. CP: Tabaco en la vida cotidiana. | FACTOR 2. CCS: Responsabilidad de consumo y salud | FACTOR 3. CP: Percepción y beneficios del consumo de tabaco. | FACTOR 4. CCS: De hábito a adicción al tabaco. | FACTOR 5. CP: Beneficios sociales de fumar. | FACTOR 6. CCS: Repercusiones del tabaquismo. | FACTOR 7. CP: Detonantes del tabaquismo. | FACTOR 8. CCS: Tratamientos para el abandono de tabaco. |
|---|--|---|--|--|---|--|--|---|
| FACTOR 1. CP. "Tabaco en la vida cotidiana". | 1 | | | | | | | |
| FACTOR 2. CCS: Responsabilidad de consumo y salud." | | 1 | | | | | | |
| FACTOR 3. CP: Percepción y beneficios del consumo de tabaco. | .570** | -.226** | 1 | | | | | |
| FACTOR 4. CCS: De hábito a adicción al tabaco. | | .503** | | 1 | | | | |
| FACTOR 5. CP: Beneficios sociales de fumar. | .204** | .162** | .312** | .143** | 1 | | | |
| FACTOR 6. CCS: Repercusiones del tabaquismo. | | .390** | | .453** | .209** | 1 | | |

| | | | | | | |
|--|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------|
| FACTOR 7. CP: Detonantes del tabaquismo. | .167** | .370** | .307** | .208** | .179** | 1 |
| FACTOR 8. CCS: Tratamientos para el abandono de tabaco. | .270** | | .417** | .201** | | 1 |
| SM4 "Se ha sentido capaz de tomar decisiones" | -.148** | | | | | |
| SM 5 "Se ha sentido constantemente gobiado y en tensión" | | .144** | | | .179** | |
| SM10 "Ha perdido confianza en sí mismo", | .168** | | | | | |
| AT 3 "Tengo problemas de salud derivados de la carga laboral" | | | | .137** | | |
| AT 5 "Mi familia me pregunta ¿qué cuando descanso?" | | | .166** | .135** | | |
| AT 6 "Llevo un estilo de vida muy ajetreado" | .153** | | .149** | | | |

| | | | |
|---|----------------|---------------|----------------|
| AT 9 "Cuando se van terminando las vacaciones deseo volver al trabajo" | -.196** | .139** | -.165** |
| AT 10 "Me quejo continuamente porque me falta tiempo". | .155** | .135** | |
| AT 17 "Cuando no estoy trabajando me siento improductivo" | | | .185** |
| AT 13 "Para mí el trabajo y el descanso son lo mismo" | -.215** | .200** | |
| AT 18 "¿En qué medida cree usted que esta descripción se aplique a usted? Soy una persona que tiene necesidad compulsiva por el trabajo, que le encanta trabajar sin importar que ponga en peligro mis relaciones sociales y familiares". | -.145** | .155** | |
| Nivel de Adicción al Trabajo | | .172** | |

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

Como resultados obtenidos a través de este análisis el **FACTOR 1. Creencia psicológica (CP). “Tabaco en la vida cotidiana”** interactúa significativamente con el **FACTOR 3. Creencia psicológica (CP). “Percepción y beneficios del consumo de tabaco”** con un coeficiente .570** interpretada como una correlación *moderada*, con una dirección positiva. De este modo, los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala tienen creencias psicológicas respecto al consumo de tabaco en la vida cotidiana considerándolo como un estímulo que permite una mayor concentración en las actividades diarias y en el mismo trabajo, permitiendo la disminución de ansiedad a los obstáculos que se presenten generando una motivación, sintiéndose energético (a) desde el primer momento del día y mejorando el estado de ánimo, a su vez los trabajadores también creen en los beneficios y las percepciones que conlleva consumir tabaco como es la memorización de información, ser percibido como un estatus social alto que incluso se deriva del ámbito laboral, en donde aquellos que fuman dentro de este entorno tienen cargos altos o actividades que les genera mayor estrés y son percibidas como personas bien vestidas, ordenadas e incluso agradables en físico, que al tener un cigarro en mano los haga atractivos (as) lo cual detona que se integren con los demás por tener este acto en común, existiendo un aumento de personas fumadoras tanto activas y pasivas en su día a día, generando mayores consecuencias.

De acuerdo con el resultado de la correlación del **FACTOR 1. Creencia psicológica (CP). “Tabaco en la vida cotidiana”** con el **FACTOR 5. Creencia psicológica (CP). “Beneficios sociales de fumar”**, se encontraron resultados estadísticamente significativos con un coeficiente de correlación .204** lo que resulta una correlación *baja*, con dirección positiva también. Esta correlación muestra el hecho de que los trabajadores creen que el consumo de tabaco no solo repercute a nivel individual y en las actividades diarias, convirtiéndose en una motivación para iniciar su día en las que cada uno está inmerso disminuyendo su ansiedad ante los obstáculos que se le presenten, sino que también los trabajadores cuentan con las creencias de que dicho consumo inicia por tener una baja autoestima y conlleva a beneficios sociales, tales como al estar en cierto grupo social hace sentir importantes a las personas solo consumiéndose por llamar la atención, por sentirse con cierta autoridad ante otros miembros del mismo círculo social destacando que aunque una persona no pueda relacionarse fácilmente,

dicho consumo puede generar nuevas amistades o vínculos por tener un interés en común.

El FACTOR 1. Creencia psicológica (CP). “Tabaco en la vida cotidiana” y el **FACTOR 7. Creencia psicológica (CP). “Detonantes del tabaquismo”** tienen como resultado un coeficiente de correlación de .167** mostrando una correlación *muy baja* entre factores. Con ello, permite conocer que los trabajadores creen en los beneficios del consumo de tabaco convirtiéndose en estímulo ante ciertas actividades concretas en donde el inhalar y exhalar el humo al fumar, da pauta a una sensación de relajación por simular una respiración diafragmática, a pesar de los daños en la salud que este provoca. A su vez estos trabajadores tienen creencias sobre los detonantes de dicho consumo, como la nicotina siendo la única sustancia que causa adicción al tabaco por el efecto estimulante en las personas, además de los contextos como fiestas, reuniones familiares o laborales en donde el cigarro es una clave para afrontar las situaciones de estrés o ansiedad dentro de estos círculos sociales, tanto para iniciar temas de conversación como para percibirse atractivos (os) con un cigarro en mano, con cierto estatus o autoridad además de la experimentación a nuevas cosas ante las personas.

Para el mismo **FACTOR 1. Creencia psicológica (CP). “Tabaco en la vida cotidiana”** junto con el **FACTOR 8. Creencia científica/ social (CCS). “Tratamientos para el abandono de tabaco”** se obtuvo una correlación estadísticamente significativa con un coeficiente de correlación de .270** con una correlación *baja* y una dirección positiva. A pesar de tener la creencia de los posibles beneficios del tabaco en la vida cotidiana formando parte de la motivación para comenzar sus actividades, se dejan de lado las consecuencias en la salud en donde los trabajadores de ambos estados también presentan la creencia de que hay diferentes tratamientos para disminuir su consumo como el tabaco masticado o vaporizadores sin presentar estos daños creyendo que por el solo hecho de que no se consume de manera convencional que es fumado no repercutirá del mismo modo y además con las diferentes vías para el abandono de tabaco es posible que aun exista la creencia que solo con medicamentos su consumo disminuye siendo este un obstáculo, generando que prefieran seguir fumando en vez de medicarse, así evitando los efectos o volverse adictos a cierto medicamento, a pesar de que el tabaco también sea una droga.

Igualmente, este **FACTOR 1. Creencia psicológica (CP)**. “**Tabaco en la vida cotidiana**” correlacionó significativamente con los reactivos de la escala “**Escala de Salud General GHQ**” como es el caso del **reactivo 4 “Se ha sentido capaz de tomar decisiones”** con un índice de correlación de $-.148^{**}$ mostrando una correlación *muy baja* y con dirección negativa; ante este resultado se encontró que los trabajadores creen que el consumo de tabaco aumenta porque está presente en la ejecución de actividades de la vida cotidiana permitiendo sentirse más energéticos (as), causando una sensación de placer que además mejora el estado de ánimo, a su vez existe una contradicción en sus creencias de los trabajadores de acuerdo con los efectos de su consumo, interpretada como el hecho de que disminuye la capacidad de toma de decisiones, y es aquí que el consumo de tabaco no es una motivación en su día a día que les permita afrontar los obstáculos que se les presente o una mejora en su concentración que de pauta a tomar decisiones de la vida cotidiana o más elaboradas, como en su entorno laboral, pueden seguir fumando pero no depende solo de dicho consumo. También este factor correlaciona de forma significativa con el **reactivo 10 “Ha perdido confianza en sí mismo”** con un índice de $.168^{**}$ mostrando una correlación *muy baja* con dirección positiva; de este modo, trabajadores de ambos estados tienen la creencia que el consumo de tabaco en la vida cotidiana disminuye la ansiedad por la simulación de la respiración diafragmática lo que puede aumentar la concentración al elaborar sus actividades, incluso ayudando en la búsqueda de identidad individual quizá por cómo relacionan el consumo de tabaco en sus círculos sociales y los logros obtenidos, y a su vez los trabajadores consideran que su consumo de tabaco irá de la mano con perder la confianza en sí mismo, de modo que el consumo de tabaco puede ser un factor por el cual se sientan de este modo. Mismo factor, correlaciona de manera significativa con reactivos del “**Cuestionario Auto aplicable Adición al Trabajo**” o como es el **6 “Llevo un estilo de vida muy ajetreado”** con un coeficiente de correlación de $.153^{**}$ siendo *muy baja*, con dirección positiva; lo cual indica que los trabajadores asumen que el consumo de tabaco será en la vida cotidiana por el hecho de relacionarlo con cada uno de los logros, motivaciones, sensaciones de bienestar e incluso con mejora en el estado de ánimo, a su vez estos trabajadores consideran de que aquellas personas que fuman llevan un estilo de vida muy ajetreado aumentando su consumo a pesar de las repercusiones que genera

en la salud, únicamente enfocándose en la creencia de los beneficios. Y del mismo modo con el **reactivo 10 “Me quejo continuamente porque me falta tiempo”** con un coeficiente de correlación de .155** estadísticamente significativo siendo una correlación *muy baja* con dirección positiva de modo que, los trabajadores asumen que el consumo de tabaco se da porque aumenta la concentración en las actividades del día a día, disminuyendo su ansiedad, sintiéndose energéticos (as) en el trabajo e incluso mejorando su estado de ánimo y a su vez asumen que también las personas se quejaron continuamente por la falta de tiempo, al presentarse estos obstáculos o estresores su consumo aumentará en cada situación que les genere ansiedad relacionándolo cada vez más con la creencia de que necesita fumar para relajarse, dejando de lado las consecuencias en la salud por no ser notorias al instante como lo es en otras drogas.

Ahora bien, el **FACTOR 2. Creencia científica/ social (CCS). “Responsabilidad de consumo y salud”** correlaciona de manera significativa con el **FACTOR 3. Creencia psicológica (CP). “Percepción y beneficios del consumo de tabaco”**, teniendo un coeficiente de correlación de -.226** siendo esta correlación *baja* con dirección negativa; los trabajadores tienen creencias sobre el consumo de tabaco que inicia en el ámbito familiar, entre amigos, específicamente en la adolescencia que es posiblemente en donde hay mayor probabilidad de iniciarlo, detonando que la edad de inicio esté más cerca de la niñez y mismo consumo, siga aumentando por la cercanía y convivencia con fumadores volviéndolo un problema de salud pública grave aumentando la probabilidad de desarrollar enfermedades ya sea por cuestión genética o que el mismo tabaco las cause volviendo al único responsable de abandonar el tabaco al mismo fumador. Y a su vez los trabajadores tienen creencias sobre la percepción y beneficios del consumo de tabaco, existiendo una contradicción entre creencias disminuyendo las primeras ya que a pesar de conocer los daños en la salud en general y el problema que se ha vuelto el tabaquismo, se sigue fumando porque se afirman creencias sobre los beneficios que las personas creen que trae dicho consumo ya no será por memorizar la información o una mejora en desempeño de actividades, sino por experimentación desde una edad adolescente de dicha sustancia, encajar en un círculo social mostrando un estatus alto, ser percibido como atractivo o atractiva para establecer vínculos afectivos y por una mejora del estado de ánimo.

También este **FACTOR 2. Creencia científica/ social (CCS). “Responsabilidad de consumo y salud”** presenta un coeficiente de correlación de .503** es decir una correlación *moderada* con dirección positiva estadísticamente significativa con el **FACTOR 4. Creencia científica/ social (CCS). “De hábito a adicción al tabaco”**, en donde los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala presentan creencias acerca de que el consumo de tabaco se inicia como hábito siendo el ámbito familiar un detonante desde la niñez y adolescencia por aquellos miembros familiares que son fumadores, y por ello la edad de consumo disminuye cada vez más, a su vez tienen creencias que una vez que se inicia este consumo se vuelve adicción por ser de forma gradual, siendo la nicotina la sustancia responsable de detonarla e incluso creyendo que permite relajarse ante cualquier situación, convirtiendo al tabaquismo en un problema de salud pública causante de otras enfermedades como cáncer o acelerando su aparición de cáncer por los efectos en la salud en general que conlleva.

Después, está la correlación de este **FACTOR 2. Creencia científica/ social (CCS). “Responsabilidad de consumo y salud”** se encontró que también interactuaba de manera significativa con el **FACTOR 5. Creencias psicológicas (CP). “Beneficios sociales de fumar”**, presentando un coeficiente de correlación de .162** es decir, *muy baja* con dirección positiva, para ello dicha correlación permite conocer las creencias de los trabajadores sobre la importancia que tienen el ámbito familiar y los pares de iguales, como son los amigos, desde una etapa infantil hasta la adolescencia, dichas creencias que estén dentro de estos dos ámbitos sumamente importantes seguirán en la etapa adulta, ya que el consumo y el tratamiento de abandono de tabaco es responsabilidad única de quien fuma si no se asume dicha responsabilidad el tabaquismo seguirá siendo un problema de salud pública grave sin importar la forma en cómo se consuma, al final se volverá adicción aumentando gran parte de las enfermedades como los diferentes tipos de cáncer en las personas, también los trabajadores de ambos estados, tienen las creencias de que a pesar de conocer los efectos en la salud y asumir esa responsabilidad como fumador, posiblemente su inicio de consumir cigarros fue por tener una baja autoestima, por experimentar el consumo de sustancias frente a sus conocidos solo por sentirse una persona importante o con autoridad que le permita socializar o formar

vínculos con otras personas con mayor facilidad, solo por el hecho de tener un interés en común.

Por su parte, este mismo **FACTOR 2. Creencia científica/ social (CCS). “Responsabilidad de consumo y salud”** tiene un coeficiente de correlación de .390** siendo estadísticamente significativa, lo que quiere decir que es *baja* con una dirección positiva en conjunto con el **FACTOR 6. Creencia científica/ social (CCS). “Repercusiones del tabaquismo”** de modo que, los trabajadores presentan creencias de que a pesar que la familia y amigos repercutan el dicho consumo de tabaco, el único responsable para abandonar el cigarro es el mismo fumador a través de algunas vías para abandonarlo como el tabaco masticado o en pipa, a pesar de que no sea la forma convencional de consumirlo presentan consecuencias en la salud, de este modo es importante considerar un tratamiento psicológico a la par; a su vez los trabajadores coinciden en la creencia de que el tabaco es una droga convirtiendo al tabaquismo en una enfermedad constantes recaídas en su consumo, dichas recaídas aumentarán por diversos factores como lo laboral, personal o familiar serán limitantes para el abandono del cigarro, pero también estos factores se verán afectados precisamente porque la compra de cigarrillos o cajetillas, estará por encima de cubrir las necesidades básicas de la persona y la familia tales como la alimentación, un hogar que permita el pleno desarrollo de los niños e incluso el acceso a la educación.

Al mismo tiempo, el **FACTOR 2. Creencia científica/ social (CCS). “Responsabilidad de consumo y salud”** correlaciona de manera significativa con el **FACTOR 7. Creencia psicológica (CP). “Detonantes del tabaquismo”** tiene un coeficiente de correlación de .370** lo cual es una correlación *baja* con dirección positiva, es así que, los trabajadores de los dos estados tienen creencias acerca de que uno de los principales detonantes ante el consumo de tabaco es la familia, en donde aquellos miembros que fumen detonarán desde la niñez o adolescencia la experimentación por consumir cigarrillos y permanecerá en una etapa adulta en donde el único responsable de abandonarlo es el mismo fumador a través de las diferentes vías como el tabaco masticado o en pipa además del tratamiento psicológico, al causar daños en la salud en general se convierte en un problema de salud pública grave, y a su vez los trabajadores tienen creencias contradictorias, ya que a pesar de conocer el fenómeno del tabaquismo,

sus consecuencias y el ser responsable al decidir consumirlo, estará por encima el efecto estimulante que tiene la nicotina siendo uno de los detonantes para su consumo lo que causa que se convierta en adicción, en suma los contextos en los que se presenta como en las reuniones familiares, fiestas o reuniones de trabajo para iniciar uno o varios temas de conversación, a la par de disminuir las situaciones que causen ansiedad ante ese grupo de personas, ser percibidos como atractivo (a) con un cigarro en mano, con mayor autoridad e incluso, como una persona que experimenta cosas nuevas en la vida.

Asimismo, este **FACTOR 2. Creencia científica/ social (CCS). “Responsabilidad de consumo y salud”** también tuvo correlación significativa con uno de los reactivos de la **“Escala de Salud General GHQ”** siendo este el **reactivo 5 “Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión”**, teniendo un coeficiente de correlación de .144** siendo *baja* con una dirección positiva siendo así que los trabajadores tienen creencias de que el consumo de tabaco presenta daños en la salud en general derivando varios tipos de cáncer sea por cuestión genética y que el tabaco se convierta en un detonante o bien por la cantidad de tabaco consumido que también deriva otras enfermedades, la forma en cómo se consume sea masticado o en pipa no implica que no exista un daño en las personas, incluso desarrollará una adicción afectando negativamente a las neuronas; también estos trabajadores tienen creencias contradictorias de modo que las personas seguirán sintiéndose agobiadas y en tensión aunque fumen todos los días, siendo así que el tabaco no relaja solo se lleva a cabo la simulación de la respiración diafragmática que es lo que les permite relajarse.

Este mismo **FACTOR 2. Creencia científica/ social (CCS). “Responsabilidad de consumo y salud”** también correlaciona de manera significativa con algunos reactivos del **“Cuestionario Auto aplicable Adicción al Trabajo”**, como es el caso del **reactivo 9 “Cuando se van terminando las vacaciones deseo volver al trabajo”** con un coeficiente de correlación de -.196** siendo este *bajo* con dirección negativa, por lo cual los trabajadores asumen la creencia de cual sea la forma de consumo de tabaco se presentaran daños en la salud en general que es lo que ha convertido al tabaquismo en un problema de salud pública grave ya que a la par debe haber un tratamiento psicológico y responsabilidad por parte del fumador para abandonar dicho consumo que repercute negativamente en las neuronas y posiblemente desarrollen una adicción, a su vez estos

trabajadores asumen que las personas fumadoras disminuirán sus periodos de descanso o vacaciones por la necesidad de comenzar a trabajar nuevamente, que repercutirán a largo plazo y llegando a una adicción psicológica como lo es la adicción al trabajo. También este **FACTOR 2. Creencia científica/ social (CCS). “Responsabilidad de consumo y salud”** correlaciona de manera significativa con el **reactivo 13 “Para mí el trabajo y el descanso son lo mismo”** misma correlación que tiene un coeficiente de $-.215^{**}$ interpretado como *bajo* con una dirección negativa, por lo que los trabajadores consideran que aquellas personas que fumen aumentará la afirmación de que el trabajo y el descanso son lo mismo presentando las primeras señales de una persona adicta al trabajo, es así que se deriva de una adicción psicológica una química como es el consumo de tabaco, a su vez los trabajadores tienen la creencias de que los efectos en la salud en general por tabaco siendo significativamente altos y graves de cualquier forma en el que se consuma ya sea en cigarro o pipa, al final detonará una adicción y a pesar de conocer dichos efectos estas creencias hacia estos disminuirán, por lo tanto las personas que fumen seguirán haciéndolo detonando que el tabaquismo siga siendo un problema de salud pública grave. Y, por último, el **FACTOR 2. Creencia científica/ social (CCS). “Responsabilidad de consumo y salud”** correlaciona de manera significativa con el **reactivo 18 “¿En qué medida cree usted que esta descripción se aplique a usted? Soy una persona que tiene necesidad compulsiva por el trabajo, que le encanta trabajar sin importar que ponga en peligro mis relaciones sociales y familiares”** con un coeficiente de correlación de $-.145^{**}$ siendo está *muy baja* con dirección negativa, siendo así que los trabajadores consideran un aumento en la afirmación de la necesidad de trabajar de manera compulsiva sin importar relaciones sociales y familiares de modo que necesitará un relajante ante el estrés del trabajo; también estos trabajadores tienen creencias sobre los efectos en la salud del consumo de tabaco, el problema de salud pública grave en el que se ha convertido el tabaquismo derivando varios tipos de cáncer a pesar de las vías que permiten disminuir su consumo de manera gradual en conjunto con un tratamiento psicológico, mismas creencias disminuirán dejándolas de lado solo buscando un fin, disminuir su tensión o estrés por trabajo consumiendo cigarrillos.

Ahora el **FACTOR 3. Creencia psicológica (CP). “Percepción y beneficios del consumo de tabaco”** también correlacionó de manera significativa con el **FACTOR 5.**

Creencias psicológicas (CP). “Beneficios sociales de fumar”, mismos que tienen un coeficiente de correlación de .312** siendo *baja* con dirección positiva; esta correlación permite observar que los trabajadores tienen creencias hacia los beneficios de consumir tabaco, siendo el primer cigarro del día importante ya que será parte de una motivación para sus actividades cotidianas desde el primer momento del día, para memorizar la información, ser percibido con un estatus alto, percibirse como atractiva (o) hacia los demás y continuar fumando a cualquier edad sin presentar daños en la salud, a su vez estos trabajadores creen que también conlleva a ciertos beneficios sociales, como sentirse importantes por contar con experiencia y enseñar a otros, e incluso siendo más sociables por tener precisamente un interés en común con los demás creando una convivencia amena. De igual modo, este **FACTOR 3. Creencia psicológica (CP). “Percepción y beneficios del consumo de tabaco”** correlaciona de manera significativa con el **FACTOR 8. Creencia científica/ social (CCS). “Tratamientos para el abandono de tabaco”** con un coeficiente de correlación de .417** siendo *moderada* con dirección positiva; ante estos dos factores se observa que los trabajadores tienen la creencia de los beneficios ante el consumo de tabaco, dentro de estos es comenzar el día fumando siendo este cigarro el necesario para sentirse motivado, con menor ansiedad para las situaciones de la vida cotidiana además de que una persona con un cigarro en mano la hace ver atractivo (a) y con estatus alto, lo cual se puede observar en mayor medida en trabajadores con cargos altos. A su vez los trabajadores también tienen la creencia de que el mismo consumo puede disminuir de manera gradual con otras vías como el tabaco masticado o los vaporizadores con aromas frutales que también presentan efectos en la salud; en el caso de los medicamentos para el abandono de tabaco, aún se siguen considerando como única opción para abandonar el cigarro misma creencia que influye en este proceso de abandono, por creer que se volverá adicto a estos a pesar de que el tabaco sea una droga y una persona se vuelva adicta.

Siguiendo la misma línea con el **FACTOR 3. Creencia psicológica (CP). “Percepción y beneficios del consumo de tabaco”** también se encontró correlación estadísticamente significativa entre este factor y reactivos del **“Cuestionario Auto aplicable Adicción al Trabajo”**, tal es el caso del **reactivo 5 “Mi familia me pregunta ¿qué cuando descanso?”** mostrando un coeficiente de correlación de .166** *muy baja*

con dirección positiva; de modo que los trabajadores cuentan con creencias sobre los beneficios y la percepción que trae el consumo de tabaco, como el seguir fumando a cualquier edad creyendo que no habrán consecuencias en la salud en general precisamente porque los efectos del tabaco son a largo plazo y no al instante de consumirlo; mismo consumo que al ser gradual también será en cualquier momento del día creyendo que el mejor es el primero del día para iniciar las actividades cotidianas y sentirse motivados, además de que la persona fumadora será percibida de forma distinta dentro de un círculo social con un estatus alto por ejemplo, haciendo que otras personas que también consumen tabaco quieran integrarse con ellas solo por socializar, sentirse atractivas ante otros e incluso aumentando su consumo. También los trabajadores consideran que sus familiares les preguntan cuándo descansan, puesto que al creer en los beneficios y el cómo se percibe, es posible que exista un aumento en su carga laboral y por ello el descanso pase a segundo término.

Este mismo **FACTOR 3. Creencia psicológica (CP). “Percepción y beneficios del consumo de tabaco”** también presenta una correlación significativa con el **reactivo 6 “Llevo un estilo de vida muy ajetreado”** de la misma escala, teniendo un coeficiente de correlación de .149** tratándose de una correlación *muy baja*, con dirección positiva; existiendo creencias en los trabajadores respecto a la percepción que se tiene de un fumador, como es el caso de percibirse con un estatus alto quizá por tener cargos altos o actividades que les genera mayor estrés, siendo el tabaco el único que permitirá relajarse, también que estas personas se perciban bien vestidas, ordenadas e incluso agradables en físico, que al tener un cigarro en mano los haga atractivos (as) lo cual detone que se integren con más personas por tener este acto en común e incluso que inicien este acto por los posibles beneficios que creen que tiene el tabaco en cigarro; a su vez los trabajadores asumen que estas personas llevan un estilo de vida muy ajetreado, por lo que al existir estas creencias su consumo aumentará tanto por la percepción y beneficios que se considera que tiene y por la cuestión laboral.

De igual manera, el **FACTOR 3. Creencia psicológica (CP). “Percepción y beneficios del consumo de tabaco”** correlacionó de manera significativa con el **reactivo 9 “Cuando se van terminando las vacaciones deseo volver al trabajo”** presentando un coeficiente de correlación de .139** interpretado como una correlación

muy baja con dirección positiva, por lo cual los trabajadores consideran que al término de las vacaciones desean volver al trabajo, también los trabajadores tienen la creencia de que al empezar a tener un consumo elevado de tabaco se confirmarían los beneficios que este tiene y por lo tanto se relaciona con una mejor memorización de la información en el trabajo, aunque se esté descansando al confirmar estos beneficios que hay en la relación de fumar y trabajar a la vez, las personas fumadoras querrán regresar de inmediato a su entorno laboral, de aquí también se observa que una adicción química puede detonar o ir a la par que una psicológica.

También, este **FACTOR 3. Creencia psicológica (CP). “Percepción y beneficios del consumo de tabaco”** correlacionó de forma significativa con el **reactivo 10 “Me quejo continuamente porque me falta tiempo”** del mismo cuestionario con un coeficiente de correlación de $.135^{**}$ siendo una correlación *muy baja* con dirección positiva; los trabajadores de ambos estados asumen esta condición sobre quejarse continuamente porque les falta tiempo y también creen en los beneficios que tiene el consumo de tabaco y cómo se percibe a una persona fumadora, parte de esos beneficios ha sido la motivación para realizar una o varias actividades en su vida cotidiana e incluso una memorización de la información, esta misma creencia va a permanecer cuando se confirmen los beneficios que se cree que tiene dicho consumo, creyendo que a cualquier edad se puede consumir sin presentar daños en la salud.

Otra correlación estadísticamente significativa que se obtuvo fue de este **FACTOR 3. Creencia psicológica (CP). “Percepción y beneficios del consumo de tabaco”** con el **reactivo 13 “Para mí el trabajo y el descanso son lo mismo”** con un coeficiente de correlación de $.200^{**}$ siendo esta correlación *baja* con dirección positiva; los trabajadores consideran que el trabajo y descanso son lo mismo y también creen en la percepción y los beneficios del consumo de tabaco que va de manera gradual al punto de necesitarlo a diario en cualquier actividad que le genere ansiedad o estrés, creyendo que en el momento de realizarla estará más concentrada (o) en dichas tareas y más relajado (a) ante los obstáculos que se le presenten, al haber un aumento de consumo se volverá adicción y de la adicción química, que es el tabaco, se deriva una psicológica en este caso adicción al trabajo.

Y finalmente la correlación de este **FACTOR 3. Creencia psicológica (CP). “Percepción y beneficios del consumo de tabaco”** con el reactivo 18 “¿En qué medida cree usted que esta descripción se aplique a usted? Soy una persona que tiene necesidad compulsiva por el trabajo, que le encanta trabajar sin importar que ponga en peligro mis relaciones sociales y familiares” con una correlación significativa de .155** siendo esta *baja* con dirección positiva, los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala consideran que son personas que tienen la necesidad compulsiva de trabajar sin importar que se pongan en peligros sus relaciones sociales y familiares, y a su vez creen que el consumo de tabaco se vuelve adicción por los beneficios que se creen que tiene en la vida cotidiana, como iniciar el día fumando un cigarro como parte de una motivación, percibirse atractivos (as) o con estatus alto, memorizar la información cotidiana y además creer que se puede fumar a cualquier edad sin presentar daños en la salud.

El **FACTOR 4. Creencia científica/ social (CCS). “De hábito a adicción al tabaco”** también tiene una correlación significativa con el **FACTOR 5. Creencias psicológicas (CP). “Beneficios sociales de fumar”** teniendo un coeficiente de correlación de .143** siendo esta *muy baja* y con dirección positiva; los trabajadores creen que desde el primer momento en que se consume tabaco las personas seguirán fumando al momento de crearse una adicción por la sustancia nicotina, a pesar de ser conocer que es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, y también estos trabajadores creen en los beneficios sociales como sentirse una persona importante, fumar por llamar la atención, que destaque ante un grupo de personas, sentirse con cierta autoridad por el hecho de que puede enseñar a otros creando un ambiente ameno y de convivencia y por supuesto, un aumento en el consumo de tabaco por la transmisión de estos beneficios a los demás aumentando su adicción.

Para la correlación entre el **FACTOR 4. Creencia científica/ social (CCS). “De hábito a adicción al tabaco”** y el **FACTOR 6. Creencia científica/ social (CCS). “Repercusiones del tabaquismo”** esta también se mostró significativa con un coeficiente de .453**, es decir, una correlación *moderada* con dirección positiva; en donde los trabajadores creen que al pasar de un hábito de consumir tabaco en cualquiera de sus formas, este se vuelve adicción ya que es la nicotina la sustancia que la genera,

mismo consumo aumentará en su vida diaria fumando ante cualquier situación de ansiedad que se le presente, al punto de necesitarlo a diario para relajarse y a su vez los trabajadores consideran que las personas adictas al tabaco tendrán repercusiones en distintos ámbitos ya no solo en el de la salud sino también personales, sociales, laborales o familiares, mismas variables que obstaculizan el inicio o término de un tratamiento de abandono de tabaco convirtiéndolo en una enfermedad con constantes recaídas, y a su vez siendo afectados por dicho consumo, por ejemplo, en la economía familiar, en cubrir las necesidades básicas tales como la alimentación, contar con un hogar que permita el pleno desarrollo de los niños e incluso el acceso a la educación, pasarán a segundo término presentando mayor importancia la compra de una cajetilla de cigarros o varios por encima de todo.

Y como última correlación obtenida con este **FACTOR 4. Creencia científica/social (CCS). “De hábito a adicción al tabaco”** en conjunto con el **FACTOR 7. Creencia psicológica (CP). “Detonantes del tabaquismo”** esta es significativa con un coeficiente de correlación de .307** interpretada como *baja* con dirección positiva; los trabajadores tienen creencias de que desde el primer momento que se consume tabaco en cualquiera de sus formas, pasa a ser un hábito que se inicia a través de familiares o amigos desde tempranas edades y continua como adicción al punto de necesitarlo a diario, y a su vez estos trabajadores consideran que parte de esa adicción se debe a la nicotina como la sustancia que causará un efecto relajante y estimulante para cualquier ocasión o contexto que genere ansiedad o estrés, incluidas las reuniones familiares, de trabajo o las mismas fiestas, sin dejar de lado que a pesar de que existen estos detonadores el único responsable para dejar de fumar es el mismo fumador.

Por el lado de las correlaciones con el **FACTOR 5. Creencias psicológicas (CP). “Beneficios sociales de fumar”** se encontró que este tenía una correlación significativa con el **FACTOR 6. Creencia científica/ social (CCS). “Repercusiones del tabaquismo”** con un coeficiente de .209** siendo esta *baja* con una dirección positiva; estos dos factores muestran que los trabajadores tienen creencias sobre los beneficios sociales del consumo de tabaco, considerando que se inicia por tener una baja autoestima que posiblemente se haya presentado en una etapa adolescente, mostrando que se busca destacar ante cierto grupo de personas, crear o mantener ciertos vínculos y mostrar

cierta autoridad, y también los trabajadores creen que al presentar estas primeras creencias existirán repercusiones por ser el tabaco una droga, que ya no solo afectará a un nivel individual, sino que este continua a un nivel familiar, laboral o social que lo volviéndolo un problema de salud pública grave y una enfermedad con constante recaídas en su consumo.

Siguiendo con este mismo **FACTOR 5. Creencias psicológicas (CP). “Beneficios sociales de fumar”** también correlacionó de manera significativa con el **FACTOR 7. Creencia psicológica (CP). “Detonantes del tabaquismo”** contando con un coeficiente de correlación de .208** mostrando una correlación *baja* con dirección positiva. Los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala tienen creencias hacia el hecho de que dejar de fumar es responsabilidad única del fumador, pero hay detonantes que lo impiden como el efecto estimulante de la nicotina siendo la única causa de adicción al tabaco en suma de los contextos como reuniones familiares, de trabajo o las fiestas que promueven que las personas consuman tabaco; a su vez los trabajadores también creen que el consumo de tabaco conlleva a beneficios sociales que posiblemente, estas creencias se hayan iniciado por tener una baja autoestima y consumirlo para que aquellas que lo consumen permitan sentirse con cierta autoridad, ser más sociables al tener un interés en común con cierto grupo de personas fomentando un ambiente ameno o para iniciar un tema de conversación por tener este interés en común.

Por lo que respecta al **FACTOR 5. Creencias psicológicas (CP). “Beneficios sociales de fumar”** y su correlación significativa con el **FACTOR 8. Creencia científica/social (CCS). “Tratamientos para el abandono de tabaco”** presentan un coeficiente de correlación de .201** es decir, una correlación *baja* con dirección positiva; los trabajadores de los dos estados, creen en los beneficios sociales de consumo de tabaco que se inicia por tener una baja autoestima, por querer llamar la atención de los demás, por ser percibidos con cierta autoridad y ser más sociables con aquellas personas que tienen este interés en común. De este modo los trabajadores también tienen creencias de que se seguirá fumando por creer que en cualquier momento se puede dejar de fumar por conocer que los medicamentos son la única vía para dejar de hacerlo y que son efectivos, en suma, de las otras vías como el tabaco masticado o vaporizadores con

aromas frutales que reducen de manera gradual el consumo, pero conllevan a consecuencias en la salud de igual manera que un cigarro.

Del mismo modo, este **FACTOR 5. Creencias psicológicas (CP). “Beneficios sociales de fumar”** correlaciona de manera significativa con reactivos del **“Cuestionario Auto aplicable Adicción al Trabajo”**, tal es el caso del **reactivo 3 “Tengo problemas de salud derivados de la carga laboral”** con un coeficiente de correlación de .137** siendo esta correlación *baja* con dirección positiva. Los trabajadores asumen tener problemas de salud derivados de la carga laboral, a su vez consideran que consumir tabaco conlleva a beneficios sociales que estarán por encima de los efectos en la salud, entonces con tal de sentirse una persona importante, llamar la atención de los demás, sentirse con autoridad ante un círculo de personas, su consumo aumentará de forma gradual al igual que la carga laboral.

Y de igual manera, este **FACTOR 5. Creencias psicológicas (CP). “Beneficios sociales de fumar”** correlacionó significativamente con el **reactivo 5 “Mi familia me pregunta ¿qué cuando descanso?”** de la misma escala de Adicción al Trabajo, con un coeficiente de correlación de .135** la cual es interpretada como *baja* con dirección positiva; es así que los trabajadores creen que el consumo de tabaco trae beneficios sociales para ser incluido en cierto grupo de personas, para sentirse importante e incluso ser más sociables disminuyendo la dificultad de relacionarse con otras personas debido al interés en común como es el consumo de tabaco, y también los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala consideran que su familia les pregunta cuándo descansan por el cambio en el físico de las personas.

Por el lado de las correlaciones del **FACTOR 6. Creencia científica/ social (CCS). “Repercusiones del tabaquismo”** se encontró que correlaciona de manera estadísticamente significativa con el **FACTOR 7. Creencia psicológica (CP). “Detonantes del tabaquismo”** teniendo un coeficiente de correlación de .179** siendo esta correlación *baja* con dirección positiva. Los trabajadores consideran que hay detonantes para consumir tabaco, uno de ellos es el efectos estimulante de la nicotina que provoca que aumente este, en suma de los contextos sociales como fiestas, reuniones familiares o de trabajo para disminuir la ansiedad en ellos pero que el único responsable de dejar de fumar es el mismo fumador, a su vez creen que el tabaco es una droga que

convierte al tabaquismo en una enfermedad con constantes recaídas en su consumo y se considere como problema de salud pública grave, repercutiendo en la misma economía familiar por anteponer la compra de cigarrillos ante las necesidades básicas.

En este **FACTOR 6. Creencia científica/ social (CCS). “Repercusiones del tabaquismo”** correlaciona de manera significativa con uno de los reactivos de la “Escala de Salud General GHQ” como es el **reactivo 5 “Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión”** con un coeficiente de correlación de .179** siendo esta *baja* con una dirección positiva; de este modo existe una contradicción entre creencia hacia el tabaquismo y el reactivo 5 de la escala, los trabajadores tienen creencias respecto a las repercusiones de consumir tabaco, ya al ser considerado una droga y el tabaquismo como enfermedad con constantes recaídas en su consumo, genera que sea un problema de salud pública por todas las enfermedades que causa y que repercute en la economía familiar, siendo el consumo por encima de todo. Y también asumen que se han sentido constantemente agobiados y en tensión, es así que hay una contradicción en esta correlación debido a que una vez que se inicia es difícil abandonar su consumo por ser una droga, este puede detonar una adicción y a la par iniciar con una adicción psicológica como la trabajo repercutiendo en la salud en general.

Por el lado del **FACTOR 7. Creencia psicológica (CP). “Detonantes del tabaquismo”** es posible mostrar una correlación significativa con uno de los reactivos del “Cuestionario Auto aplicable Adicción al Trabajo” como es el **reactivo 9 “Cuando se van terminando las vacaciones deseo volver al trabajo”** con un coeficiente de correlación de -.165**, siendo *baja* y con una dirección negativa; de este modo los trabajadores creen que el efecto estimulante que causa la nicotina y parte de los contextos como fiestas, reuniones familiares o de trabajo serán detonantes para consumir tabaco, pero el único responsable de dejar de fumar es el mismo fumador y a su vez los trabajadores no consideran que cuando se van terminando las vacaciones desean volver al trabajo.

Para finalizar el **FACTOR 8. Creencia científica/ social (CCS). “Tratamientos para el abandono de tabaco”** tuvo correlación con uno de los reactivos del “Cuestionario Auto aplicable Adicción al Trabajo” el **reactivo 17 “Cuando no estoy trabajando me siento improductivo”** indicando un coeficiente de correlación de .185**

siendo *baja* con dirección positiva. Los trabajadores de ambos estados creen en los diferentes tratamientos para abandonar el consumo de tabaco de manera gradual como el tabaco masticado o con vaporizadores de aromas frutales creyendo que no repercuten en la salud por no ser consumido de la forma convencional que es fumado, sin dejar de lado los medicamentos que creen que son la única vía para dejar de fumar, también los trabajadores asumen que cuando no están trabajando se sienten improductivos.

4.1 Correlación de Pearson con las variables creencias hacia el tabaquismo, con NIVELES de Salud Mental y NIVELES de Adicción al Trabajo

En el caso de la correlación entre los factores de la escala de creencias hacia el tabaquismo con el nivel de Salud Mental de acuerdo con la “**Escala de Salud General GHQ**” no se obtuvieron correlaciones significativas entre ambas variables; de modo que se rechaza la hipótesis sobre si existe relación entre las creencias hacia el tabaquismo de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala con los niveles de Salud Mental.

Por su parte, los factores de la escala de creencias hacia el tabaquismo si hubo una correlación estadísticamente significativa con el nivel de Adicción al Trabajo del “**Cuestionario Auto- aplicable Adicción al Trabajo**”; tal fue el caso del **FACTOR 3. Creencia psicológica (CP). “Percepción y beneficios del consumo de tabaco”** con los niveles de Adicción al Trabajo con un coeficiente de .172** siendo esta correlación *muy baja* con dirección positiva. Los trabajadores tienen creencias hacia los beneficios de consumir tabaco, siendo el primero del día el importante para iniciar sus actividades cotidianas y que forman parte de su motivación, además de memorizar la información, ser percibido con un estatus alto, percibirse como atractivo (a) hacia los demás y creer que se puede fumar a cualquier edad sin presentar daños en la salud, y a su vez los trabajadores presentan niveles de Adicción al Trabajo; de este modo se acepta la hipótesis de que existe relación entre las creencias hacia el tabaquismo de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala con los niveles de Adicción al Trabajo.

5. Prueba T de Student para muestras independientes

La prueba T de Student para muestras independientes se lleva a cabo cuando participaron personas distintas dentro de una investigación; esta prueba se diseñó para examinar las diferencias entre dos muestras independientes que tengan distribución normal y homogeneidad en sus varianzas (Sánchez, 2015; Camacho- Ruíz, et al., 2017).

En la presente investigación enfocada a trabajadores de los estados de México y Tlaxcala, se realizó el análisis T de Student para variables dicotómicas como Sexo, Estado Civil, Tipo de Empleo y estado de la República en el que laboran. Una vez aplicado este análisis estadístico a través de los factores de creencia hacia el tabaquismo, se pudo determinar que no existían diferencias estadísticamente significativas para las variables sociodemográficas dicotómicas, es decir, independientemente del Sexo, Estado Civil, Tipo de Empleo y estado de la República en el que laboran los trabajadores, no serán un determinante en el tipo de creencia que tengan.

Análisis T de Student para muestras independientes por factores. **Factor 1. (CP). Tabaco en la vida cotidiana, Factor 2. (CCS): Responsabilidad de consumo y salud, Factor 3. (CP): Percepción y beneficios del consumo de tabaco, Factor 4. (CCS): De hábito a adicción al tabaco, Factor 5. CP. Beneficios sociales de fumar, Factor 6. (CCS): Repercusiones del tabaquismo, Factor 7. (CP): Detonantes del tabaquismo, Factor 8. (CCS). Tratamientos para el abandono de tabaco.**

Debido a que no hubo resultados estadísticamente significativos entre los factores de creencias hacia el tabaquismo y dichas variables sociodemográficas, se recurrió a realizar este análisis por reactivos de la escala ETBEMTLX, obteniendo los siguientes resultados significativos.

Análisis T de Student para muestras independientes por reactivos. Los resultados de acuerdo con la variable *Sexo*, indican una diferencia significativa con en el **REACTIVO 22. A mi consideración se necesita tratamiento psicológico para el abandono de tabaco** ($t= -3.2017, gl= 371, p= .001$) los trabajadores de sexo Mujeres están *de acuerdo* en la creencia sobre la consideración de un tratamiento psicológico para abandonar el consumo de tabaco con una $M= 3.62$, contrario a los trabajadores Hombres quienes se inclinan en una respuesta *en desacuerdo* con esta creencia con una diferencia de .35 unidades de diferencia entre sus medias. Por el lado del **REACTIVO 41. Para iniciar el**

día, creo es necesario un cigarro de tabaco ($t= 2.435, gl= 371, p= .015$) los trabajadores Hombres tienen a una respuesta *de acuerdo* ante la creencia de que para iniciar el día es necesario un cigarro de tabaco con una $M= 1.88$, a diferencia de las trabajadoras Mujeres que no creen en esta afirmación, con una diferencia de .23 unidades en las medias de respuesta (Véase Tabla 5a).

Tabla 5a. Análisis de reactivos correspondientes a los resultados de la T de Student para muestras independientes de la variable sexo

| Reactivo | Sexo | Media | t | Sig. |
|---|--------|-------|---------|------|
| Reactivo 22. A mi consideración se necesita tratamiento psicológico para el abandono de tabaco. | Hombre | 3.27 | -3.2017 | .001 |
| | Mujer | 3.62 | | |
| Reactivo 41. Para iniciar el día, creo es necesario un cigarro de tabaco | Hombre | 1.88 | 2.435 | .015 |
| | Mujer | 1.65 | | |

Dicho lo anterior, se acepta la hipótesis respecto a la existencia de creencias psicológicas en los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo en donde el Sexo puede ser un determinante para este tipo de creencias.

Variable sociodemográfica Estado Civil. Analizando la relación entre la variable sociodemográfica *estado civil* se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el **REACTIVO 48. La mayoría de las personas que inician su consumo de tabaco, considero que se vuelven adictas** ($t= -2.060, gl= 371, p= .040$) en donde los trabajadores Casados están *de acuerdo* con la creencia sobre el hecho de que la mayoría de las personas inician su consumo de tabaco se vuelven adictas con una $M= 3.51$, contrario a lo que creen los trabajadores Solteros estando *en desacuerdo* con esta afirmación, existiendo .21 unidades de diferencia entre las medias de sus respuestas. De igual modo, el **REACTIVO 13. A mi consideración, dejar de fumar es responsabilidad únicamente del fumador** ($t= -2.690, gl= 371, p= .007$) siendo así que los trabajadores Casados se inclinan en una opción de respuesta *de acuerdo* con la creencia sobre que dejar de fumar es responsabilidad única del fumador con una $M= 4.10$, contrario a los trabajadores Solteros que indican estar *en desacuerdo* con esta creencia con una diferencia de .33 unidades entre sus medias (Véase Tabla 5b).

Tabla 5b. Análisis de reactivos correspondientes a los resultados de la T de Student para muestras independientes de la variable estado civil

| Reactivo | Estado civil | Media | t | Sig. |
|--|--------------|-------|--------|------|
| Reactivo 48. La mayoría de las personas que inician su consumo de tabaco, considero que se vuelven adictas | Solteros | 3.30 | -2.060 | .040 |
| | Casados | 3.51 | | |
| Reactivo 13. A mi consideración, dejar de fumar es responsabilidad únicamente del fumador | Solteros | 3.77 | -2.690 | .007 |
| | Casados | 4.10 | | |

Es así como se acepta la hipótesis establecida acerca de la existencia de creencias científicas/ sociales de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo en donde Estado Civil pueda ser un factor determinante en este tipo de creencias.

Variable sociodemográfica Tipo de Empleo. En cuanto a la variable Tipo de Empleo, también hubo resultados estadísticamente significativos en dos reactivos de la escala ETBEMTLX; el **REACTIVO 8. Creo que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte a nivel mundial** ($t= 2.567, gl= 371, p= .011$) en donde los trabajadores que se encuentran en un sector Formal están *de acuerdo* en la creencia de que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte a nivel mundial con una $M= 3.89$, contrario a los trabajadores del sector Informal que están *en desacuerdo* con dicha afirmación con una diferencia de .28 unidades entre las medias de sus respuestas. Y el **REACTIVO 1. Considero que el tabaquismo es una enfermedad con constantes recaídas en su consumo** ($t= 2.016, gl= 371, p= .045$) en donde nuevamente los trabajadores del sector Formal consideran que el tabaquismo es una enfermedad con constantes recaídas en su consumo con una $M=3.79$, a diferencia de aquellos que laboran en un sector Informal que están *en desacuerdo* en esta creencia con .27 unidades de diferencia entre sus medias (Véase Tabla 5c).

Tabla 5c. Análisis de reactivos correspondientes a los resultados de la T de Student para muestras independientes de la variable tipo de empleo

| Reactivo | Tipo de empleo | Media | t | Sig. |
|----------|----------------|-------|-------|------|
| | Formal | 3.89 | 2.567 | .011 |

| | | | | |
|---|----------|------|-------|------|
| Reactivo 8. Creo que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte a nivel mundial | Informal | 3.61 | | |
| Reactivo 1. Considero que el tabaquismo es una enfermedad con constantes recaídas en su consumo | Formal | 3.79 | 2.016 | .045 |
| | Informal | 3.52 | | |

En cuanto a la hipótesis establecida se rechaza, por el hecho de que las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su Tipo de Empleo no son de tipo psicológicas y tampoco determinadas por la variable sociodemográfica.

Variable sociodemográfica estado de la República en el que laboran. Para la variable sociodemográfica estado en el que laboran y con los reactivos de la escala ETBEMTLX, cuatro de ellos resultaron significativos; el **REACTIVO 25. Considero que el tabaquismo afecta negativamente a las neuronas** ($t = -2.412$, $gl = 371$, $p = .016$) siendo así que los trabajadores del estado de Tlaxcala se inclinan en una respuesta *de acuerdo* en la creencia de que el tabaquismo afecta negativamente a las neuronas con una $M = 3.88$, contrario a los que trabajan en el Estado de México que se muestran *en desacuerdo* con dicha afirmación existiendo una diferencia de .24 unidades en sus medias de respuesta. Ahora el **REACTIVO 23. Pienso que el tabaquismo comienza desde la experimentación de consumo entre amigos** ($t = -2.239$, $gl = 371$, $p = .026$) los trabajadores del estado de Tlaxcala tienen a responder un *de acuerdo* ante la creencia de que el tabaquismo comienza desde la experimentación de consumo entre amigos con una $M = 3.76$, contrario a aquellos que laboran en el Estado de México mostrando una tendencia de respuesta *en desacuerdo* ante esta afirmación con una diferencia de .24 unidades entre sus medias de respuesta. Por su parte el **REACTIVO 8. Creo que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte a nivel mundial** ($t = -2.051$, $gl = 371$, $p = .041$) en donde los trabajadores del estado de Tlaxcala marcan una tendencia al *de acuerdo* en la creencia sobre que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte a nivel mundial con una $M = 3.91$, contrario a aquellos que trabajan en el Estado de México que tienden a una respuesta *en desacuerdo* ante esta afirmación, con diferencia de .22 unidades entre las medias de sus respuestas. Y en el **REACTIVO 45. Considero que el tabaquismo es una epidemia** ($t = 2.071$, $gl = 371$, $p = .039$) en donde los

trabajadores del Estado de México tienden a creer que el tabaquismo es una epidemia con una $M= 3.13$, mientras que los que trabajan en el estado de Tlaxcala están *en desacuerdo* en dicha creencia sobre el tabaquismo, con una diferencia de .25 unidades entre sus medias (Véase Tabla 5d).

Tabla 5d. Análisis de reactivos correspondientes a los resultados de la T de Student para muestras independientes de la variable estado de la República en el que laboran

| Reactivo | Estado | Media | t | Sig. |
|---|------------------|-------|--------|------|
| Reactivo 25. Considero que el tabaquismo afecta negativamente a las neuronas | Estado de México | 3.64 | -2.412 | .016 |
| | Tlaxcala | 3.88 | | |
| Reactivo 23. Pienso que el tabaquismo comienza desde la experimentación de consumo entre amigos | Estado de México | 3.52 | -2.239 | .026 |
| | Tlaxcala | 3.76 | | |
| Reactivo 8. Creo que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte a nivel mundial | Estado de México | 3.69 | -2.051 | .041 |
| | Tlaxcala | 3.91 | | |
| Reactivo 45. Considero que el tabaquismo es una epidemia | Estado de México | 3.13 | 2.071 | .039 |
| | Tlaxcala | 2.88 | | |

Es así como se acepta la hipótesis establecida sobre la existencia de creencias de los trabajadores hacia el tabaquismo de tipo científicas / sociales, en donde puede que el estado de la República en el que laboran sea un factor que determine este tipo de creencias.

Análisis T de Student para las variables Adicción al Trabajo y Salud Mental por reactivos. También se realizó este análisis entre los niveles de las variables Adicción al Trabajo y niveles de Salud Mental en conjunto con variables sociodemográficas dicotómicas pero no se obtuvieron resultados significativos, por lo que se prosiguió a realizar este análisis con reactivos de las escalas “**Escala de Salud General GHQ**” y “**Cuestionario Auto - aplicable Adicción al Trabajo**” de las variables Salud Mental y Adicción al Trabajo respectivamente de acuerdo con la variable Sexo, Estado Civil, Tipo de Empleo y estado de la República en que labora, obteniendo resultados estadísticamente significativos.

Variable sociodemográfica Sexo. En cuanto a las medias de los grupos de acuerdo con los reactivos del “**Cuestionario Auto- aplicable Adicción al Trabajo**”, se encontró

que los Hombres tienen una $M = 1.94$ en el **REACTIVO 9. “Cuando se van terminando las vacaciones deseo volver al trabajo”** ($t= 3.428, gl= 371$ y $p= .001$) de modo que ellos muestran estar *Totalmente de acuerdo* con dicho reactivo que habla sobre seguir trabajando fuera de una jornada laboral, aun estando en descanso o en vacaciones; en el caso de las Mujeres estos es contrario, existiendo una diferencia de .58 unidades entre medias, mostrando estar en *Total desacuerdo* en el reactivo. De igual manera el **REACTIVO 16. “Considero que el ocio es una pérdida de tiempo”** ($t= 3.534, gl= 371, p= .000$) son los Hombres quienes marcan una tendencia a responder *Totalmente de acuerdo* con una $M= 2.39$ en ocupar su gran parte del tiempo al trabajo, dejando de lado los momentos de ociosidad, contrario a las Mujeres en donde su media es menor existiendo una diferencia de .63 unidades en las medias de respuesta, mostrando una tendencia al *Total desacuerdo* en el mismo reactivo. Y el **REACTIVO 18. ¿En qué medida cree usted que esta descripción se aplique a usted? Soy una persona que tiene necesidad compulsiva por el trabajo, que le encanta trabajar sin importar que ponga en peligro mis relaciones sociales y familiares** ($t= 2.646, gl= 371, p= .008$) son los Hombres los que muestran una $M= 2.58$ con una tendencia a responder *Totalmente de acuerdo* en anteponer el trabajo por encima de las relaciones sociales y familiares, contrario a las Mujeres con diferencia de .55 unidades entre las medias inclinándose por responder *Totalmente en desacuerdo* en el reactivo (Véase Tabla 5e).

Tabla 5e. Análisis de reactivos correspondientes a los resultados de la T de Student para muestras independientes de la variable sexo

| Reactivo | Sexo | Media | t | Sig. |
|---|--------|-------|-------|------|
| Reactivo 9 AT. Cuando se van terminando las vacaciones deseo volver al trabajo. | Hombre | 1.94 | 3.428 | .001 |
| | Mujer | 1.36 | | |
| Reactivo 16 AT. Considero que el ocio es una pérdida de tiempo. | Hombre | 2.39 | 3.534 | .000 |
| | Mujer | 1.76 | | |
| Reactivo 18 AT. ¿En qué medida cree usted que esta descripción se aplique a usted? Soy una persona que tiene necesidad compulsiva por el trabajo, que le encanta trabajar sin importar que ponga en peligro mis relaciones sociales y familiares. | Hombre | 2.58 | 2.646 | .008 |
| | Mujer | 2.03 | | |

Por el lado de los reactivos de la “Escala de Salud General GHQ”, también resultó significativo de acuerdo con la variable sociodemográfica sexo. En el caso del **REACTIVO 5. “Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión”** ($t= -2.550, gl= 371, p= .011$) siendo las Mujeres marcan una tendencia a responder *Mucho más* que se han sentido agobiadas y en tensión con una $M= 1.42$, lo contrario a los Hombres que se inclinan por una respuesta *No, en lo absoluto* pero con diferencia de .22 unidades entre sus respectivas medias. Y siguiendo la misma línea, el **REACTIVO 8. “Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas”** ($t= 2.125, gl= 371, p= .034$) son los Hombres con una $M= 2.20$ quienes se inclinaron en responder *Más capaz de lo habitual* en el reactivo que indica que han sido capaz de hacer frente a sus problemas, a diferencia de las Mujeres con .15 unidades entre las medias de respuesta mostrando una tendencia a responder *Mucho menos* en el reactivo (Véase Tabla 5f).

Tabla 5f. Análisis de reactivos correspondientes a los resultados de la T de Student para muestras independientes de la variable sexo

| Reactivo | Sexo | Media | t | Sig. |
|--|--------|-------|--------|------|
| Reactivo 5 SM. Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión. | Hombre | 1.20 | -2.550 | .011 |
| | Mujer | 1.42 | | |
| Reactivo 8 SM. Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas. | Hombre | 2.20 | 2.125 | .034 |
| | Mujer | 2.05 | | |

De este modo, se acepta la hipótesis establecida sobre la existencia estadísticamente significativa entre la variable Adicción al Trabajo y la variable sociodemográfica Sexo, lo cual indica que esta puede determinar la Adicción al Trabajo en los trabajadores. Y también se acepta la hipótesis sobre la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la variable Salud Mental y variable sociodemográfica Sexo, lo cual indica que esta puede determinarse por la variable sociodemográfica.

Variable sociodemográfica Estado Civil. De acuerdo con los reactivos del “Cuestionario Auto- aplicable Adicción al Trabajo”, dos de ellos resultaron significativos junto con esta variable sociodemográfica. En el **REACTIVO 12. “Mi agenda telefónica tiene más contactos de trabajo que amigos o familiares”** ($t= -2.008, gl= 371, p= .045$) los trabajadores Casados (casados, unión libre) tienen una $M= 2.46$ indicando

una tendencia a responder *Totalmente de acuerdo* en el reactivo, a diferencia de los Solteros (solteros, viudos, separados, divorciados) que se inclinaron en responder *Totalmente en desacuerdo* con una diferencia entre sus respectivas medias de .38 unidades. De igual forma, el **REACTIVO 18. ¿En qué medida cree usted que esta descripción se aplique a usted? Soy una persona que tiene necesidad compulsiva por el trabajo, que le encanta trabajar sin importar que ponga en peligro mis relaciones sociales y familiares** ($t= 2.584, gl= 371, p= .010$) se mostró significativo con dicha variable sociodemográfica, en donde los trabajadores Solteros muestran una $M= 2.50$ con tendencia a responder *Totalmente de acuerdo* en el reactivo que habla sobre anteponer el trabajo por encima de las relaciones familiares o sociales, a diferencia de los trabajadores Casados con .54 unidades de diferencia entre las respectivas medias, con una inclinación de respuesta hacia el *Totalmente en desacuerdo* (Véase Tabla 5g).

Tabla 5g. Análisis de reactivos correspondientes a los resultados de la T de Student para muestras independientes de la variable estado civil

| Reactivos | Estado Civil | Media | t | Sig. |
|---|--------------|-------|--------|------|
| Reactivo 12 AT. Mi agenda telefónica tiene más contactos de trabajo que amigos o familiares. | Solteros | 2.08 | -2.008 | .045 |
| | Casados | 2.46 | | |
| Reactivo 18 AT. ¿En qué medida cree usted que esta descripción se aplique a usted? Soy una persona que tiene necesidad compulsiva por el trabajo, que le encanta trabajar sin importar que ponga en peligro mis relaciones sociales y familiares. | Solteros | 2.50 | 2.584 | .010 |
| | Casados | 1.96 | | |

Por su parte en los reactivos de la “Escala de Salud General GHQ”, también se encontraron resultados estadísticamente significativos con la variable sociodemográfica Estado Civil. En el caso del **REACTIVO 3. “Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida”** ($t= -3.058, gl=371, p= .002$) los trabajadores Casados se inclinan en una opción de respuesta *Más que lo habitual* con una $M= 2.29$, contrario a aquellos que son Solteros con tendencia a responder *Mucho menos* con una diferencia de .25 unidades entre sus medias. Asimismo, en el caso del **REACTIVO 5. “Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión”** ($t= 2.152, gl= 371, p= .032$) siendo los Solteros que marcaron una

tendencia a responder *Mucho más* en el reactivo teniendo una $M= 1.39$, a diferencia de los Casados que se inclinaron en responder *No en lo absoluto*, con $.18$ unidades de diferencia entre sus respectivas medias. También el **REACTIVO 6. “Ha sentido que no puede superar sus dificultades”** ($t= 2.547, gl= 371, p= .011$) en donde los trabajadores Solteros se inclinan en responder *Mucho más* con una $M= 1.05$, a diferencia de los trabajadores Casados con $.22$ unidades de diferencia entre sus medias y con tendencia a responder *No, en absoluto* a dicho reactivo. Siguiendo la misma línea, en el **REACTIVO 8. “Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas”** ($t= -2.372, gl= 371, p= .018$) en donde las personas Casadas presentan una $M= 2.22$ inclinándose a la opción de respuesta *Más capaz que lo habitual*, con $.17$ unidades de diferencia entre sus respectivas medias con los que son Solteros, con una tendencia a responder *Mucho menos* en el contenido del reactivo. También el **REACTIVO 9. “Se ha sentido poco feliz y deprimido”** ($t= 2.414, gl= 371, p= .016$) en donde los Solteros con una $M= 1.06$ predomina la opción de respuesta *Mucho más*, a diferencia de los Casados en donde su opción de respuesta se inclinó en *No, en lo absoluto* con $.22$ unidades de diferencia entre sus respectivas medias. En el **REACTIVO 10. “Ha perdido confianza en sí mismo”** ($t= 2.332, gl= 371, p= .020$) siendo las personas Solteras aquellas que muestran una tendencia a responder *Mucho más* con una $M= .76$, existiendo una diferencia de $.21$ unidades entre sus respectivas medidas, y una diferencia con aquellos que son Casados con una inclinación a responder *No, en absoluto*. Y finalmente el **REACTIVO 11. “Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada”** ($t= 2.849, gl= 371, p= .005$) siendo los trabajadores Solteros con una $M= .49$ inclinándose a responder *Mucho más* ante el reactivo, con una diferencia de $.23$ unidades entre las medias de respuesta, en donde las personas Casadas se inclinaron en responder *No, en absoluto* en dicho reactivo (Véase Tabla 5h).

Tabla 5h. Análisis de reactivos correspondientes a los resultados de la T de Student para muestras independientes de la variable estado civil

| Reactivos | Estado Civil | Media | t | Sig. |
|--|--------------|-------|--------|------|
| Reactivo 3 SM. Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida. | Solteros | 2.04 | -3.058 | .002 |
| | Casados | 2.29 | | |

| | | | | |
|--|----------|------|--------|------|
| Reactivo 5 SM. Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión. | Solteros | 1.39 | 2.152 | .032 |
| | Casados | 1.21 | | |
| Reactivo 6 SM. Ha sentido que no puede superar sus dificultades. | Solteros | 1.05 | 2.547 | .011 |
| | Casados | .83 | | |
| Reactivo 8 SM. Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas. | Solteros | 2.05 | -2.372 | .018 |
| | Casados | 2.22 | | |
| Reactivo 9 SM. Se ha sentido poco feliz y deprimido. | Solteros | 1.06 | 2.414 | .016 |
| | Casados | .84 | | |
| Reactivo 10 SM. Ha perdido confianza en sí mismo. | Solteros | .76 | 2.332 | .020 |
| | Casados | .55 | | |
| Reactivo 11 SM. Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada. | Solteros | .49 | 2.849 | .005 |
| | Casados | .26 | | |

De este modo, se acepta la hipótesis establecida sobre la existencia estadísticamente significativa entre la variable Adicción al Trabajo y la variable sociodemográfica Estado Civil, en donde esta última puede determinar la Adicción al Trabajo de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala. Y también se acepta la hipótesis sobre la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la variable Salud Mental y variable sociodemográfica Estado Civil, que también puede ser un factor determinante para la Salud Mental de los trabajadores.

Variable sociodemográfica Tipo de Empleo. En el caso de la variable dicotómica Tipo de Empleo, también hubo relación estadísticamente significativa con reactivos de las escalas “Escala de Salud General GHQ” y “Cuestionario Auto- aplicable de Adicción al Trabajo”. En el **REACTIVO 2. “Trabajo más de lo que exige mi horario laboral”** ($t= 2.728, gl= 371, p=.007$) los trabajadores del sector Formal se inclinan en una respuesta *Totalmente de acuerdo* con dicho reactivo con una $M= 2.86$, con diferencia de .5 unidades entre las medias de respuesta con los del sector Informal indicando una tendencia a responder *Totalmente en desacuerdo* respecto a trabajar más de lo que exige su horario laboral. De igual modo, el **REACTIVO 8. “Suelo llevarme, informes y**

documentos del trabajo para leerlos en casa” ($t=3.871$, $gl= 371$, $p=.000$) resultó significativo con esta variable sociodemográfica encontrando que las personas que laboran en el sector Formal se inclinan en una respuesta *Totalmente de acuerdo* teniendo una $M=2.13$, a diferencia de aquellos que laboran en el sector Informal con $.76$ unidades de diferencia entre sus medias y con una opción de respuesta *Totalmente en desacuerdo*. Por el lado del **REACTIVO 11. “En mis conversaciones predominan los temas relacionados con el trabajo”** ($t=3.328$, $gl= 371$, $p=.001$) siendo las personas del sector Formal con una $M= 2.26$ con opción de respuesta *Totalmente de acuerdo* ante este reactivo, lo contrario a los del sector Informal con $.55$ unidades de diferencia entre sus medias de respuesta y con tendencia a responder *Totalmente en desacuerdo*. Por su parte, el **REACTIVO 12. “Mi agenda telefónica tiene más contactos de trabajo que amigos o familiares”** ($t=3.366$, $gl= 371$, $p=.001$) siendo así que aquellos trabajadores del sector Formal tienen una $M= 2.46$ con una tendencia a responder *Totalmente de acuerdo*, a diferencia de los que laboran en un sector Informal con $.65$ unidades de diferencia entre sus respectivas medias con una tendencia a responder *Totalmente en desacuerdo* (Véase Tabla 5i).

Tabla 5i. Análisis de reactivos correspondientes a los resultados de la T de Student para muestras independientes de la variable tipo de empleo.

| Reactivo | Tipo de empleo | Media | t | Sig. |
|--|----------------|-------|-------|------|
| Reactivo 2 AT. Trabajo más de lo que exige mi horario laboral. | Formal | 2.86 | 2.728 | .007 |
| | Informal | 2.36 | | |
| Reactivo 8 AT. Suelo llevarme, informes y documentos del trabajo para leerlos en casa. | Formal | 2.13 | 3.871 | .000 |
| | Informal | 1.37 | | |
| Reactivo 11 AT. En mis conversaciones predominan los temas relacionados con el trabajo. | Formal | 2.26 | 3.328 | .001 |
| | Informal | 1.71 | | |
| Reactivo 12 AT. Mi agenda telefónica tiene más contactos de trabajo que amigos o familiares. | Formal | 2.46 | 3.366 | .001 |
| | Informal | 1.81 | | |

Ahora bien, en el caso de los reactivos de la “Escala de Salud General GHQ” el **REACTIVO 3. “Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida”** ($t=2.754$, $gl= 371$, $p=.006$) resultó estadísticamente significativo con la variable de tipo de empleo, en donde

los trabajadores del sector Formal muestran una $M= 2.33$ con una tendencia de respuesta a *Más que lo habitual*, contrario a los del Informal con una tendencia a responder *Mucho menos* con .34 unidades de diferencia entre su respectivas medias. En el caso del **REACTIVO 5. Se “ha sentido constantemente agobiado y en tensión”** ($t= -1.988, gl= 371, p= .048$) siendo los trabajadores del sector Informal los que tienen una $M=1.43$ con una inclinación a responder *Mucho más*, y por el lado de los del sector Formal con .17 unidades de diferencia entre sus medias con opción de respuesta *No, en lo absoluto*. En el **REACTIVO 6. “Ha sentido que no puede superar sus dificultades”** ($t=-2.013, gl= 371, p= .045$) aquellas personas que laboran en un sector Informal tienen una $M=1.07$ marcando una tendencia a responder *Mucho más* a diferencia de los del sector Formal que responden *No, en lo absoluto* con .17 unidades de diferencia entre sus respectivas medias. Para el caso del **REACTIVO 8. “Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas”** ($t= 2.345, gl= 371, p= .020$) mostrando que los trabajadores que se encuentran en un sector Formal tienden a responder a *Más capaz que lo habitual* ante dicho reactivo con una $M= 2.18$, contrario a los del sector Informal con diferencia de .17 unidades entre sus medias con tendencia a responder *Mucho menos* en este reactivo. Siguiendo la misma línea, en el caso del **REACTIVO 9. “Se ha sentido poco feliz y deprimido”** ($t=-2.420, gl= 371, p= .016$) los trabajadores del sector Informal se han sentido poco felices y deprimidos *Mucho más* con una $M= 1.12$, a diferencia de aquellos que laboran en un sector Formal con .23 unidades de diferencia entre sus medias de respuesta con tendencia a responder *No, en lo absoluto*. Para el caso del **REACTIVO 10. “Ha perdido confianza en sí mismo”** ($t= -3.604, gl= 371, p= .000$) se muestra que las personas que laboran en un sector Informal cuentan con una $M= .88$ respondiendo *Mucho más* a dicho reactivo, a diferencia de aquellos que laboran en un sector Formal con .32 unidades de diferencia entre sus medias con la tendencia a responder *No, en absoluto*. Para finalizar, el caso del **REACTIVO 11. “Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada”** ($t= -2.958, gl= 371, p= .003$) mostrando que los trabajadores que se encuentran en un sector Informal tienen una $M= .55$ con una inclinación a responder *Mucho más*, por su parte aquellos del sector Formal indican una tendencia a responder *No, en absoluto* a dicho reactivo existiendo una diferencia de .24 unidades entre sus medias (Véase Tabla 5j).

Tabla 5j. Análisis de reactivos correspondientes a los resultados de la T de Student para muestras independientes de la variable tipo de empleo.

| Reactivo | Tipo de empleo | Media | t | Sig. |
|---|----------------|-------|--------|------|
| Reactivo 3 SM. Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida. | Formal | 2.33 | 2.754 | .006 |
| | Informal | 1.99 | | |
| Reactivo 5 SM. Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión. | Formal | 1.26 | -1.988 | .048 |
| | Informal | 1.43 | | |
| Reactivo 6 SM. Ha sentido que no puede superar sus dificultades. | Formal | .90 | -2.013 | .045 |
| | Informal | 1.07 | | |
| Reactivo 8 SM. Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas. | Formal | 2.18 | 2.345 | .020 |
| | Informal | 2.01 | | |
| Reactivo 9 SM. Se ha sentido poco feliz y deprimido. | Formal | .89 | -2.420 | .016 |
| | Informal | 1.12 | | |
| Reactivo 10 SM. Ha perdido confianza en sí mismo. | Formal | .56 | -3.604 | .000 |
| | Informal | .88 | | |
| Reactivo 11 SM. Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada | Formal | .31 | -2.958 | .003 |
| | Informal | .55 | | |

Dicho lo anterior, se acepta la hipótesis establecida sobre la existencia estadísticamente significativa entre la variable Adicción al Trabajo y la variable sociodemográfica Tipo de Empleo, de modo que su Tipo de Empleo de los trabajadores pueda ser un factor determinante en su Adicción al Trabajo. Y también se acepta la hipótesis sobre la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la variable Salud Mental y variable sociodemográfica Tipo de Empleo, siendo que este último sea un factor determinante en la Salud Mental de trabajadores de ambos estados. *Variable sociodemográfica estado de la República en donde laboran.* Para esta variable sociodemográfica, se encontró una relación estadísticamente significativa con uno de los reactivos del “**Cuestionario Auto- aplicable Adicción al Trabajo**”; es el caso del **REACTIVO 5. “Mi familia me pregunta que ¿cuándo descanso?”** ($t= -2.330, gl= 371, p=$

.020), mostrando que los trabajadores del estado de Tlaxcala tienen una $M = 2.35$ mostrando una tendencia a responder *Totalmente de acuerdo* con este reactivo, a diferencia de los trabajadores del Estado de México con .43 unidades de diferencia entre sus medias de respuesta con una inclinación a responder *Totalmente en desacuerdo* (Véase Tabla 5k).

Tabla 5k. Análisis de reactivos correspondientes a los resultados de la T de Student para muestras independientes de la variable estado de la República.

| Reactivo | Estado de la República | Media | t | Sig. |
|---|------------------------|-------|--------|------|
| Reactivo 5 AT. "Mi familia me pregunta que ¿cuándo descanso?" | Edomex | 1.92 | -2.330 | .020 |
| | Tlaxcala | 2.35 | | |

Y finalmente, se acepta la hipótesis establecida sobre la existencia estadísticamente significativa entre la variable Adicción al Trabajo y la variable sociodemográfica estado de la República en que labora, en donde puede que el estado de la República sea un determinante en la Adicción al Trabajo de los trabajadores. Y se rechaza la hipótesis sobre la existencia de una relación estadísticamente significativa entre los niveles de Salud Mental y variable sociodemográfica estado de la República en que labora, pudiendo ser que este último determine su Salud Mental.

6. Análisis de varianza (ANOVA)

Para el análisis de Varianza algunos autores consideran que el nombre se puede modificar a "Prueba de igualdad de tres o más medias poblacionales". Es un método de prueba de igualdad de tres o más medias poblacionales, se basa en una comparación de dos estimados diferentes de la varianza común de las distintas poblaciones; es útil cuando hay más de dos grupos que necesitan ser comparados, cuando hay mediciones repetidas en más de dos ocasiones, cuando los sujetos pueden variar en una o más características que afectan el resultado. La estrategia para poner a prueba la hipótesis de igualdad de medias consiste en obtener el estadístico F , que refleja el grado de parecido existente entre las medias que se están comparando, es una estimación de la varianza poblacional de acuerdo con la variabilidad entre las medias de cada grupo (Triola, 2004; Dagnino, 2014).

Con respecto a esta investigación, se llevó a cabo el Análisis de Varianza (ANOVA) para las variables sociodemográficas Edad, Nivel de Estudios, Ingreso Mensual, Horas trabajadas a la semana y Cantidad de cigarros que consumen al día en donde algunos factores de la escala de creencias hacia el tabaquismo **ETBEMTLX** y reactivos de las escalas “**Escala de Salud General GHQ**” y “**Cuestionario Auto - aplicable Adicción al Trabajo**” resultaron significativos con dichas variables

Análisis de varianza (ANOVA) para la variable sociodemográfica Edad. Se obtuvo que el **FACTOR 4. Creencia científica/ social (CCS). “De hábito a adicción al tabaco”** ($F= 2.847, gl= 3, p=.037$) muestra diferencia estadísticamente significativa con esta variable sociodemográfica, ya que los trabajadores del rango de edad de 32- 45 años $M= 3.80$ están *de acuerdo* con las creencias de que el tabaquismo es una adicción a la nicotina, esta sustancia es la que genera esa misma adicción, su consumo se inicia como hábito y su aumenta de manera gradual al punto de necesitarlo diario, haciendo que aquellas personas que inician su consumo de vuelvan adictas, formando que el tabaquismo sea una de las principales causas de muerte a nivel mundial, a diferencia de los trabajadores de 46 – 59 años quienes se inclinan en una respuesta *en desacuerdo* con estas creencias, existiendo una diferencia de .29 unidades entre sus medias de respuesta. Por el lado del **FACTOR 7. Creencia psicológica (CP). “Detonantes del tabaquismo”** ($F= 2.813, gl= 3, p= .039$) también muestra diferencias estadísticamente significativas con la variable Edad. Los trabajadores de 32 – 45 años con una $M= 3.58$ tienden a creer y estar *de acuerdo* en que el efecto estimulante de la nicotina es la única que causa la adicción al tabaco, a la par los contextos sociales como fiestas, reuniones familiares o laborales también forman parte de los causantes para consumir tabaco, aunque son los mismo fumadores los únicos responsables de dejar de fumar, en contraparte con los trabajadores del rango de edad de 46- 59 años quienes difieren en estas creencias estando *en desacuerdo*, encontrando una diferencia de .23 unidades entre sus medias (Véase Tabla 6a).

Tabla 6a. ANOVA para la variable sociodemográfica Edad

| FACTOR | Edad | Media | gl | F | Sig. |
|--|-------------|-------|----|-------|------|
| FACTOR 4. Creencia científica/ social (CCS). “De hábito a adicción al tabaco”. | 18- 31 años | 3.66 | 3 | 2.847 | .037 |
| | 32- 45 años | 3.80 | | | |
| | 46- 59 años | 3.51 | | | |

| | | | | | |
|--|-------------|------|---|-------|------|
| | 60 o más | 4.10 | | | |
| | 18- 31 años | 3.46 | | | |
| FACTOR 7. Creencia psicológica (CP). "Detonantes del tabaquismo". | 32- 45 años | 3.58 | 3 | 2.813 | .039 |
| | 46- 59 años | 3.35 | | | |
| | 60 o más | 4.26 | | | |

Por su parte, también hubo resultados estadísticamente significativos con los reactivos de la escala **"Escala de Salud General GHQ"** y la variable Edad, como fue el caso del **REACTIVO 8. "Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas"** ($F= 3.089, gl= 3, P= .027$) en donde los trabajadores que oscilan entre el rango de edad de 46- 59 años se sienten *Más capaz que lo habitual* ante dicho reactivo con una $M= 2.26$, contrario a los trabajadores de 18-31 años quienes se muestran *Mucho menos* capaces de lo habitual, existiendo una diferencia de .22 unidades entre sus respectivas medias. De igual manera el **REACTIVO 9. "Se ha sentido poco feliz y deprimido"** ($F= 3.153, gl= 3, p= .025$) resultó significativo con misma variable sociodemográfica, de modo que aquellos trabajadores de 18- 31 años se inclinan *Mucho más* en sentirse poco felices y deprimidos con una $M= 1.08$, contrario a los trabajadores del rango de edad de 32- 45 años quienes *No, en lo absoluto* se han sentido de este modo respondiendo a esta afirmación, existiendo una diferencia de .30 unidades entre sus medias de respuesta. Por el lado del **REACTIVO 10. "Ha perdido confianza en sí mismo"** ($F= 4.308, gl= 3, p= .005$) trabajadores que se encuentran en el rango de 18- 31 años con una $M= .80$ han perdido *Mucho más* su confianza en sí mismos, en contraparte con aquellos trabajadores de 46- 59 años que *No, en lo absoluto* han perdido esta confianza, existiendo una diferencia de .36 unidades entre sus respectivas medias de respuesta. Y en cuanto al **REACTIVO 11. "Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada"** ($F= 5.685, gl= 3, p= .001$) los trabajadores con rango de edad de 18- 31 años tienden a pensar *Mucho más* en que son personas que no valen para nada con una $M= .52$ en esta afirmación, contrario a los trabajadores de 46 – 59 años quienes *No, en absoluto* lo han pensado, existiendo .39 unidades de diferencia entre sus medias de respuesta (Véase Tabla 6b)

| Reactivo | Edad | Media | gl | F | Sig. |
|--|-------------|-------|----|-------|------|
| REACTIVO 8 SM. Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas | 18- 31 años | 2.04 | 3 | 3.089 | .027 |
| | 32- 45 años | 2.25 | | | |
| | 46- 59 años | 2.26 | | | |

| | | | | | |
|---|-------------|------|---|-------|------|
| | 60 o más | 2.00 | | | |
| | 18- 31 años | 1.08 | | | |
| REACTIVO 9 SM. Se ha sentido poco feliz y deprimido. | 32- 45 años | .78 | 3 | 3.153 | .025 |
| | 46- 59 años | .85 | | | |
| | 60 o más | .80 | | | |
| | 18- 31 años | .80 | | | |
| REACTIVO 10 SM. Ha perdido confianza en sí mismo | 32- 45 años | .51 | 3 | 4.308 | .005 |
| | 46- 59 años | .44 | | | |
| | 60 o más | .40 | | | |
| | 18- 31 años | .52 | | | |
| REACTIVO 11 SM. Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada | 32- 45 años | .23 | 3 | 5.685 | .001 |
| | 46- 59 años | .13 | | | |
| | 60 o más | .20 | | | |
| | 18- 31 años | .23 | | | |

Como resultados del “**Cuestionario Auto - aplicable Adicción al Trabajo**” también se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos y variable sociodemográfica Edad. **REACTIVO 2. “Trabajo más de lo que exige mi horario laboral”** ($F=3.005, gl= 3, p= .030$) en donde los trabajadores de 32- 45 años están *Totalmente de acuerdo* en dicha afirmación sobre su horario laboral con una $M= 3.07$, a diferencia de aquellos que se encuentran en un rango de edad de 18- 31 años quienes están *Totalmente en desacuerdo* en trabajar más de lo que exige su horario laboral, con una diferencia entre sus medias de .59 unidades. Asimismo, el **REACTIVO 12. “Mi agenda telefónica tiene más contactos de trabajo que amigos o familiares”** ($F= 3.390, gl= 3, p= .018$) aquellos trabajadores de 32- 45 años indican estar *Totalmente de acuerdo* en que su agenda telefónica tiene más contactos de trabajo que de amigos o familiares con una $M= 2.63$, mientras que los trabajadores que se encuentran en un rango de edad de 18- 31 años se muestran *Totalmente en desacuerdo* en esta afirmación sobre tener más contactos de trabajo que amigos y familiares en su agenda telefónica, con .63 unidades de diferencia entre sus medias de respuesta. De igual manera el **REACTIVO 16. “Considero que el ocio es una pérdida de tiempo”** ($F= 4.970, gl= 3, p= .002$) también tiene significancia con la variable sociodemográfica edad, de modo que los trabajadores de 46- 59 años con $M=2.72$ se inclinan *Totalmente de acuerdo* en esta afirmación considerando que el ocio es una pérdida de tiempo, a diferencia de aquellos ubicados en

el rango de edad de 18- 31 años quienes indican estar *Totalmente en desacuerdo* ante esta afirmación, con .90 unidades de diferencia entre sus medias. Y finalmente el **REACTIVO 17. “Cuando no estoy trabajando me siento improductivo”** ($F= 3.990, gl= 3, p= .008$) los trabajadores que oscilan en el rango de edad de 46- 59 años con una $M=2.72$ están *Totalmente de acuerdo* ante esta afirmación en el hecho de que cuando no están trabajando se sienten improductivos, y aquellos trabajadores de 18- 31 años muestran lo contrario un *Totalmente en desacuerdo* ante esta afirmación, con 1.92 unidades de diferencia entre sus respectivas medias (Véase Tabla 6c).

| Tabla 6c. ANOVA para la variable sociodemográfica Edad | | | | | |
|--|-------------|-------|----|-------|------|
| Reactivo | Edad | Media | gl | F | Sig. |
| REACTIVO 2 AT. Trabajo más de lo que exige mi horario laboral. | 18- 31 años | 2.48 | 3 | 3.005 | .030 |
| | 32- 45 años | 3.07 | | | |
| | 46- 59 años | 2.74 | | | |
| | 60 o más | 3.20 | | | |
| REACTIVO 12 AT. Mi agenda telefónica tiene más contactos de trabajo que amigos o familiares. | 18- 31 años | 2.00 | 3 | 3.390 | .018 |
| | 32- 45 años | 2.63 | | | |
| | 46- 59 años | 2.56 | | | |
| | 60 o más | 1.80 | | | |
| REACTIVO 16 AT. Considero que el ocio es una pérdida de tiempo. | 18- 31 años | 1.82 | 3 | 4.970 | .002 |
| | 32- 45 años | 2.34 | | | |
| | 46- 59 años | 2.72 | | | |
| | 60 o más | 1.00 | | | |
| REACTIVO 17 AT. Cuando no estoy trabajando me siento improductivo. | 18- 31 años | 1.81 | 3 | 3.990 | .008 |
| | 32- 45 años | 1.84 | | | |
| | 46- 59 años | 2.72 | | | |
| | 60 o más | .80 | | | |

Por lo anterior, al existir diferencias entre medias estadísticamente significativas se acepta la hipótesis establecida sobre la existencia de creencias científicas/ sociales en los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su edad, por tanto estas creencias hacia el tabaquismo tienen una base científica o son formadas por la sociedad como el creer que se iniciar su consumo como hábito se vuelve adicción y existen otros detonantes no solo sustancias que conllevan al consumo de tabaco; los trabajadores no cuentan con creencias de tipo psicológicas por el hecho de que la motivación, memorización de información, aprendizaje u otros procesos psicológicos no son considerados en estos factores que explican al tabaquismo. También se acepta la hipótesis sobre la diferencia entre medias estadísticamente significativa entre la edad de

los trabajadores y los niveles de Salud Mental de los mismos, pudiendo determinar la capacidad de afrontar situaciones, sentirse poco felices y deprimidos o perder la confianza en sí mismos según su edad. Y con ello, también se acepta la hipótesis de la diferencia entre medias estadísticamente significativa entre los niveles de Adicción al Trabajo y la edad de los trabajadores, por lo cual según la edad de estos, su agenda telefónica tendrá más contactos laborales que amigos o familiares, se exigirán más de lo establecido en su horario laboral, sintiéndose improductivos cuando no están trabajando y considerando el ocio una pérdida de tiempo.

Análisis de varianza (ANOVA) para la variable sociodemográfica Nivel de estudios. En cuanto a los resultados de la escala **ETBEMTLX** y la “Escala de Salud General GHQ” no hubo significancia con la variable Nivel de estudios, pero en los reactivos del “**Cuestionario Auto - aplicable Adicción al Trabajo**” si se encontraron resultados estadísticamente significativos. **REACTIVO 2. “Trabajo más de lo que exige mi horario laboral”** ($F= 2.734, gl= 3, p=.044$) los trabajadores con un Nivel de estudios Especialidad/Posgrado con $M=3.15$ trabajan más de lo que exige su horario laboral, estando *Totalmente de acuerdo* en este reactivo, esto a diferencia de aquellos trabajadores con un nivel de estudios Medio Superior (Preparatoria o Técnico) quienes están *Totalmente en desacuerdo* ante esta afirmación, existiendo .77 unidades de diferencia entre sus respectivas medias. El **REACTIVO 7. “Cuando estoy en mi casa al menos planifico o pienso lo que tengo que hacer en el trabajo”** ($F= 4.546, gl=3, p=.004$) reflejando que aquellos trabajadores con un Nivel de estudios Especialidad/Posgrado planifican o piensan lo que tienen que hacer en su trabajo estando en casa, indicando estar *Totalmente de acuerdo* ante esta afirmación con una $M=3.09$, con una diferencia de .93 unidades entre sus medias de respuesta con los trabajadores de nivel Medio Superior, quienes indican estar *Totalmente en desacuerdo* con dicha afirmación sobre planificar o pensar en casa lo que se tiene que hacer en el trabajo. Por el lado del **REACTIVO 8. “Suelo llevarme, informes y documentos del trabajo para leerlos en casa”** ($F=7.153, gl=3, p=.000$) que también resultó significativo, indica que trabajadores con Nivel de Estudios Especialidad/Posgrado tienden a estar *Totalmente de acuerdo* en que suelen llevarse informes y documentos del trabajo a casa con una $M= 2.68$, contrario a aquellos que cuentan con un Nivel de estudios Básico (Primaria, secundaria) quienes están

Totalmente en desacuerdo en llevarse informes y documentos a casa, existiendo 1.3 unidades de diferencia entre sus medias de respuesta. Y por el lado del **REACTIVO 11.** **En mis conversaciones predominan los temas relacionados con el trabajo** ($F=3.603$, $gl= 3$, $p= .014$) refleja que aquellos trabajadores con Nivel de estudios Especialidad/Posgrado suele predominar el tema del trabajo en sus conversaciones, mostrándose *Totalmente de acuerdo* con este reactivo con una $M=2.76$, en contraparte con aquellos trabajadores que cuentan con Nivel de estudios Medio Superior quienes indican estar *Totalmente en desacuerdo* en que predominan temas relacionados al trabajo en sus conversaciones, existiendo una diferencia de .94 unidades entre sus medias de respuesta (Véase Tabla 6d).

| Tabla 6d. ANOVA para la variable sociodemográfica Nivel de estudios | | | | | |
|--|-----------------------|-------|----|-------|------|
| Reactivo | Nivel de estudios | Media | gl | F | Sig. |
| REACTIVO 2 AT. Trabajo más de lo que exige mi horario laboral | Básico | 2.70 | 3 | 2.734 | .044 |
| | Medio Superior | 2.38 | | | |
| | Superior | 2.84 | | | |
| | Especialidad/Posgrado | 3.15 | | | |
| REACTIVO 7 AT. Cuando estoy en mi casa al menos planifico o pienso lo que tengo que hacer en el trabajo. | Básico | 2.48 | 3 | 4.546 | .004 |
| | Medio Superior | 2.16 | | | |
| | Superior | 2.80 | | | |
| | Especialidad/Posgrado | 3.09 | | | |
| REACTIVO 8. AT Suelo llevarme, informes y documentos del trabajo para leerlos en casa. | Básico | 1.38 | 3 | 7.153 | .000 |
| | Medio Superior | 1.45 | | | |
| | Superior | 2.16 | | | |
| | Especialidad/Posgrado | 2.68 | | | |
| REACTIVO 11 AT. En mis conversaciones predominan los temas relacionados con el trabajo. | Básico | 2.18 | 3 | 3.603 | .014 |
| | Medio Superior | 1.82 | | | |
| | Superior | 2.09 | | | |
| | Especialidad/Posgrado | 2.76 | | | |

Por lo anterior, los factores de la escala de creencias hacia el tabaquismo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sus medias en cuanto a esta variable, por lo tanto, se rechaza la hipótesis sobre la existencia de creencias psicológicas de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su nivel de estudios, de modo que esta última variable no determinará qué tipo de creencias tendrán los trabajadores. De igual modo, no hubo diferencias en sus medias que resultaran estadísticamente significativas entre los niveles de Salud Mental y la variable nivel de estudios por lo cual se rechaza la hipótesis establecida, de tal forma

que esta variable sociodemográfica no puede determinar el nivel de su Salud Mental de los trabajadores. Y se acepta la hipótesis sobre la diferencia entre medias estadísticamente significativa con los niveles de Adicción al Trabajo y el nivel de estudios de los trabajadores, de modo que al exigirse más de lo establecido en su horario laboral, planificar sobre el trabajo en casa, llevarse documentos o informes para leerlos o incluso que en las conversaciones predominen temas relaciones al trabajo de acuerdo con cada nivel de estudios, esta última puede ser una variable que determine la Adicción al Trabajo en los trabajadores.

Análisis de varianza (ANOVA) para la variable sociodemográfica Ingreso mensual.

A través de la aplicación de este análisis, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en reactivos de las escalas **“Escala de Salud General GHQ”** y **“Cuestionario Auto - aplicable Adicción al Trabajo”**. En la escala de Salud Mental el **REACTIVO 3. “Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida”** ($F=2.426, gl= 4, p=.048$) resultó significativo, de modo que aquellos trabajadores con Ingreso mensual de Más de \$16, 001 indican que han sentido que están jugando un papel útil en la vida *Más que lo habitual* con una $M=2.41$, a diferencia de aquellos con un Ingreso mensual de Menos de \$4000 quienes indican lo contrario que han sentido *Mucho menos* en esta afirmación, existiendo .41 unidades de diferencia entre sus medias de respuesta. Por el lado del **REACTIVO 4. “Se ha sentido capaz de tomar decisiones”** ($F= 3.409, gl=4, p=.009$) reflejando que aquellos trabajadores que tienen un Ingreso mensual de Más de \$16,001 se han sentido *Más capaces de lo habitual* en la toma de decisiones con una $M=2.49$, en contraparte los trabajadores que perciben un Ingreso mensual de Menos de \$4000 indican que se han sentido *Mucho menos* capaces en la toma de decisiones, con una diferencia de .46 unidades entre sus respectivas medias. El **REACTIVO 5. “Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión”** ($F=2.837, gl=4, p=.024$) también resultó significativo con la variable sociodemográfica Ingreso mensual, de modo que aquellos trabajadores que cuentan con un Ingreso mensual de \$4001 a \$8000 indican sentirse *Mucho más* agobiados y en tensión con una $M=1.43$, esto a diferencia de aquellos que perciben Más de \$16, 001 mensuales quienes indican que *No, en absoluto* se han sentido de esta forma ante esta afirmación, existiendo una diferencia de .43 unidades entre sus medias de respuesta. **REACTIVO 6. “Ha sentido que no puede superar sus**

dificultades” ($F= 5.218, gl= 4, p= .000$) también resultó significativo en donde los trabajadores con un Ingreso mensual de Menos de \$4000 con una $M= 1.14$ han sentido que no pueden superar sus dificultades *Mucho más* ante esta afirmación, contrario a los trabajadores que cuentan con Ingreso mensual de Más de \$16,001 quienes indican *No, en absoluto* han sentido que no pueden superar sus dificultades, existiendo una diferencia de .58 unidades entre sus respectivas medias. También en el **REACTIVO 9. “Se ha sentido poco feliz y deprimido”** ($F= 3.144, gl= 4, p= .015$) se obtuvieron resultados significativos con esta variable sociodemográfica, de modo que los trabajadores con un Ingreso mensual de Menos de \$4000 se han sentido *Mucho más* poco felices y deprimidos con una $M= 1.17$, lo contrario sucede en aquellos trabajadores que perciben un Ingreso mensual de \$8001 a \$12000 con .42 unidades de diferencia entre sus medias de respuesta, inclinados en *No, en absoluto* ante esta afirmación. Ahora, en el caso del **REACTIVO 10. “Ha perdido confianza en sí mismo”** ($F= 4.428, gl= 4, p= .002$) se obtuvo que los trabajadores que cuentan con un Ingreso mensual de Menos de \$4000 han perdido *Mucho más* la confianza en sí mismos con una $M=.94$, esto a diferencia de los trabajadores que su Ingreso mensual es de Más de \$16,001 quienes indican que *No, en absoluto* han perdido la confianza en sí mismos en esta afirmación, existiendo una diferencia de .50 unidades entre sus medias de respuesta. Y finalmente en cuanto a la escala de Salud Mental el **REACTIVO 11. “Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada”** ($F= 3.196, gl= 4, p= .013$) también resultó significativo, con una $M= .62$ los trabajadores que cuentan con un Ingreso mensual de Menos de \$4000 han pensado *Mucho más* que son personas que no valen para nada, contrario a los trabajadores que reciben un Ingreso mensual de \$12, 001 a \$16, 000 indicando que *No, en absoluto* lo han pensado, con una diferencia de .40 unidades entre sus respectivas medias (Véase Tabla 6e).

Tabla 6e. ANOVA para la variable sociodemográfica Ingreso mensual

| Reactivo | Ingreso mensual | Media | gl | F | Sig. |
|---|--------------------|-------|----|-------|------|
| REACTIVO 3 SM. Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida | Menos de \$4000 | 2.00 | 4 | 2.426 | .048 |
| | \$4001 a \$8000 | 2.09 | | | |
| | \$8001 a \$12000 | 2.18 | | | |
| | \$12 001 a \$16000 | 2.30 | | | |
| | Más de \$16, 001 | 2.41 | | | |
| | Menos de \$4000 | 2.03 | | 3.409 | .009 |

| | | | | | |
|--|--------------------|------|---|-------|------|
| REACTIVO 4 SM. Se ha sentido capaz de tomar decisiones | \$4001 a \$8000 | 2.17 | 4 | | |
| | \$8001 a \$12000 | 2.23 | | | |
| | \$12 001 a \$16000 | 2.27 | | | |
| | Más de \$16, 001 | 2.49 | | | |
| REACTIVO 5 SM. Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión | Menos de \$4000 | 1.41 | 4 | 2.837 | .024 |
| | \$4001 a \$8000 | 1.43 | | | |
| | \$8001 a \$12000 | 1.19 | | | |
| | \$12 001 a \$16000 | 1.35 | | | |
| REACTIVO 6 SM. Ha sentido que no puede superar sus dificultades. | Más de \$16, 001 | 1.00 | 4 | 5.218 | .000 |
| | Menos de \$4000 | 1.14 | | | |
| | \$4001 a \$8000 | 1.05 | | | |
| | \$8001 a \$12000 | .95 | | | |
| REACTIVO 9 SM. Se ha sentido poco feliz y deprimido. | \$12 001 a \$16000 | .68 | 4 | 3.144 | .015 |
| | Más de \$16, 001 | .56 | | | |
| | \$4001 a \$8000 | 1.03 | | | |
| | \$8001 a \$12000 | .75 | | | |
| REACTIVO 10 SM. Ha perdido confianza en sí mismo. | \$12 001 a \$16000 | .97 | 4 | 4.428 | .002 |
| | Más de \$16, 001 | .79 | | | |
| | \$4001 a \$8000 | .71 | | | |
| | \$8001 a \$12000 | .49 | | | |
| REACTIVO 11 SM. Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada. | \$12 001 a \$16000 | .59 | 4 | 3.196 | .013 |
| | Más de \$16, 001 | .44 | | | |
| | \$4001 a \$8000 | .39 | | | |
| | \$8001 a \$12000 | .26 | | | |
| | Más de \$16, 001 | .36 | | | |

Por otro lado, en el **“Cuestionario Auto - aplicable Adicción al Trabajo”** también se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, el **REACTIVO 2. “Trabajo más de lo que exige mi horario laboral”** ($F= 3.406, gl= 4, p= .009$) reflejando que los trabajadores que cuentan con un ingreso mensual de Más de \$16, 001 están *Totalmente de acuerdo* en que trabajan más de lo que les exige su horario laboral con una $M=3.44$, contrario a aquellos que perciben un Ingreso mensual de \$8001 a \$12000 quienes indican estar *Totalmente en desacuerdo* con esta afirmación, existiendo una diferencia de 1.73 unidades entre sus medias de respuesta. Por el lado del **REACTIVO 8. Suelo llevarme, informes y documentos del trabajo para leerlos en casa”** ($F=3.049, gl= 4, p= .017$) con una $M= 2.33$ los trabajadores que cuentan con un Ingreso mensual de Más de \$16, 001 indican estar *Totalmente de acuerdo* ante esta afirmación de llevarse

informes y documentos de trabajo a sus casas, a diferencia de los trabajadores que perciben un Ingreso mensual de Menos de \$4000 quienes se muestran *Totalmente en desacuerdo* ante esta afirmación, con una diferencia de .88 unidades entre sus respectivas medias. Otro de los reactivos que resultó significativo fue el **REACTIVO 12. “Mi agenda telefónica tiene más contactos de trabajo que amigos o familiares”** ($F= 4.333, gl= 4, p= .002$) de modo que aquellos trabajadores con un Ingreso mensual de Más de \$16, 001 se muestran *Totalmente de acuerdo* ante este reactivo con una $M=3.08$, y los trabajadores con Ingreso mensual de Menos de \$4000 indican estar *Totalmente en desacuerdo* en tener más contactos de trabajo en su agenda telefónica que amigos y familiares, existiendo una diferencia de 1.27 unidades entre sus medias de respuesta. De igual manera, el **REACTIVO 15. “Me es difícil encontrar tiempo para divertirme”** ($F= 2.750, gl= 4, p= .028$) indicando que aquellos trabajadores que cuentan con un Ingreso mensual de \$4001 a \$8000 les es difícil encontrar tiempo para divertirse indican estar *Totalmente de acuerdo* en esta afirmación con una $M=2.33$, contrario a los trabajadores que perciben un Ingreso mensual de \$8001 a \$12,000 quienes se muestran *Totalmente en desacuerdo*, con una diferencia de .73 unidades entre sus medias de respuesta. Y finalmente el **REACTIVO 16. “Considero que el ocio es una pérdida de tiempo”** ($F= 2.514, gl= 4, p= .041$) con una $M= 2.67$ los trabajadores con un Ingreso mensual de Más de \$16,001 muestran estar en *Totalmente de acuerdo* ante esta afirmación, y por otro lado los trabajadores con un Ingreso mensual de \$12,011 a \$16,000 indican estar en *Totalmente en desacuerdo* en que el ocio es una pérdida de tiempo, existiendo una diferencia de 1.05 unidades entre sus respectivas medias (Véase Tabla 6f).

| Tabla 6f. ANOVA para la variable sociodemográfica Ingreso mensual | | | | | |
|--|--------------------|-------|----|-------|------|
| Reactivo | Ingreso mensual | Media | gl | F | Sig. |
| REACTIVO 2 AT. Trabajo más de lo que exige mi horario laboral. | Menos de \$4000 | 2.33 | 4 | 3.406 | .009 |
| | \$4001 a \$8000 | 2.58 | | | |
| | \$8001 a \$12000 | 1.71 | | | |
| | \$12 001 a \$16000 | 3.00 | | | |
| | Más de \$16, 001 | 3.44 | | | |
| REACTIVO 8 AT. Suelo llevarme, informes y documentos del trabajo para leerlos en casa. | Menos de \$4000 | 1.45 | 4 | 3.049 | .017 |
| | \$4001 a \$8000 | 1.69 | | | |
| | \$8001 a \$12000 | 2.12 | | | |
| | \$12 001 a \$16000 | 2.30 | | | |

| | | | | | |
|--|--------------------|------|---|-------|------|
| | Más de \$16,001 | 2.33 | | | |
| | Menos de \$4000 | 1.81 | | | |
| REACTIVO 12 AT. Mi agenda telefónica tiene más contactos de trabajo que amigos o familiares. | \$4001 a \$8000 | 2.05 | | | |
| | \$8001 a \$12000 | 2.49 | 4 | 4.333 | .002 |
| | \$12 001 a \$16000 | 2.41 | | | |
| | Más de \$16,001 | 3.08 | | | |
| | Menos de \$4000 | 1.96 | | | |
| REACTIVO 15 AT. Me es difícil encontrar tiempo para divertirme. | \$4001 a \$8000 | 2.33 | | | |
| | \$8001 a \$12000 | 1.60 | 4 | 2.750 | .028 |
| | \$12 001 a \$16000 | 1.76 | | | |
| | Más de \$16,001 | 1.92 | | | |
| | Menos de \$4000 | 2.03 | | | |
| REACTIVO 16 AT. Considero que el ocio es una pérdida de tiempo. | \$4001 a \$8000 | 2.18 | | | |
| | \$8001 a \$12000 | 1.77 | 4 | 2.514 | .041 |
| | \$12 001 a \$16000 | 1.62 | | | |
| | Más de \$16,001 | 2.67 | | | |

Por lo anterior, los factores de la escala de creencias hacia el tabaquismo en conjunto con la variable sociodemográfica Ingreso mensual, no resultaron estadísticamente significativos de modo que se rechaza la hipótesis sobre la existencia de creencias de tipo psicológicas en los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a su salario mensual, este último no determina el tipo de creencias hacia el tabaquismo.

Por otro lado, se acepta la hipótesis sobre la diferencia entre medias estadísticamente significativas de los niveles de Salud Mental y el ingreso mensual de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala, de modo que este último factor uno de los determinantes de su Salud Mental. Y también se acepta la hipótesis sobre la diferencia entre medias estadísticamente significativa con los niveles de Adicción al Trabajo y el ingreso mensual, en donde esta última variable puede que determine el nivel de Adicción al Trabajo en los trabajadores de ambos estados.

Análisis de varianza (ANOVA) para la variable sociodemográfica Horas trabajadas a la semana. Los resultados muestran diferencia estadísticamente significativa con uno de los factores de la escala **ETBEMTLX** y la variable horas trabajadas a la semana; el **FACTOR 1. Creencia psicológica (CP). Tabaco en la vida cotidiana** ($F=3.325$, $gl= 2$, $p=$

.037) indica que los trabajadores que laboran alrededor de 68- 101 horas a la semana tienden a estar *De acuerdo* con las creencias sobre que el hecho de fumar permite concentrarse en las actividades diarias por el papel de estímulo que se forma, permitiendo disminuir la ansiedad y que a su vez exista una mejora en el estado de ánimo, además de causar una sensación de placer, sentirse energético (a) en el trabajo, ayudando a la búsqueda de identidad individual y ejercer un rol de autoridad con una $M=2.53$, en contra parte con aquellos que laboran 34- 67 horas a la semana quienes están *En desacuerdo* con estas creencias hacia el tabaquismo, con una diferencia de .11 unidades entre sus medias de respuesta (Véase Tabla 6g)

| Reactivo | Horas trabajadas a la semana | Media | gl | F | Sig. |
|---|------------------------------|-------|----|-------|------|
| FACTOR1. (CP). Tabaco en la vida cotidiana. | 1- 33 horas | 2.42 | 2 | 3.325 | .037 |
| | 34- 67 horas | 2.26 | | | |
| | 68 - 101 horas | 2.53 | | | |

Por el lado del “**Cuestionario Auto - aplicable Adicción al Trabajo**” también hubo resultados estadísticamente significativos con esta variable sociodemográfica; el **REACTIVO 4. “Mi trabajo me ocupa casi todo el tiempo disponible”** ($F= 4.830, gl= 2, p= .009$) de modo que aquellos trabajadores que laboran en el rango de 68- 101 horas están *Totalmente de acuerdo* ante esta afirmación con una $M=3.47$, contrario a aquellos que laboran entre 1 – 33 horas a la semana que están en *Total desacuerdo* en que su trabajo ocupa casi todo el tiempo disponible, existiendo una diferencia de 1.07 unidades entre sus respectivas medias. El **REACTIVO 5. “Mi familia me pregunta que ¿cuándo descanso?”** ($F= 3.038, gl= 2, p= .049$) también obtuvo diferencia estadísticamente significativa con esta variable sociodemográfica en donde los trabajadores que laboran de 68- 101 horas a la semana muestran una respuesta *Totalmente de acuerdo* con dicho reactivo con una $M=2.83$, contrario a aquellos que laboran 1- 33 horas que indican estar *Totalmente en desacuerdo* en que su familia les pregunte cuándo descansan, existiendo una diferencia de .89 unidades entre sus medias de respuesta. Por su parte el **REACTIVO 7. “Cuando estoy en mi casa al menos planifico o pienso lo que tengo que hacer en el trabajo”** resultó significativo ($F= 3.779, gl= 2, p= .024$) con una $M=2.64$ los trabajadores que laboran de 34- 67 horas a la semana indican estar *Totalmente de acuerdo* con dicha afirmación, a diferencia de los que trabajan entre 68- 101 horas quienes indican estar en

Totalmente en desacuerdo en planificar en casa o pensar lo que tienen que hacer en el trabajo, con .94 unidades de diferencia entre sus respectivas medias. Y por último el **REACTIVO 8. Suelo llevarme, informes y documentos del trabajo para leerlos en casa** ($F= 3.109$, $gl= 2$, $p= .046$) en donde trabajadores que laboran entre 34- 67 horas están *Totalmente de acuerdo* en esta afirmación con una $M= 1.96$, esto contrario a aquellos trabajadores que laboran de 68- 101 horas quienes indican estar *Totalmente en desacuerdo* en este reactivo, con una diferencia de .89 unidades entre sus medias de respuesta (Véase Tabla 6h).

Tabla 6h. ANOVA para la variable sociodemográfica horas trabajadas a la semana.

| Reactivo | Horas trabajadas a la semana | Media | gl | F | Sig. |
|--|------------------------------|-------|----|-------|------|
| REACTIVO 4 AT. Mi trabajo me ocupa casi todo el tiempo disponible. | 1- 33 horas | 2.40 | 2 | 4.830 | .009 |
| | 34- 67 horas | 2.69 | | | |
| | 68 - 101 horas | 3.47 | | | |
| REACTIVO 5 AT. Mi familia me pregunta que ¿cuándo descanso? | 1- 33 horas | 1.94 | 2 | 3.038 | .049 |
| | 34- 67 horas | 2.13 | | | |
| | 68 - 101 horas | 2.83 | | | |
| REACTIVO 7 AT. Cuando estoy en mi casa al menos planifico o pienso lo que tengo que hacer en el trabajo. | 1- 33 horas | 2.60 | 2 | 3.779 | .024 |
| | 34- 67 horas | 2.64 | | | |
| | 68 - 101 horas | 1.70 | | | |
| REACTIVO 8 AT. Suelo llevarme, informes y documentos del trabajo para leerlos en casa. | 1-33 horas | 1.85 | 2 | 3.109 | .046 |
| | 34- 67 horas | 1.96 | | | |
| | 68 - 101 horas | 1.07 | | | |

Dicho lo anterior y de acuerdo con los resultados de las diferencias entre medias estadísticamente significativas, se rechaza la hipótesis planteada sobre la existencia de creencias presentes en los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo respecto a las horas trabajadas a la semana que son de tipo científicas / sociales, encontrando que los trabajadores cuentan con creencias de tipo psicológicas hacia el tabaquismo abarcando el consumo de tabaco en la vida cotidiana y que incluye una mayor concentración, mejora de estado de ánimo, sentirse energético incluso disminuyendo la ansiedad y generando una sensación de placer; de este modo la variable sociodemográfica horas trabajadas a la semana no determinará el tipo de creencia con las que cuentan los trabajadores hacia el tabaquismo.

Asimismo, no hubo resultados estadísticamente significativas sobre las diferencias entre medias con los niveles de Salud Mental y horas trabajadas a la semana,

por lo tanto, se rechaza la hipótesis sobre la diferencia estadísticamente significativa entre ambas variables, en donde no serán un factor determinante para su Salud Mental la cantidad de horas que laboren a la semana los trabajadores de ambos estados. Y se acepta la hipótesis sobre la diferencia entre medias estadísticamente de los niveles de Adicción al Trabajo y las horas de trabajo a la semana de los trabajadores, siendo así que esta última variable puede ser un determinante de su Adicción al Trabajo.

Análisis de varianza (ANOVA) para la variable sociodemográfica Cantidad de cigarros que fuma al día. Los resultados en cuanto a esta variable sociodemográfica y los factores de la escala **ETBEMTLX**, reactivos de la “**Escala de Salud General GHQ**” y “**Cuestionario Auto - aplicable Adicción al Trabajo**” también mostraron diferencias estadísticamente significativas. En cuanto al **FACTOR 1. Creencia psicológica (CP). Tabaco en la vida cotidiana** ($F= 23.802, gl= 3, p= .000$) las personas que trabajan y fuman *De 6 a 16 cigarros al día* tienden a creer que fumar permite concentrarse en las actividades diarias, ayuda a disminuir la ansiedad e incluso genera una sensación de placer, mejora el estado de ánimo permitiendo sentirse más energético (a) en el trabajo, además de que traerá beneficios en la vida cotidiana como ejercer un rol de autoridad por el solo hecho de fumar y también repercutiendo en la búsqueda de identidad individual mostrándose *De acuerdo* ante estas afirmaciones con $M= 2.91$, y por el contrario aquellos que son *No fumadores* tienden a estar *En desacuerdo* con estas creencias hacia al tabaquismo, existiendo una diferencia de .74 unidades entre las medias de respuesta. Por su parte el **FACTOR 2. Creencia científica/social (CCS): Responsabilidad de consumo y salud** ($F= 4.963, gl= 3, p= .002$) también resultó significativo con la Cantidad de cigarros que fuman al día, de modo que aquellas personas *No fumadoras* se muestran *De acuerdo* en creencias de que el tabaquismo inicia desde la experimentación de consumo entre amigos afectando negativamente a las neuronas, aunque existen diversas formas de consumir tabaco se considera que masticado o en pipa tiene los mismo efectos en la salud que cuando este se fuma, dando pauta también a desarrollar una adicción; con ello, el tabaquismo se ha vuelto un problema de salud pública grave derivando también diversos tipos de cáncer y cuando se necesita abandonar dicho consumo es cuando se asume esa responsabilidad por parte del fumador incluso que es necesario un tratamiento psicológico a la par para este proceso,

estos trabajadores tienen una $M= 3.74$, contrario a los trabajadores que fuman De 6 a 16 cigarrillos al día que se muestran *En desacuerdo* con estas creencias sobre la responsabilidad de consumo y salud, con una diferencia de .53 unidades entre sus respectivas medias. Otro de los factores que resultó significativo fue el **FACTOR 3. Creencia psicológica (CP): Percepción y beneficios del consumo de tabaco** ($F= 16.348, gl= 3, p= .000$) de modo que los trabajadores que consumen De 6 a 16 cigarrillos al día se muestran *De acuerdo* con una $M= 2.46$ considerando que para iniciar el día es necesario un cigarrillo de tabaco, fumar ayuda a la memorización de la información cotidiana, a integrarse con las demás personas, además de ser percibido con un estatus social alto, también creen que una persona con un cigarrillo en mano es atractiva y a pesar de los efectos que conlleva fumar, creen que se puede consumir a cualquier edad sin presentar daños en la salud, lo opuesto a aquellos trabajadores No fumadores que están *En desacuerdo*, existiendo una diferencia de .68 unidades entre sus respectivas medias. En el caso del **FACTOR 4. Creencia científica / social (CCS): De hábito a adicción al tabaco** ($F= 2.850, gl= 3, p= .037$) con una $M= 3.73$ aquellas personas que fuman De 6 a 16 cigarrillos al día indican estar *De acuerdo* ante las creencias de que el tabaquismo es una adicción a la nicotina, y que esta última es la sustancia que genera adicción a seguir fumando; también consideran que el consumo de tabaco de una persona aumenta de manera gradual al punto de necesitarlo a diario y gran parte de quienes inician su consumo se vuelven adictas, por lo cual el tabaquismo es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, esto contrario a las personas que consumen Menos de 5 cigarrillos al día mostrándose *En desacuerdo* con estas creencias hacia el tabaquismo, con .16 unidades de diferencia entre sus medias de respuesta. Siguiendo con los resultados de estos factores, el **FACTOR 5. Creencia psicológica (CP). Beneficios sociales de fumar** ($F= 7.197, gl= 3, p= .000$) mostrando resultados estadísticamente significativos de modo que los trabajadores que son No fumadores con una $M= 2.67$ tienden a estar *De acuerdo* con creencias sobre que fumar solo se lleva a cabo para llamar la atención de los demás y las personas comienzan a hacerlo por tener una baja autoestima, además de creer que fumar les permite a las personas ser más sociables, contrario a los trabajadores que fuman Menos de 5 cigarrillos al día quienes muestran estar *En desacuerdo* en estas creencias sobre los beneficios sociales de fumar con una diferencia de .26 unidades entre

sus medias de respuesta. Otro factor que resultó significativo fue el **FACTOR 6. Creencia científica/ social (CCS): Repercusiones del tabaquismo** ($F= 7.502, gl= 3, p= .000$) reflejando que los trabajadores No fumadores con una $M= 3.70$ se muestran *De acuerdo* con las creencias acerca de las repercusiones del tabaquismo al ser una enfermedad con constantes recaída en su consumo por diversos factores e incluso considerarse como pandemia; por ser el tabaco una droga, uno de los principales núcleos que influye de manera negativa su consumo es en la economía familiar, esto contrario a aquellos trabajadores que fuman De 6 a 16 cigarros al día que están *En desacuerdo* ante estas creencias, con .62 unidades de diferencia entre sus respectivas medias. Asimismo, el **FACTOR 7. Creencia psicológica (CP): Detonantes del tabaquismo** ($F=4.426, gl= 3, p= .005$) resultó significativo con esta variable sociodemográfica, con una $M=3.68$ los trabajadores que consumen Menos de 5 cigarros al día se muestran *De acuerdo* con las creencias de que el efecto estimulante de la nicotina es la única causante de la adicción al tabaco, en suma los contextos sociales como reuniones familiares, laborales o fiestas que también se consideran causantes para consumir cigarros de tabaco pero a pesar de existir estas causas, el único responsable para abandonar el cigarro es el mismo fumador; contrario a aquellos trabajadores que consumen De 6 a 16 cigarros al día y los No fumadores quienes están *En desacuerdo* con dichas creencias sobre detonantes del tabaquismo con .26 unidades de diferencia entre sus medias de respuesta. Y finalmente el **FACTOR 8. Creencia científica/ social (CCS). Tratamientos para abandono de tabaco** ($F= 7.158, gl= 3, p= .000$) indicando que las personas que fuman De 6 a 16 cigarros al día creen que el tabaco masticado y el tabaco en vaporizadores con aromas frutales disminuyen el consumo de cigarro de manera gradual y también creen que los medicamentos son la única solución para dejar de fumar con una $M= 2.69$ indicando estar *De acuerdo*, a diferencia de las personas que son No fumadoras que se muestran *En desacuerdo* con .22 unidades de diferencia entre sus medias (Véase Tabla 6i).

Tabla 6i. ANOVA para la variable cantidad de cigarros que fuma.

| Reactivo | Cantidad de cigarros que fuma al día | Media | gl | F | Sig. |
|--|--------------------------------------|-------|----|--------|------|
| FACTOR 1. (CP). Tabaco en la vida cotidiana. | Menos de 5 cigarros al día | 2.68 | 3 | 23.802 | .000 |
| | De 6 a 16 cigarros al día | 2.91 | | | |
| | Más de 16 cigarros | 5.00 | | | |
| | No fumador | 2.17 | | | |

| | | | | | |
|---|----------------------------|------|---|--------|------|
| FACTOR 2. (CCS): Responsabilidad de consumo y salud. | Menos de 5 cigarros al día | 3.69 | 3 | 4.963 | .002 |
| | De 6 a 16 cigarros al día | 3.21 | | | |
| | Más de 16 cigarros | 5.00 | | | |
| | No fumador | 3.74 | | | |
| FACTOR 3. (CP): Percepción y beneficios del consumo de tabaco | Menos de 5 cigarros al día | 2.03 | 3 | 16.348 | .000 |
| | De 6 a 16 cigarros al día | 2.46 | | | |
| | Más de 16 cigarros | 5.00 | | | |
| | No fumador | 1.78 | | | |
| FACTOR 4. (CCS): De hábito a adicción al tabaco. | Menos de 5 cigarros al día | 3.57 | 3 | 2.850 | .037 |
| | De 6 a 16 cigarros al día | 3.73 | | | |
| | Más de 16 cigarros | 5.00 | | | |
| | No fumador | 3.72 | | | |
| FACTOR 5. CP. Beneficios sociales de fumar. | Menos de 5 cigarros al día | 2.41 | 3 | 7.197 | .000 |
| | De 6 a 16 cigarros al día | 2.50 | | | |
| | Más de 16 cigarros | 5.00 | | | |
| | No fumador | 2.67 | | | |
| FACTOR 6. (CCS): Repercusiones del tabaquismo. | Menos de 5 cigarros al día | 3.35 | 3 | 7.502 | .000 |
| | De 6 a 16 cigarros al día | 3.08 | | | |
| | Más de 16 cigarros | 5.00 | | | |
| | No fumador | 3.70 | | | |
| FACTOR 7. (CP): Detonantes del tabaquismo. | Menos de 5 cigarros al día | 3.68 | 3 | 4.426 | .005 |
| | De 6 a 16 cigarros al día | 3.42 | | | |
| | Más de 16 cigarros | 5.00 | | | |
| | No fumador | 3.42 | | | |
| FACTOR 8. (CCS). Tratamientos para el abandono de tabaco. | Menos de 5 cigarros al día | 2.53 | 3 | 7.158 | .000 |
| | De 6 a 16 cigarros al día | 2.69 | | | |
| | Más de 16 cigarros | 5.00 | | | |
| | No fumador | 2.47 | | | |

En cuanto a los reactivos de la escala “Escala de Salud General GHQ” también resultaron significativos como es el caso del **REACTIVO 3. “Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida”** ($F= 3.017, gl= 3, p= .030$) reflejando que aquellos trabajadores No fumadores con una $M= 2.18$ han sentido *Más que lo habitual* que está jugando un papel útil en la vida, esto contrario a aquellos que fuman Menos de 5 cigarros al día quienes indican que lo han sentido *Mucho menos*, existiendo una diferencia de .12 unidades entre sus medias de respuesta. En el caso del **REACTIVO 9. “Se ha sentido poco feliz y deprimido”** ($F= 2.681, gl= 3, p= .047$) en donde aquellas personas que fuman De 6 a 16 cigarros al día indican que se han sentido *Mucho más* poco felices y deprimidos ante dicho reactivo con una $M= 1.36$, contrario a aquellas personas No fumadoras que indican que *No, en lo absoluto* se han sentido de este modo, con .46 unidades de diferencia

entre sus respectivas medias. Finalmente, el **REACTIVO 10. “Ha perdido confianza en sí mismo”** ($F= 2.812, gl= 3, p= .039$) con una $M= 1.14$ refleja que aquellos trabajadores que fuman De 6 a 16 cigarros al día han perdido *Mucho más* la confianza en sí mismos, por el contrario, a aquellos No fumadores que indican *No, en absoluto* haber perdido la confianza en sí mismos, existiendo .53 unidades de diferencia entre sus medias de respuesta (Véase Tabla 6j).

Tabla 6j. ANOVA para la variable cantidad de cigarros que fuma.

| Reactivo | Cantidad de cigarros que fuma al día | Media | gl | F | Sig. |
|---|--------------------------------------|-------|----|-------|------|
| REACTIVO 3 SM. Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida | Menos de 5 cigarros al día | 2.06 | 3 | 3.017 | .030 |
| | De 6 a 16 cigarros al día | 2.14 | | | |
| | Más de 16 cigarros | .00 | | | |
| | No fumador | 2.18 | | | |
| REACTIVO 9 SM. Se ha sentido poco feliz y deprimido | Menos de 5 cigarros al día | 1.10 | 3 | 2.681 | .047 |
| | De 6 a 16 cigarros al día | 1.36 | | | |
| | Más de 16 cigarros | 2.00 | | | |
| | No fumador | .90 | | | |
| REACTIVO 10 SM. Ha perdido confianza en sí mismo | Menos de 5 cigarros al día | .79 | 3 | 2.812 | .039 |
| | De 6 a 16 cigarros al día | 1.14 | | | |
| | Más de 16 cigarros | 1.00 | | | |
| | No fumador | .61 | | | |

En cuanto al “Cuestionario Auto - aplicable Adicción al Trabajo” el **REACTIVO 8. “Suelo llevarme, informes y documentos del trabajo para leerlos en casa”** ($F= 3.564, gl= 3, p= .014$) en donde los trabajadores que consumen De 6 a 16 cigarros al día aquellos que indican estar *Totalmente de acuerdo* ante esta afirmación con una $M= 2.71$, esto contrario a aquellos que fuman Menos de 5 cigarros al día quienes indican estar *Totalmente en desacuerdo* en llevarse informes y documentos del trabajo para leerlos en casa, con 1.24 unidades de diferencia entre sus respectivas medias. También el **REACTIVO 13. “Para mí el trabajo y el descanso son lo mismo”** ($F= 2.710, gl= 3, p= .045$) reflejando que las personas que fuman De 6 a 16 cigarros al día están *Totalmente de acuerdo* en que el trabajo y el descanso son lo mismo con una $M= 1.71$, contrario a aquellos trabajadores No fumadores quienes se muestran *Totalmente en desacuerdo* con esta afirmación, existiendo .48 unidades de diferencia entre sus medias de respuesta. Y para finalizar el **REACTIVO 14. “No me agrada delegar trabajo porque me gusta hacerlo yo”** ($F= 3.446, gl= 3, p= .017$), los trabajadores que fuman De 6 a 16 cigarros al

día se muestran *Totalmente de acuerdo* con esta afirmación sobre no delegar trabajo porque les gusta hacerlo ellos mismos con una $M= 3.79$, contrario a aquellos que fuman Menos de 5 cigarros al día quienes están *Totalmente en desacuerdo* en esta afirmación, existiendo una diferencia de 1.32 unidades entre sus medias de respuesta (Véase Tabla 6k).

| Tabla 6k. ANOVA para la variable cantidad de cigarros que fuma. | | | | | |
|--|--------------------------------------|-------|----|-------|------|
| Reactivo | Cantidad de cigarros que fuma al día | Media | gl | F | Sig. |
| REACTIVO 8 AT. Suelo llevarme, informes y documentos del trabajo para leerlos en casa. | Menos de 5 cigarros al día | 1.47 | 3 | 3.564 | .014 |
| | De 6 a 16 cigarros al día | 2.71 | | | |
| | Más de 16 cigarros | 5.00 | | | |
| | No fumador | 1.93 | | | |
| REACTIVO 13 AT. Para mí el trabajo y el descanso son lo mismo. | Menos de 5 cigarros al día | 1.48 | 3 | 2.710 | .045 |
| | De 6 a 16 cigarros al día | 1.71 | | | |
| | Más de 16 cigarros | 5.00 | | | |
| | No fumador | 1.23 | | | |
| REACTIVO 14 AT. No me agrada delegar trabajo porque me gusta hacerlo yo. | Menos de 5 cigarros al día | 2.47 | 3 | 3.446 | .017 |
| | De 6 a 16 cigarros al día | 3.79 | | | |
| | Más de 16 cigarros | 5.00 | | | |
| | No fumador | 2.82 | | | |

Por lo anterior se acepta la hipótesis que indica una diferencia entre medias estadísticamente significativa en las creencias de los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala hacia el tabaquismo y la cantidad de cigarros que consume al día, contando con creencias de tipo psicológicas y con creencias de tipo científicas/ sociales; es así que esta variable sociodemográfica puede ser un determinante para las creencias de los trabajadores. También, hubo diferencias entre medias estadísticamente significativas entre los niveles de Salud Mental y la variable cantidad de cigarros que consumen al día, de modo que se acepta la hipótesis acerca de la diferencia significativa entre estas variables, en donde la cantidad de cigarros que consumen estos trabajadores puede determinar su Salud Mental. Y finalmente, se obtuvieron diferencias entre medias estadísticamente significativas entre la variable niveles de Adicción al Trabajo y cantidad de cigarros que consumen los trabajadores al día, por lo cual se acepta la hipótesis establecida sobre la diferencia entre medias de ambas variables de tal modo que la variable sociodemográfica cantidad de cigarros consumidos al día por los trabajadores, puede ser un determinante para sus niveles de Adicción al Trabajo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

Conocer e investigar un tema como el tabaquismo, que ha generado consecuencias a nivel mundial desde una perspectiva social, entender el por qué sigue sucediendo, cómo afecta a los individuos y qué otros detonantes pueden estar interviniendo es de suma importancia para poder brindarle una solución desde la visión científica y psicológica. Asimismo desde la Psicología Social se abordan diversas categorías psicosociales que permiten comprender y dar respuesta a una parte de las preguntas anteriores, siendo una de estas categorías las creencias; De la Pienda (1999) menciona “Todos somos creyentes, necesariamente creyentes” (p.240) y son la base fundamental del comportamiento, además Ortega y Gasset (1968) señalan que “constituyen el continente de nuestra vida y no son ideas que tenemos, sino ideas que somos”(p. 2) el abordarlas permite una mayor aproximación y aportación desde la Psicología tanto al tabaquismo como al estudio de las creencias, puesto que a la par permite comprender ¿Por qué a pesar de conocer sus efectos se sigue consumiendo tabaco?

La relación en conjunto con variables como la Adicción al Trabajo y la Salud Mental permite su estudio desde una visión psicosocial, por ser un fenómeno “relativamente nuevo” en el caso de la Adicción al Trabajo y en cuanto a la Salud Mental es necesario seguir abordándola ya no exclusivamente a un nivel teórico, también llevarlo a la práctica en el país puesto que será parte de los pilares para un bienestar individual y social.

Dicho lo anterior el objetivo principal de esta investigación fue describir las creencias hacia el tabaquismo presentes en trabajadores del Estado de México y Tlaxcala y encontrar su relación con Adicción al Trabajo y su Salud Mental.

En términos generales se acepta la hipótesis general establecida en la que los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala tienen creencias científicas/sociales y psicológicas hacia el tabaquismo y éstas guardan relación con la Adicción al Trabajo y la Salud Mental y muestran una correspondencia empírica entre creencias hacia el tabaquismo, Adicción al Trabajo y Salud Mental y estas a su vez se relacionan con variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, tipo de

empleo, ingreso mensual, horas trabajadas a la semana, estado de la República Mexicana en el que labora y cantidad de cigarros que consumen al día.

Por consiguiente, los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala cuentan con creencias de tipo psicológicas hacia el tabaco en la vida cotidiana, percepción y beneficios de su consumo y también beneficios sociales, encontrando que tienen la creencia de que se necesita fumar un cigarro para iniciar el día puesto que forma parte de su motivación para realizar actividades o incluso memorizar la información por el hecho de tener a la par el cigarro en mano, en boca o por el simple acto de fumar. Misma creencia que se respalda por lo mencionado por la Organización Panamericana de Salud (1998) que menciona este efecto de sensibilización y desensibilización en las neuronas, en donde esta última vuelve tolerantes a los fumadores durante el día y en la noche desaparece, de modo que, si al fumar un cigarro por las mañanas puede que se considere el más agradable del día y placentero, mismo efecto que desaparece en el transcurso del día. Córdoba y Samitier (2009), en conjunto con NIDA (2010) coinciden en el efecto que tiene el tabaco en el cerebro, al momento de la primer “calada” la nicotina tiene impacto en las neuronas y neurotransmisores fijándose en la acetilcolina, causando la reducción de noradrenalina y dopamina que son neurotransmisores estimulantes, formando una descarga de adrenalina denominado “rush” la sensación inicial intensa debido a esa descarga, el estrés que se alivia es el que ha producido su adicción a la nicotina y que ha alterado sus neurotransmisores cerebrales de forma creciente a lo largo de la vida, sin embargo, la percepción del fumador es que el cigarro calma su estrés creando una sensación ilusoria de “relajación”.

Asimismo Redolat, et al. (1994) mencionan que no solo es considerar los efectos psicoactivos de la nicotina o tabaco, sino el papel de otros estímulos asociados como el olor o el sabor que son considerados como aspectos sensoriales que actúan como estímulo condicionado y los efectos de la nicotina como el estímulo incondicionado, que provocará que se siga fumando hasta inhalar la cantidad de humo suficiente; consideran que esta asociación aumenta su concentración, existe una mejora en el estado de ánimo, disminución de la ansiedad o sentirse más energético en el trabajo y Redolat, et al. (1994) incluye dos hipótesis acerca de los fumadores y que mantiene su conducta, una de ellas

es la “Hipótesis del recurso psicológico” misma que incluye estos beneficios psicológicos deseados y no tener un motivo específico por el cual fumar.

Redolat, et al. (1994) continúan haciendo énfasis en que estos efectos estarán relacionadas con variables de tipo sociales, creen que se seguirá consumiendo tabaco por el motivo de que se cree que hace ver más atractivas a las personas, ayudándoles a mejorar su estado de ánimo o ser percibidos con un estatus alto o incluso que se inicia porque los miembros de la familia fuman y posteriormente a través de una experimentación entre amigos con mayor énfasis en la adolescencia creándose un hábito que pasará a convertirse en adicción por su consumo de forma gradual. Rescatando lo establecido por González (2012), respecto a que las interacciones entre personas crean esa necesidad de fumar y los significados relacionados al acto de fumar, Texeira, et al. (2005) plantean que con el paso del tiempo el fumador recibirá determinados estímulos sociales, comportamentales o culturales que harán que se refuerce ese hábito causando una dependencia tanto física como psicológica.

A la par, González (2012) hace énfasis en las frases comunes que afirman que el contexto determinará que las personas fumen, no fumen o quieran abandonar su consumo y como ejemplo son: “yo no fumo, sólo en las fiestas”, “necesito descansar, deja me echo un cigarro” sin dejar de lado la consideración de otras variables que se suman a este motivo que darán pauta a consumir tabaco para afrontar situaciones que causen ansiedad entre los miembros incluyendo el inicio de una conversación con una persona atractiva, en la década de los 30’s al fumar en pipa indicaba contar con cierto estatus social, distinguirse entre las personas elegantes de las que no lo eran e incluso la vestimenta de los hombres como el esmoquin, para afirmar dichas percepciones (González, 2012).

Siguiendo la misma línea, los trabajadores también cuentan con creencias de tipo científicas/ sociales, consideran que el tabaquismo es un problema de salud pública grave y una enfermedad con constantes recaídas en su consumo, la edad de inicio de consumo sea entre 11 o 12 años y la salud se ve afectada a través de los tipos de cáncer por cuestión genética o los provocados por dicho consumo; con base a lo planteado a autores como López (2020), IMSS (2018), Delgado, 2019), Álvarez, et al. (2007), García García, et al. (2014), Bardcah, et al. (2016) e Higes, et al. (2015) en México y en otros

países como España y Perú también es un problema de salud pública grave, debido al gran impacto en la mortalidad y morbilidad, en el mundo se convierte en una de las principales causas de muerte prevenible; a pesar de considerarse con este impacto en México existen alrededor de 60 mil muertes al año atribuidas al consumo de tabaco lo equivalente a 180 muertes diarias, hay 15.6 millones de fumadores según la encuesta ENCODAT 2016- 2017 (Secretaría de Salud, 2017), de 10 tipos de cáncer de pulmón 9 son asociados al consumo del mismo, cada vez que entra el humo a los pulmones se produce una inflamación crónica en el aparato respiratorio trayendo distintas consecuencias dañando el tejido y reducen los mecanismos de defensa del sistema, al disminuir la edad de inicio de consumo los adolescentes se vuelven un grupo más vulnerable ante el tabaquismo(Delgado, 2019).

Sin embargo, a pesar de conocer los efectos en la salud y en la misma economía familiar tal como señala Álvarez, et al. (2007) y López (2020) que el 80% de los fumadores (880 millones) se encuentran en países de ingresos bajos y medios como México, a pesar de que aún la relación entre consumo de tabaco y pobreza es poco conocida, las personas más pobres tienden a consumir más tabaco por lo cual disminuye la adquisición de otros bienes como la alimentación o educación. A su vez entre las creencias de los trabajadores existe una contradicción ya que a pesar de conocer las consecuencias en la salud en general, personal, familiar, laboral y mundial respecto a su consumo aspectos como la percepción y beneficios del tabaco están de por medio, de modo que a pesar de conocer toda la información sobre el daño las personas pueden seguir fumando por creer que se puede consumir a cualquier edad sin presentar daños en la salud por la sensación momentánea que genera el cigarro en donde fumadores esperan que no altere su calidad de vida futura (Córdoba y Samitier, 2009), lo importante es no dejar de sentir ese placer al fumar “una gratificación instantánea” que presenta beneficios en las personas, “esta es la más prevalente de las adicciones, aceptada socialmente y asociada a estereotipos de personas interesantes, intelectuales o glamorosas” menciona Ponciano (como se citó en López, 2020).

A la par, Higes, et al., (2015) señalan que un 70% de los fumadores desean dejar de fumar, mientras que el 60% estaría dispuesto a dejarlo en los próximos 6 meses y un 27% de un período de un mes, sin embargo, existen personas que no están motivadas

para dejar de fumar. Con ello, Bello (2011) menciona que actualmente en estos tratamientos se debe considerar el componente psicosocial y el farmacológico, ambos importantes para el apoyo a aquellas personas que quieren dejar de fumar.

Cabe resaltar que estos mismos autores (Higes, et al., 2015) mencionan que todos los profesionales del área de la salud deben incluirse en estos tratamientos, pero se deja de lado el papel del psicólogo. Con ello, Becoña, et al. (2014) plantea que el tratamiento psicológico se ha llevado a cabo, pero intervienen diferentes variables como sociales hasta físicas y el tiempo que llevan consumiendo, ya que algunos fumadores quieren dejar de fumar por su cuenta y que, a pesar de tener diferentes tratamientos eficaces, en ocasiones las personas encargadas no son psicólogos y por lo tanto este tratamiento de abandono no es eficaz. Al mismo tiempo agrega la eficacia de la combinación de un tratamiento psicológico y farmacológico no hay evidencia aún, ya que llevarlo a cabo implica un alto coste, los efectos secundarios de esos fármacos que implica que fumadores los abandonen o no pueden seguir el tratamiento, incluso Becoña (2014) recalca la investigación realizada por Spring, et al. concluyendo que con el solo tratamiento psicológico había un incremento de abstinencia a los 6 meses y medicamentos como la fluoxetina intervenía en el mismo, añadiendo que dicho tratamiento debe estar estructurado, planteado y adecuarse a las conductas del fumador.

Desde lo planteado por Becoña, et al. (2014) incluyen lo que eran limitantes para llevar a cabo un tratamiento psicológico en los fumadores entre ellos:

“1) la situación de la psicología clínica dentro del sistema sanitario, 2) la no publicitación de los tratamientos psicológicos efectivos para los distintos trastornos; 3) la publicitación, a veces sesgada, de la eficacia de la terapia farmacológica, 4) el interés de la industria farmacéutica por comercializar sus productos, sin considerar la existencia de otros tratamientos alternativos igual o más eficaces; y 5) el deseo de los fumadores de dejar de fumar con el mínimo esfuerzo. A día de hoy estas barreras se mantienen o han aumentado” (p. 166).

Los trabajadores creen que existen otras vías como el tabaco masticado o uso de vaporizadores con aromas frutales con y sin nicotina que ayudan de manera gradual a abandonar el tabaco, la OMS (2006) agregó que se han introducido “ideas seguras” acerca de las formas de consumir tabaco, pero estas siguen siendo mortíferas. También el uso

de cigarro electrónico ha sido una mala decisión para sustituir el cigarro convencional y dejar de fumar, incluidos dos tipos: los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN) y los sistemas electrónicos sin nicotina (SESN), el vapor tiene tóxicos altamente irritantes e incluso sustancias productoras de cáncer, que resultan del calentamiento del e-líquido que está compuesto por propilen glicol, etilen glicol, glicerina, alcohol etílico y diversos colorantes y saborizantes, además de nicotina. La OMS (2019a) enfatiza que aún no existe una base científica y aprobada por los organismos de salud pública puesto que estos han sido utilizados con base a redes sociales, internet con información falsa y engañosa sobre la eficacia de estos productos mayormente dirigidos a la población joven más por lo aromatizantes frutales.

Dicho lo anterior y lo señalado por Córdoba y Samitier (2009) indican que en países desarrollados existe una controversia sobre si los fumadores perciben adecuadamente los riesgos de fumar y sostienen que no es solo ser conscientes de estos riesgos, sino el ser capaz de utilizar esa información para dejar de consumirlo como bien se ha abordado, el ser responsable para abandonar al tabaco en conjunto con un tratamiento psicológico; Higes, et al. (2015) dan a conocer que sin apoyo profesional solo el 3- 5% de ellos consigue abandonar el tabaco.

A la par, los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala al contar con creencias de tipo psicológicas y científicas/sociales permite su relación con variables como la Salud Mental, ya que para ellos el consumo de tabaco en la vida cotidiana irá de la mano con perder la confianza en sí mismo, sentirse menos capaces de tomar decisiones y sentirse constantemente agobiados y en tensión; Pérez- Milena, et al. (2012) expresan lo contrario, que el consumo de tabaco aumenta la confianza en sí mismo desde una edad adolescente por el hecho de tener más experiencia y sentirse más seguros ante los demás, el cual es un determinante para iniciar dicho consumo, lo contrario a lo que se encontró en esta investigación, pueden consumir tabaco pero este no será un detonante para sentirse capaces de tomar decisiones o tener confianza en sí mismos.

Asimismo, pesar de que conozcan cómo repercute su consumo de tabaco en la salud, no se harán responsables de abandonarlo porque de por medio existen otros detonantes que siguen promovándolo, encontrando una contradicción de que estas personas fumadoras se seguirán sintiendo constantemente agobiados y en tensión , el

tabaco no relaja tal como señalan Redolat, et al. (1994) quienes enfatizan que la nicotina se vuelve un reforzador positivo primario y que esa adicción a la nicotina es un componente esencial en el uso de tabaco, esas acciones reforzantes que tienen los fumadores es reducción de ansiedad e irritabilidad, mejora de atención, disminución de apetito e incluso el peso corporal. Contrario a ello, Córdoba y Samitier (2009) agregan que en realidad los fumadores presentan mayores niveles de ansiedad y estrés percibido que el resto de la población, la nicotina estimula la liberación de dopamina lo cual se asocia con sentimientos de placer y refuerza la adicción y el apego al cigarrillo, a menudo necesitan incrementar sus niveles de nicotinas (más caladas) para sentirse “bien”, entre más tiempo pase entre un cigarro y otro, existirá esa necesidad compulsiva e incontrolado por fumar el siguiente.

También el consumo de tabaco y las creencias que tienen respecto a su consumo en la vida cotidiana puede estar relacionado con aspectos del ámbito laboral, es posible que las personas con cargos altos fumen y se busca encajar en cierto grupo con facilidad para ser percibidos con un estatus alto, o con compañeros con este interés en común, dando pauta a una mayor socialización en su vida cotidiana, puesto que estos son clave más si se tiene un hábito en común ya que mejora la integración de los nuevos miembros y evita el rechazo (Redolat, et al., 1994). Conviene subrayar que el tabaco se ha vuelto un elemento mucho más integrador que el alcohol por ser una droga socialmente aceptada, que se realiza diariamente más en el contexto de relación de pares (Pérez- Milena, et al., 2012) y al mismo tiempo creen que fumar les aliviará el estrés por el trabajo, misma afirmación que coincide con la investigación de Salmerón- Castro, et al. (2002), en donde menciona que fumar solo será para ser percibido de una determinada manera.

En estas personas su consumo de tabaco aumenta sin importar los daños en la salud enfocados solo en los beneficios temporales como mayor concentración, disminución de ansiedad, sentirse energético en el trabajo o mejora del estado de ánimo como bien lo mencionan y afirman Redolat, et al. (1994); las afirmaciones de que el trabajo y descanso son lo mismo, deseando regresar al trabajo casi al terminar unas vacaciones, la necesidad de trabajar de manera compulsiva sin importar relaciones sociales y familiares en donde influirá negativamente a medio y largo plazo, forman las primeras señales de una persona adicta al trabajo. Señala Moriano (2012) la concepción

triádica de la adicción al trabajo de Spende y Robbins en 1992, incluyendo: involucración en el trabajo, compulsión a trabajar y disfrute con el trabajo, permitiendo dar el siguiente paso como lo plantea Schaufeli, et al. (como se citó en Moriano, 2012) trabajar excesivamente y trabajar compulsivamente, el primero es trabajar más de lo que establece el horario laboral pero esa adicción al trabajo no concluye al término de esa jornada, sino que se caracteriza estando en vacaciones o incluso enfermo y en segundo lugar, el estar pensando en el trabajo de manera constante aunque no estén trabajando, influyendo de igual manera en las relaciones familiares y sociales tal como se encontró en esta investigación.

Será posible percibir a estas personas porque una de las características para determinar adicción al trabajo es la inversión de su tiempo en gran parte hacia el trabajo que incluso es uno de los puntos relevantes para definir a la adicción al trabajo, además como mencionan Burke (2001) y Fernández- Montalvo y Echeburúa (1998) que aquellas personas que trabajan más se han considerado como empleados ejemplares por dedicarse mismas ideas que van de la mano con sobrevalorar la cuestión monetaria, el éxito y el poder.

Agregando a autores como Fernández- Montalvo y Echeburúa (1998) afirman que, en concreto en la adicción al trabajo, es más frecuente el consumo de drogas para neutralizar el agotamiento ocupacional como el tabaco y medicamentos para conciliar el sueño, permitiendo la combinación de una adicción psicológica con una o varias químicas.

Es así que de manera general se acepta la hipótesis general establecida en donde los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala tienen creencias científicas/sociales y psicológicas hacia el tabaquismo y éstas guardan relación con la adicción al trabajo y la salud mental.

Asimismo, respecto a los resultados estadísticamente significativos entre las variables de estudio y variables sociodemográficas se encontraron diferencias de acuerdo a estas, los hombres cuentan con creencias de tipo psicológicas hacia el tabaquismo considerando que para iniciar el día es necesario un cigarro de tabaco y que para abandonar su consumo no es necesario un tratamiento psicológico, contrario a las mujeres. De acuerdo con las investigaciones realizadas de autores como Blanco, et al.

(2009), Moreno - San Pedro, et al. (2006) y Salmerón Castro, et al. (2002) coinciden en que el consumo de tabaco es más frecuente en hombres que en mujeres, además en la ENCODAT (Secretaría de Salud, 2017) figuran los hombres en el Estado de México y Tlaxcala como principales fumadores. Igualmente, Córdoba y Samitier (2009) y Jané (2004) sostienen la idea que el aumento de mujeres fumadoras se atribuye a cuestiones sociales, liberación de la mujer y por creer que los efectos de consumir tabaco estaban lejanos a ellas, incluso Valdés- Salgado, et al. (2006) en su investigación señala que hay una diferencia entre las personas fumadoras y su sexo pero que es mínima, puesto que el consumo de tabaco por parte de las mujeres se asemeja cada vez al de los hombres.

Igualmente, en cuanto a la variable sexo y niveles de Adicción al Trabajo y Salud Mental los trabajadores hombres indicaron que cuando están terminando sus vacaciones desean volver al trabajo, que el ocio es una pérdida de tiempo y se consideran personas compulsivas que les encanta trabajar sin importar que pongan en peligro sus relaciones sociales y familiares, encontrando que aún existe mayor inclusión de hombres en los ámbitos laborales, misma situación que se encontró en las investigaciones de Mendinueta-Martínez, et al. (2020) y Meza- Benavides, et al. (2012) y también por estado a nivel nacional, ya que la tasa de participación económica presenta diferencias importantes entre hombres (77.1%), y mujeres (44.9%) en el estado de Tlaxcala mujeres representan 49% y 77.3% los hombres, en el Estado de México 44 mujeres y 75.9% hombres (INEGI, 2019). También, es de suma importancia agregar la cantidad de horas que dedican tanto al trabajo, tareas domésticas y cuestiones sociales u ocio, puesto que al existir un porcentaje mayor de hombres en el ámbito laboral puede ser un detonante para la adicción al trabajo al contrario de las mujeres que tienen una jornada laboral y además dedican tiempo a cuestiones del hogar, esto se sustenta con lo establecido con Serrano (2014) quien menciona que las mujeres tienen doble rol y doble jornada que repercutirá en tener tensiones y problemas de salud, es así que las mujeres se han sentido más agobiadas y en tensión y menos capaces de hacer frente a sus problemas, como se explicó anteriormente y con base a lo que señala Serrano (2014).

Ahora de acuerdo con el estado, los trabajadores de Tlaxcala consideran que el tabaquismo se inicia por la experimentación de consumo entre amigos, repercutiendo negativamente en las neuronas convirtiéndose en una de las principales causas de

muerte a nivel mundial pero no consideran al tabaquismo epidemia, mismas que pueden estar determinadas por la aceptación de fumar en espacios públicos cerrados con ciertas áreas para fumadores, incluso ya categorizan a los adolescentes en fumadores actuales y pasivos sin importar la edad se consume ENCODAT (Secretaría de Salud, 2017) también el 97.9% de ellos conocen los efectos y las enfermedades graves que conlleva, cabe mencionar que es su exposición al humo de tabaco es de 14.0 dentro de su hogar considerando que a nivel nacional es de 14.1 y es el 3er estado con mayor porcentaje de compra de cigarros sueltos;, se puede determinar que lo establecido por la ENCODAT (Secretaría de Salud, 2017) forma parte de los factores para contar con este tipo de creencias, se conocen los efectos del tabaquismo pero se sigue fumando a pesar de ello. Contrario a los trabajadores del Estado de México, con base a lo establecido en la ENCODAT 2016- 2017 (Secretaría de Salud, 2017) los trabajadores pueden tener estas creencias por ser un estado más grande que Tlaxcala, por la cantidad de personas fumadoras en el mismo y que incluso consumen un promedio de 7.4 cigarros por día mayor que en Tlaxcala (consumo de 4.1 cigarros por día en Tlaxcala), el promedio en la compra de cigarros sueltos es de 52.5% (nacional de 48.1%) y el 99% de la población también conoce los efectos graves en la salud y las enfermedades, es la primer entidad en cuanto a la exposición de humo de tabaco en el transporte público y la 5ta en el trabajo; de este modo al contar con creencias de tipo científicas/ sociales y conocer dichos efectos el consumo de tabaco seguirá, además por la cantidad de personas fumadoras en este estado puede ser en mayor medida normalizado y mayormente aceptado por la sociedad (Rodríguez- Ramírez, et al., 2018).

De igual modo, los trabajadores presentan diferencias en cuanto a su tipo de empleo y creencias hacia el tabaquismo, predominando creencias de tipo científicas/ sociales; con ello los del sector formal creen que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, lo cual lo ha convertido en una enfermedad con constantes recaídas en su consumo, mismos datos que coinciden con lo encontrado en la investigación de Meza- Benavides, et al. (2012) sobre los estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo, haciendo énfasis que en este sector es frecuente dicho consumo y por las consecuencias en la salud en general y cuestión social se sugiere seguir su estudio de manera exhaustiva.

Por su parte, los trabajadores del sector informal no cuentan con este tipo de creencias sobre el tabaquismo, mismas que se sustentan con la investigación de Mendinueta-Martínez (2020) mencionando que estos trabajadores tienen hábitos de salud inadecuados, pero no consumen cigarrillos, esto puede ser por diferentes motivos probablemente el principal sea que su ingreso mensual sea menor. Cabe resaltar las ideas entre lo establecido por la OMS (2010) y Ferreira, et al. (2014) lugares libres de tabaco están asociados a un consumo menor de tabaco y baja prevalencia a fumar, el incremento de estrés laboral lleva a su consumo por lo que es importante tener un control dentro del ámbito laboral, y que las personas que son no fumadoras se vean influenciadas por el mismo y compañeros de trabajo, convirtiéndose en detonantes para su inicio de consumo (Ferreira, et al., 2014).

A la par, el sector informal se ha caracterizado por la precariedad laboral, desigualdad de los ingresos, largas jornadas laborales e inestabilidad laboral que en conjunto están relacionados con los niveles de Salud Mental. Se encontró que ellos no han sentido que están jugando un papel útil en la vida, que se han sentido mucho más agobiados y en tensión, que no han podido superar sus dificultades, sentirse poco felices y deprimidos perdiendo la confianza en sí mismos y que son personas que no valen para nada, lo cual permite determinar que este tipo de empleo vaya en aumento teniendo repercusiones en la salud tanto física como mental. Moyano, et al. (2008) indica que estas personas son felices con su ámbito familiar pero un poco menos en su trabajo, lo valoran y también por los ingresos que conlleva este tipo de empleo evaluándolo “no tan malo”, sin embargo, se hace énfasis en que es menos probable que se abstengan a trabajar, si 6 a 5 días mensualmente no consideran tener salud física y mental para trabajar, únicamente descansan menos de un día o no descansan por lo que su salud mental se verá afectada a corto o mediano plazo.

Por su parte, en cuanto a los resultados de la diferencia entre medias de acuerdo con las creencias hacia el tabaquismo, Adicción al Trabajo y Salud Mental y variables con más de dos grupos permiten explicar que, trabajadores de 32- 45 años creen en las consecuencias del consumo de tabaco en la salud física y a nivel mundial, en que es muy probable que las personas que inician con su consumo sean adictas, en los detonantes como los contextos sociales que pueden conllevar a consumirlo y que para poder

abandonar este consumo el fumador es el único responsable de hacerlo, contrario a aquellos trabajadores que oscilan en la edad de 46 a 59 años quienes no coinciden en estas creencias.

Aunado a ello Moreno- San Pedro, et al. (2006), Salmerón -castro, et al. (2002) y Hernández- Perez (2015) coinciden y con sus respectivas investigaciones aportan, que existe cierta tendencia a fumar más con la edad hasta los 40 - 49 años, en palabras de Álvarez, et al. (2007) agrega los principales mitos sobre el tabaquismo y el abandono del mismo “Soy demasiado mayor para dejar de fumar” señala que sin importar la edad el abandono de tabaco repercutirá de manera positiva en la salud aumentando hasta 2 o más años su esperanza de vida; es así que los grupos de mayor edad están en desacuerdo porque puede que su consumo de tabaco vaya en aumento y ya tengan una adicción, contrario a los de menor edad que su inicio de consumo es reciente pero presentan una posible tendencia a desarrollar una adicción según avancen en la edad.

De igual modo, aquellos trabajadores de edad de 32 a 59 años indican sentirse más capaces de hacer frente a sus problemas, no se han sentido felices ni deprimidos, de igual forma no han perdido la confianza en sí mismos y no han pensado que son personas que no valen para nada, resultados que son contrarios con el grupo de edad de 18 a 31 años. Igualmente, el grupo de edad de 32-45 años y los trabajadores que oscilan de 46-59 muestran que trabajan más de lo que exige su horario laboral, tienen mayor cantidad de contactos laborales que amigos y familiares, consideran que el ocio es una pérdida de tiempo y cuando no están trabajando se sienten improductivos, a diferencia de los trabajadores que se ubican en el grupo de edad 18 a 31 años. Dicho lo anterior, autores como Ornelas y Ruiz (2017) realizaron una investigación sobre la salud mental y la calidad de vida en ciertos grupos de edad, resultados que coinciden con los de esta investigación; mencionan los grupos de 18 o 19 años y de 20 a 40 años, debido a los cambios biológicos que se presentan pueden sentirse incómodos, con estado de ánimo bajo, con sentimientos de inadecuación que influirán en sus relaciones sociales y mismo caso con los adultos tempranos o jóvenes sumando las preocupaciones, pensamientos y conductas repetitivos, sentimientos de falta de control o distorsión de pensamientos, son aspectos que se relacionan con el malestar físico y psicológico, además de que de acuerdo

con resultados de Adicción al Trabajo estos grupos se muestran en desacuerdo porque apenas van adquiriendo responsabilidades como lo es en un entorno laboral o familiar.

En contraparte, los grupos de edad mayores de 32 a 59 años, que con base a lo señalado por Ornelas y Ruiz (2017) son los adultos intermedios de 41 a 60, tienden a desarrollar las obsesiones o compulsiones marcando una posible tendencia a la Adicción al Trabajo, incluso un nota de Fundación UNAM (s/f) recalca que un estudio del 2013 - 2015 mexicanos de 29 a 48 años forman parte de la población que son adictos al trabajo o “workaholics”, y en cuanto a su salud mental encontraron que en esta edad es posible el aumento de ansiedad o estrés por la alta demanda laboral y la somatización, sin embargo, se caracterizan por el afrontamiento a una alta demanda del ámbito laboral como el cumplir los objetivos establecidos, la presencia de una crisis de productividad vs estancamiento (Erikson, como se citó en Ornelas y Ruiz, 2017) además de la idea de conseguir la plena autorrealización.

Siguiendo la misma línea y con base a los resultados de diferencias entre medias, aquellos trabajadores con un ingreso mensual entre \$12,001 a \$16,001 o más y su Salud Mental, han sentido más capaces en la toma de decisiones, no se han sentido agobiados ni en tensión, tampoco que no pueden superar sus dificultades o que son personas que no valen para nada y no han perdido la confianza en sí mismos, a diferencia de aquellos con un ingreso mensual de \$8000 mensual o menor. De este modo, el ingreso mensual tendrá un impacto emocional en suma de las condiciones laborales, incluso aquellas personas desempleadas también se ven afectadas Seligman (como se citó en Collantes y Marcos, 2012) recalca la indefensión de las personas y las probabilidades de sufrir un deterioro en su salud mental, al percibir que los esfuerzos para buscar trabajo no dan lugar a los resultados esperados; en esta situación cabe señalar que se sienten desmotivadas para seguir intentando encontrar un mejor o un empleo (Espino, 2014; Collantes y Marcos, 2012; Estramiana, et al. 2012). También la investigación de Meza-Benavides, et al. (2011) de acuerdo con sus resultados, indican que aquellos trabajadores según su puesto o área se sienten mayor satisfechos o menos respectivamente, con su ingreso mensual, misma situación que encontró Gravchikova (2014) quien indicó que al contar con un ingreso mayor puntuaron más alto en medidas de bienestar y mostraban

menor malestar, haciendo énfasis en que el ingreso económico influye en las expectativas sobre el empleo, de bienestar financiero y autorrealización.

Y con relación a su ingreso mensual y la adicción al trabajo, los que perciben un ingreso mensual de \$16, 001 o más, trabajan más de lo que exige su horario laboral llevando trabajo o documentos para leerlos en casa, incluso tienen más contactos de su ámbito laboral en su agenda telefónica que de amigos y familiares y consideran que el ocio es una pérdida de tiempo, contrario a aquellos con ingreso mensual menor. Con ello, cabe señalar que el puesto de trabajo puede ser parte de un detonante para dicha adicción, al estar en un puesto alto como director o gerente que es donde el ingreso mensual es mayor, Colín y Simon (2014) mencionan en su investigación utilizando una muestra de trabajadores mexicanos, que gran parte de ellos son adictos al trabajo y pueden fomentarlo dentro de su lugar de trabajo. Incluso de la mano está la importancia que se le brinda a la cantidad de horas que una persona dedica a su puesto laboral que los resultados obtenidos, con base a lo que menciona Villacencio - Ayub (como se citó en Espinosa y Mendoza, 2019) “La adicción al trabajo desafortunadamente en México como en otros países de América Latina, es una adicción que se premia”; además que México es uno de los países que más trabaja, al año un promedio de 2 255 horas al año pero con grandes repercusiones; actualmente se ha considerado un cambio para beneficio de la productividad y de los trabajadores (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), como se citó en el Economista, 2018; Espinosa y Mendoza, 2019).

Con lo anterior, las creencias de los trabajadores hacia el tabaco y los niveles de adicción al trabajo también presentaron diferencias entre medias respecto a la cantidad de horas que laboran a la semana. Es así que aquellos que laboran más horas a la semana de 68 - 101 horas consideran que el consumo de tabaco en la vida cotidiana ayuda a disminuir la ansiedad, sentirse energético (a) en el trabajo y concentrarse en las actividades diarias, además mejora el estado de ánimo y a la búsqueda de identidad individual causando una sensación de placer, contrario a los trabajadores que laboran menor cantidad de horas de 34 a 67 horas. De igual modo, los trabajadores con mayor cantidad de horas trabajadas a la semana (de 37 a 101 horas) están totalmente de acuerdo en el hecho de que su trabajo ocupa casi todo su tiempo disponible, llevándose informes o documentos del trabajo a casa lo que les hace planificar o pensar lo que tienen

que hacer en el trabajo al día siguiente, derivando que los miembros de su familia les pregunten ¿qué cuando descansan?

Aunado a estos resultados anteriores, Fundación UNAM (s/f) en una entrevista con la académica Villacencio - Ayub destaca que el trabajar más de lo que exige el horario laboral, contar con un promedio de 50 o más horas a la semana de trabajo, la dificultad para desconectarse del trabajo y a altas horas de la noche siguen conectados, son personas que dedican su tiempo libre al trabajo y presentan dificultades en sus relaciones sociales, familiares, consecuencias en su salud física y mental; agrega que este fenómeno se presenta en aquellos con puestos gerenciales o administrativos pero que a niveles operativos o medios también es posible su presencia. Al considerar estas características dentro de la muestra de trabajadores en suma de todos los factores las consecuencias son graves, ya que indicará una tendencia a desarrollar adicción al trabajo o que puede contar con ella; por consiguiente, los trabajadores que cuentan con un mayor número de horas de trabajo a la semana cuentan con estas creencias porque probablemente ya fumaban, pero el ámbito laboral fue un detonante para consumir mayor cantidad o para iniciar su consumo de tabaco por los efectos y beneficios asociados al mismo.

Y en cuanto a los resultados entre las creencias hacia el tabaquismo de acuerdo a la cantidad de cigarros o si son No fumadores los trabajadores; los que son fumadores (considerando a los que consumen menos de 5 cigarros y de 6 a 16 cigarros al día) tienen creencias de tipo científicas/ sociales y psicológicas, creen en los beneficios de consumirlo en la vida cotidiana, las mejoras, consideran que es una adicción puesto que se ha vuelto una de las principales causas de muerte a nivel mundial, además de considerar las diferentes formas de consumirlo que pueden ayudar a disminuirlo. Con relación a estas creencias, los autores Moreno- San Pedro, et al. (2006), Álvarez, et al. (2007) y Valdés- Salgado, et al. (2006) aportan dentro de sus investigaciones la diferencia entre las personas fumadoras, no fumadoras y aquellos que inician su consumo; en específico Valdés- Salgado, et al (2006) y Álvarez, et al. (2007) indican que aquellas personas con amistades fumadoras, aquellos que creen que una persona es atractiva, que por fumar 1 o 2 años nada más no repercutirá en su salud, que no causa daño en la salud en general o cáncer, que son muy jóvenes y responden que no saben al

igual que si el tabaco es una droga, tienden a convertirse en fumadores a diferencia de aquellos que respondieron de forma contraria. Estas afirmaciones también forman parte de los mitos respecto a este consumo (Álvarez, et al. (2007), además de la diferencia respecto a la cantidad de cigarros que consideran perjudiciales los fumadores y no fumadores, con base en la investigación de Moreno- San Pedro, et al. (2006) señala que 4.8 cigarros al día respondieron los no fumadores y 6 al día los fumadores.

Cabe mencionar lo que la ENCODAT arrojó en cuanto a resultados del abandono de tabaco, ya que en el Estado de México las personas que decidieron dejar de fumar acudieron al consumo de fármacos (3.8%) y el 2.6% recurrió a asesorías o consejería con un profesional de la salud, y por el lado del estado de Tlaxcala el 2.9% de las personas que decidieron dejar de fumar recurrieron a los fármacos y el 6.9% con un profesional de la salud, mismos datos que coinciden con sus creencias, mostrando una preferencia a los fármacos que a la misma Psicología y los profesionales dentro de esta ciencia (Secretaría de Salud, 2017). Lo anterior se convierte en detonadores para continuar su consumo y en limitantes para abandonar el tabaco lo cual ha generado que el tabaquismo y sus consecuencias aumenten de forma acelerada a nivel mundial.

Por el lado de las creencias de los no fumadores, no creen en el consumo de tabaco en la vida cotidiana, en la percepción respecto al mismo, en los detonantes que dan pauta a su inicio como la nicotina o los contextos sociales y en los diferentes tratamientos de abandono de tabaco, ellos se inclinan más en considerar sobre las repercusiones negativas en las neuronas, en que es un problema de salud pública grave por cantidad de tipos de cáncer que pueden derivar y al ser considerado epidemia y una enfermedad con constantes recaídas en su consumo, que no deben existir solo las vías para reducir su consumo gradual como el tabaco masticado sino un tratamiento psicológico a la par porque el contar con una baja autoestima puede dar pauta a fumar o solo por se lleva a cabo por llamar la atención de los demás, agregando de la responsabilidad por sí mismos para abandonar dicho consumo. No solo repercutirá en el fumador, sino en su entorno en general como en la economía familiar estando por encima de cubrir las necesidades básicas como alimentación y educación.

Dicho lo anterior y con base en autores como Valdés- Salgado, et al. (2006) y Martínez- Berriozábal, et al. (2018) coinciden en algunas diferencias de los no fumadores

respecto a los fumadores, una de ellas son las amistades, también la prohibición de fumar en lugares públicos o en espacios cerrados al estar a favor o considerar estos lineamientos, la exposición al humo de tabaco en bajos niveles y el cómo se les imparte o discute el tema en el ámbito escolar, son algunos de los puntos que sean menos propensos a fumar además de que estos trabajadores no fumadores “creen más en lo “totalmente verdadero” en daños a la salud, efectos indeseables y consideran más lo falso en efectos psicológicos del cigarro” (p. 20), además , Álvarez, et al. (2007) resalta la importancia que tiene la educación y sus agentes responsables (padres, maestros, escuela, sociedad) en involucrarse ante el problema que se ha vuelto el tabaquismo a nivel mundial, y es de suma importancia debido a que se puede prevenir, influye en su proceso de maduración de adolescente a adulto y también el alumnado durante toda su trayectoria está inmerso en factores de riesgo que pueden detonar su consumo de tabaco además de otras drogas, sin dejar de lado en los beneficios que presenta para crear una salud individual y colectiva.

Conclusión

“En algún lugar, algo increíble está esperando ser conocido”. Carl Sagan

Al investigar un tema importante como parte de lo que es el ser humano y lo que forma en su entorno hay que considerar a las creencias, estas han formado parte del progreso del hombre permitiendo darle explicación a fenómenos que se encuentran tanto en el interior y exterior del individuo, además su estudio es de suma importancia para el desarrollo de campos de investigación empírica permitiendo comprender una parte del por qué determinados sucesos (Herrera, 2014; Bonilla, 2017).

Como parte de los alcances de esta investigación fue la construcción de la encuesta ETBEMTLX con base a criterios de confiabilidad y validez lo que permitió su uso en la muestra seleccionada y el conocer los factores que explicaban las creencias hacia el tabaquismo, al igual que la “Escala de Salud General GHQ” (García- Viniétras 1999) y el “Cuestionario auto aplicable de Adicción al Trabajo” por Arias en el 2009 (Méndez- Rodríguez, 2014) para cumplir parte del objetivo principal.

De igual forma permitió conocer qué tipo de creencias tienen los trabajadores del Estado de México y Tlaxcala acerca del tabaquismo y cómo se relaciona con su Adicción al Trabajo y Salud Mental, encontrando de tipo tanto científico/ social y psicológicas, es así que el estudio de las creencias en conjunto con variables como Salud Mental y Adicción al Trabajo son un elemento para comprender y una aproximación para dar respuesta al por qué a pesar de la información que se brinda sobre el consumo de tabaco, las acciones preventivas, sus efectos a todos niveles desde individual hasta familiar se sigue consumiendo esta droga, haciendo énfasis en que efectivamente se puede conocer todo lo anterior pero ¿qué es aquello que induce a fumar? la cuestión social, el cómo sea percibido, para dar una apariencia errónea a determinado grupo o para pertenecer al mismo y por creer que sin importar el daño tiene beneficios en la vida cotidiana. Asimismo, al considerar estas creencias hacia el consumo de tabaco es posible que aumente en mayor medida la cantidad de personas fumadoras con las que se relaciona, razón por la cual se transmiten estas creencias.

En cuanto a esta relación, se puede concluir que existe entre las creencias hacia el tabaquismo, la Adicción al Trabajo y la Salud Mental de los trabajadores detallando que actualmente en un mundo en el que desarrolla el ser humano, el estilo de vida es apresurado se necesita “un relajante” para afrontar las adversidades e incluso algunos estados de ánimo, el estrés o ansiedad y se recurre al cigarro de tabaco, afirmando las creencias sobre sus beneficios, aumentando de manera gradual dicho consumo pero también la presencia de la desinformación sobre qué es lo que causa realmente el tabaco, ya que algunos autores coinciden y afirman la idea que este no relaja ni hace disminuir los niveles de estrés, incluso las personas fumadoras se seguirán sintiendo así aunque fumen, solo se ha generado una percepción errónea respecto a esta droga ya que por no tener efectos a corto plazo como otras drogas se ha aceptado socialmente y normalizado.

De este modo, cabe señalar que a pesar de que sea un problema de salud pública grave, se considere epidemia, la cantidad de muertes al año a nivel mundial crezca rápidamente habrá determinantes sociales, psicológicas, individuales, laborales entre otras, que influyen y conducen a su consumo, se necesita algo más que información plasmada y transmitida, llegar a la reflexión, cuestionarse y analizar desde niveles educativos básicos para evitar dicho consumo.

Parte de las limitantes fue que no se pudieron llevar a cabo la aplicación de encuestas en modo presencial para conocer o escuchar las sugerencias de las personas en cuanto al tema o las mismas escalas, el contacto vía digital con algunas empresas o escuelas de ambos estados no resultó favorable ya que no se obtuvo respuesta a la petición sobre la aplicación de encuesta digital lo cual pudo aumentar la muestra y mejorar resultados de investigación.

Se propone continuar la investigación sobre el tabaquismo ya que gran parte de las investigaciones que explican como tal este, son de los años 90's, aunque no dejan de ser interesantes porque gran parte de ellas se establece que entre el 2020 o 2021 una de las principales causas de muerte sería por consumo de tabaco y su morbilidad y comorbilidad con otras enfermedades. También trabajar este tema a través de las creencias, ya que gran parte de las investigaciones solo son a nivel teórico, con estadísticas, abordadas con la categoría de actitudes hacia el mismo o se trabaja como conducta sin percatarse que las creencias son el pilar de estas últimas, sin dejar de lado que gran parte de estas son aplicadas a muestras de niños, adolescentes y universitarios pocas investigaciones son con una muestra de adultos; con este último punto cabe resaltar que si es importante qué creen o cómo perciben el tabaquismo niños y adolescentes pero solo se queda a un nivel teórico dejando la intervención en segundo plano.

De igual modo, como propuesta se puede abordar el estudio de las creencias con aspectos familiares como las familias disfuncionales, violencia doméstica o familiar porque se pudo encontrar que los miembros o las circunstancias dentro de esta pueden ser detonador principal, a su vez abordarlo desde creencias en conjunto con actitudes y también creencias hacia el tabaquismo con emociones puesto que esta categoría de deja en segundo término, sabiendo la importancia que tienen.

De igual modo, fue posible conocer qué se ha hecho en el país sobre el tabaquismo que no ha tenido impacto en disminuir el consumo de tabaco, con la actual pandemia la enfermedad COVID- 19 se han implementado que exista una mejora en estas leyes y lineamientos de acuerdo con este tema con el uso a la par de tecnología o apps, pero la principal estrategia actual en México es la prevención y control. Con base a las investigaciones citadas y los resultados de esta investigación se propone no dejarlo a un

nivel teórico, que las medidas establecidas por la OMS realmente se llevaran a cabo puesto que en otros países ha resultado efectivo, asimismo a un nivel práctico puesto que se necesita el apoyo dentro del sector educativo con ayuda de áreas como Psicología Educativa para incluir una intervención con bases teóricas y sea eficaz desde niveles educativos básicos, también el apoyo de otras ciencias o disciplinas porque los tratamientos que se han realizado solo es entre médicos o enfermeros y el papel del psicólogo no está presente, aunado a que este psicólogo sea especialista en el tema.

Referencias

- Aceituno, P., Iglesias, V., Erazo, M., Droppelmann, A., Orellana, C., y Navas-Acién, A. (2010). El ambiente laboral como fuente de exposición al humo de tabaco ambiental: Estudio en trabajadores de bares y restaurantes de Santiago, Chile. *Revista médica de Chile*, 138(12), 1517-1523. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001300007
- Ajzen, I., Albarracín, D. & Hornik, R. (2010). *Predicting and changing behavior: A reasoned action approach*. Lawrence Earlbaum Associates, Publishers. <https://www.researchgate.net>
- Ajzen, I. (2005). *Attitude, personality and behavior* (2.ª ed.). Open University Press.
- Alcaráz, P. (2003). Tabaco y accidente cerebrovascular. *Revista de posgrado de la Vía cátedra de Medicina*, (127), 18-20. https://med.unne.edu.ar/revistas/revista127/tabaco_acb.htm
- Álvarez, S., Benito, B., Del Castillo, E., López, M. y Viadero, L. (2007). *Formación en tabaquismo para el personal educativo*. Cantabria, Dirección General de Salud Pública.
- Ambrosio-Cedeño, S., Ledezma, N., D'Aubeterre, M., Oropeza, L. y Villarroel, G. (2011). La ciudadanía en Venezuela: creencias, comportamientos y valores. *Politeia*, 34(47), 1-31. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1700/170024212001>
- Ander, E. (2011). *Diccionario del trabajo social*. Editorial Brujas.
- Aristimuño, C. (2016). *Tratamiento psicológico de un caso de adicción al trabajo*. [Trabajo de fin de máster, Universidad Autónoma de Madrid]. Biblos e- archivo. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680164/aristimu%C3%B1o_heras_cristina_tfm.pdf?sequence=1
- Ariza, C. y Nebot, M. (2004). La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Adicciones*, 16 (2), 359- 375. https://www.infodrogas.org/files/Monografia_tabaco.pdf
- Ávila, M. (2015). *Creencias y expectativas en relación con el conflicto en la pareja desde el enfoque cognitivo conductual*. [Tesis de Licenciatura]. FES-I, Universidad Nacional

Autónoma de México.

<http://132.248.9.195/ptd2015/febrero/0725158/Index.html>

- Bachmann, D., Osses, S. y Schiefelbein, E. (2012). Las Creencias de los profesores rurales: una tarea pendiente para la investigación educativa. *Estudios pedagógicos*, 38 (1), 297-310. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052012000100018
- Baena, A. (2015). *Eficacia comparada del tratamiento presencial, semi presencial y telefónico del tabaquismo en unidades especializadas*. Tesis de doctorado. Recuperada de Tesis Doctorals en Xarxa.
- Ballesteros, A., Mestre, H., Pechobierto, N., Puigdoménech, A. y Ramos, M. (2003). *Influencia de las variables de personalidad en la adicción al trabajo en un estudio con profesores universitarios*. Repositori Universitat Jaume I. <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/79395>
- Baltasar- Bagué, A., Gras- Perez, E., Font- Mayolas, S., García- Vega, E., Patiño- Masó, J., Raurell- Torreda, M. y Cunill- Olivas, M. (2014). *Creencias de los adolescentes respecto al consumo de drogas*. *Revista Iberoamericana de psicología*, (112), 11- 21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4907696>
- Bardach, A., Caporale, J., Alcaraz, A., Augustovski, F., Huayanay-Falconí, L., Loza-Munarriz, C., Hernández-Vásquez, A. y Pichon-Riviere, A. (2016). Carga de enfermedad por tabaquismo e impacto potencial del incremento de precios de cigarrillos en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33 (4), 651- 661
- Batanero, C. y Godino, J. (2001). *Análisis de datos y su didáctica*. Documento de trabajo para asignatura. Universidad de Granada.
- Becoña, E., del Río, E., Durán, A., Pradedá, Ú., Martínez- Vispo, C. y Cano, R. (2014). El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del psicólogo*, 35(3), 161-168. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77832241001>
- Becoña, E. y Míguez, M. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*, 1 (1), 99-112. http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1_vol1/capitulo7.pdf

- Becoña, E., Fernández del Río, E., López -Durán, A., Martínez -Pradedá, U., Martínez -Vispo, C., Rodríguez -Cano, R. (2014). El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del Psicólogo*, 35, (3),161- 168. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2436.pdf>
- Bello, S., Flores, A., Bello, M. y Chamorro, H. (2009). Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 25 (4), 218-230. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482009000400003
- Bello, S. (2011). Tratamiento del tabaquismo. *Revista chilena de cardiología*, 30 (3), 230-239
- Black, D. y Grant, J. (2016). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM- V]*. España, Editorial Médica Panamericana.
- Blanch, J. (1996). Psicología Social del Trabajo. En Álvaro, J., Garrido, A. y Torregrosa, J. (Eds.) *Psicología Social Aplicada* (93-113). McGraw- Hill.
- Blanco, M., Cifuentes, T., Rodríguez, C. y Suárez, C. (2009). Factores que influyen en el consumo de tabaco. <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2600/121974.pdf?sequence=1>
- Bolzán, A y Paleteiro, R. (2003). Tabaquismo durante la adolescencia temprana. Estudio en escolares argentinos. *Jornal de Pediatria*, 79 (5), 461- 466.
- Brocal, F. (2016). Incertidumbres y retos ante los riesgos laborales nuevos y emergentes. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 19(1), 6-9. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-25492016000100001
- Burke, R. J. (2001). *Workaholism in organizations: the role of organizational values*. *Personnel Review*, 30(6), 637-645. doi:10.1108/eum000000005977
- Caballero-Hidalgo, A., González, B., Pinilla, J., y Barber, P. (2005). Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*,

19, 440-447. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000600004

Calleja, N. (2012). Medidas para el control del tabaco en México y el mundo. Enseñanza e investigación en Psicología, 17 (1), 83- 99. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29223246006.pdf>

Callejas, F., Cruz, J., Tornero, A. y Genovés, M. (2015). En E. Higes & L. Perera. (Eds.) *Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria* (75-86). Respira.

Callejo, M. y Vila, A. (2003). Origen y Formación de Creencias Sobre la Resolución de Problemas. Estudio de un grupo de alumnos que comienzan la Educación Secundaria. *Boletín de la Asociación Matemática Venezolana* 10 (2), 173-194. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1020041>

Calvete, E. y Cardeñoso, O. (2001). Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos. *Psicothema*, 13 (1), 95- 100. <http://www.psicothema.com/pdf/419.pdf>

Camacho- Ruiz, E., Cervantes, B., Ibarra, M., Camacho, J. (2017). Capítulo 8. Pruebas de diferencia sobre una variable cuantitativa. (T de Student para muestras relacionadas e independientes). En F. González, M. Escoto y J. Chávez (Eds.). *Estadística Aplicada en Psicología y Ciencias de la Salud*. (181- 190) Manual Moderno

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Ley general para el control de tabaco* (2018). Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCT_150618.pdf

Campos- Arias, A. (2002). Dependencia de nicotina. Aproximación a su manejo farmacológico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31 (1), 67-72. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v31n1/v31n1a06.pdf>

Cañas, J. (2008). Antropología de las adicciones. *Familia y sociedad* (4), 1-4

Cardero- Quevedo, I., Hernández- Meléndez, E., Sanabria- Ramos, G., Bonal- Ruiz, R. y Candebat, G. (2004). Tabaquismo: creencias, actitudes y prácticas de niños escolarizados. *MEDISAN*, 8 (2), 1-7.

https://www.researchgate.net/publication/309188381_Tabaquismo_creencias_actitudes_y_practicas_de_ninos_escolarizados

- Carpi, A., Breva, A., y Palmero, F. (2005). La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular. *Anales de psicología*, 21 (1), 84-91. <http://www.redalyc.org/pdf/167/16721110>
- Celina, H. y Campo Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (4), 572-580. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=806/80634409>
- Cesar- Neffa, J. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio*. Universidad Nacional de Moreno, CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/fo-umet/20160212070619/Neffa.pdf>
- Chávez, R., López, F., Regalado, J. y Espinosa, M. (2004). Consumo de tabaco, una enfermedad social. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 17 (3), 204- 214.
- Chiang, M., Salazar, M., Gómez, N. y Martín, M. (2014). Estilo de liderazgo y creencias organizacionales en la satisfacción laboral de la administración pública de Chile. *Revista cuatrimestral de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales*, 93, 103- 122. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4907572>
- Clifford, W. y James, W. (2003). *La voluntad de creer. Un debate sobre la ética de la creencia*. Tecnos.
- Colín, C. y Simón, N. (2014). Adicción al trabajo, satisfacción y desempeño laboral en ejecutivos mexicanos. *Psicología Iberoamericana*, 22 (2), 16-24. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133938134003>
- Collantes, M. Y Marcos, J. (2012). La salud mental de las y los trabajadores. Observatorio vasco de acoso moral.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], (2011). *Programa contra el tabaquismo; actualización 2011- 2012*. Secretaría de Salud.
- Córdoba, R. y Samitier, E. (2009). 50 mitos del tabaco. Departamento de Salud y Consumo. San Francisco Artes Gráficas.

- Cortés, M., Schiaffino, A., Martí, M., y Fernández, E. (2005). Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta sanitaria*, 19, 36-44. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000100008
- Corvalán, M. (2017). El tabaquismo: una adicción. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33, 186-189
- Dagnino, J. (2014). Análisis de varianza. *Revista chilena de anestesia*, 43, 306- 310. <https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv43n04.07.pdf>
- Defez, A. (2005). ¿Qué es una creencia? *Anales del seminario de metafísica*, 38 (01), 199-221. <https://revistas.ucm.es/index.php/ASEM/article/download/ASEM0505110199A/15904>
- De la Pienda, J. (1999). Filosofía de las creencias. *Revista de Filosofía de la Universidad de Costa Rica*, 37 (92), 239-248.
- De La Rosa- Morales, V., Mauricio, J., García, I., Vásquez, E. y Rodríguez, J. (2006). Factores familiares, sociales y biológicos, asociados al tabaquismo, en niños y adolescentes. *Archivos de investigación pediátrica de México*, 9 (3), 17-26. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=22395>
- Delgado, S. (mayo 2019). *Casi 60 mil muertes al año por el tabaco*. Recuperado de <https://www.gaceta.unam.mx/casi-60-mil-muertes-al-ano-por-el-tabaco/>
- Del Líbano, M., Llorens, S., Schaufeli, W. y Salanova, M. (2006). Adicción al trabajo: concepto y evaluación. *Gestión práctica de riesgos laborales*, 27, 24-30. http://www.want.uji.es/wp-content/uploads/2017/03/2006_Del-L%C3%ADbano-Llorens-Schaufeli-Salanova-I.pdf
- Díaz-Loving, R., Armenta, C., Reyes, N., Moreno, M., Hernández, J., Cruz, C., Saldívar, A., López, F., Romero, A., Domínguez, M. y Correa, F. (2015). Creencias y Normas en México: Una Actualización del Estudio de las Premisas Psico Socioculturales. *Psyche* 24 (2), 1-3. <http://www.redalyc.org/pdf/967/96742675004.pdf>
- Díaz-Loving, R., Rivera, S., Villanueva, G. B. T., y Cruz, L. (2011). Las premisas históricosocioculturales de la familia mexicana: su exploración desde las

- creencias y las normas. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 3 (2), 128-142.
- Díez, P. (2011). Creencia y delirio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (1), 71-91.
- Dodera, M., Burroni, E., Lázaro, M. y Piacentini, B. (2014). Concepciones y creencias de profesores sobre la enseñanza y aprendizaje de las matemáticas. *Ciclo clásico común de la Universidad de Buenos Aires*, 5-16.
<http://www.soarem.org.ar/Documentos/39%20Dodera.pdf>
- El Economista (febrero, 2018). Mexicanos destinan 2,255 horas al año a su trabajo. El Economista. <https://www.eleconomista.com.mx/economia/Mexicanos-destinan-2255-horas-al-ano-a-su-trabajo--20180209-0032.html>
- Escobar, E. (1996). *Las creencias: un análisis psicosocial*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México.
<http://132.248.9.195/ppt1997/0241728/Index.html>
- Espino, A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (122), 385- 404.
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v34n122/10debate01.pdf>
- Espinosa, M. y Mendoza, D. (mayo 2019). Adicción al trabajo no es sinónimo de productividad. Universidad Nacional Autónoma de México.
<https://unamglobal.unam.mx/adiccion-al-trabajo-no-es-sinonimo-de-productividad/>
- Estramiana, J., Gondim, S., Luque, A., Luna, A. y Dessen, M. (2012). Desempleo y Bienestar Psicológico en Brasil y España: Un Estudio Comparativo. *Revista de Psicología Organizacional y Trabajo*, 12 (1), 5- 16.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n1/v12n1a02.pdf>
- Fernández- Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1998). Laborodependencia: cuando el trabajo se convierte en adicción. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 3 (2), 103-120. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.3.num.2.1998.3860>
- Ferreira, E., Baldini, C. y Sivalli, C. (2014). Contexto del inicio del consumo de tabaco en los diferentes grupos sociales. *Revista latino americana de enfermagem*, 22 (3), 379-385.

- <https://www.scielo.br/j/r/rlae/a/Zk3LwSzZkVbW3fgdScM5tkq/?lang=es&format=pdf>
- Ferrero, M. (2004). Diagnóstico y tratamiento no farmacológico del tabaquismo. *Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve*, 3, 13-1
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Addison-Wesley.
- Fundación UNAM (s/f). Mexicanos de 29 a 48 años, los más “workaholics”. <https://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/mexicanos-de-29-a-48-anos-los-mas-workaholics/>
- Galán, L. (2015). *Creencias sobre el sentido de la vida en jóvenes alcohólicos con estudios y sin estudios universitarios*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://132.248.9.195/ptd2015/noviembre/0737967/Index.html>
- García, J. (agosto 2015). *El humo de tabaco y sus efectos adversos*. Revista digital universitaria UNAM, 16 (8). <http://www.revista.unam.mx/vol.16/num8/art70/#>
- García- García, P., Vázquez- Galindo, L., Hayashida, M. y Dos- Santos, M. (2014). Prevalencia y creencias en relación al consumo de tabaco en población universitaria. *Revista Electrónica de Salud Mental Alcohol y Drogas*, 10 (3), 135-142. 10.11606/issn.1806-6976.v10i3p135-142
- González, L. (septiembre 2012). *El acto de fumar*. Antropomedia. Recuperado de <https://www.antropomedia.com/2012/09/10/el-acto-de-fumar/>
- González-Bautista, E., Zavala-Arciniega, L., Rivera-Rivera, L., Leyva-López, A., Natera-Rey, G. y Reynales-Shigematsu, L. (2019). Factores sociales asociados con el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes mexicanos de poblaciones menores a 100 000 habitantes. *Salud Pública de México*, 61 (6), 764- 774.
- González-Ferreras, C., Navarro-Guzmán, J. y Carulla, L. (1998). Factores psicosociales que intervienen en la adquisición del comportamiento tabáquico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30(1),49-66. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80530103>

- Gravchikova, M. (2014). Incidencia de los factores económicos en el bienestar de los individuos. Trabajo de fin de grado Psicología, Universidad de la Laguna, RIULL REPOSITORIO INSTITUCIONAL <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/664>
- Green, T. F. (1971). *The Activities of Teaching*. McGraw-Hill.
- Griffiths, A. (1976). *Conocimiento y creencia*. Fondo de Cultura Económica.
- Guerri, C. (2012). Bioquímica de las adicciones. *SEBBM. Sociedad Española de Bioquímica y Biología Molecular*, 172, 4-7.
- Hernández, L. (5 junio 2017). Tabaco mexicano: hechizo de humo. *El financiero*. <https://www.elfinanciero.com.mx/after-office/hechizo-de-humo>
- Hernández- Lalinde, J., Franklin, J., Peñaloza, M. y Rodríguez, J. (2018). Sobre el uso adecuado del coeficiente de correlación de Pearson: definición, propiedades y suposiciones. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica* 37(5), 587-595.
https://www.researchgate.net/publication/331894799_Sobre_el_uso_adecuado_del_coeficiente_de_correlacion_de_Pearson_definicion_propiedades_y_suposiciones
- Hernández- Pérez, J., Jadraque, P., Sánchez, A., Gómez, F. (2015). Prevalencia de consumo de tabaco entre los trabajadores del área de la salud de la Isla de la Palma. *Revista de Medicina General y de Familia*, 4 (3), 63- 67. http://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/v04n03_001.pdf
- Herrera, N. (2014). *Relación entre creencias científicas y epistemológicas, y las religiosas presentes en científicos de la UNAM*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México.
<http://132.248.9.195/ptd2014/enero/0707554/Index.html>
- Higes, E., Ramos, A. y Nistal, A. (2015). Tratamiento integral del tabaquismo. En E. Higes & L. Perera, *Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria* (30-41). España, Respira.
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], (2018). *Por tabaquismo mueren en México 135 personas al día*. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201805/138>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). (2019). *Mujeres y hombres en México 2019*.

https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espano/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825189990.pdf

- Jané, M. (2004). Mujeres y tabaco: aspectos principales específicos del género. En Monografía tabaco Becoña, E. Adicciones 16 (2), 115- 128
- Juárez- García, A. (2017). Capítulo 1. ¿Qué son los factores psicosociales del trabajo? En factores psicosociales laborales y sus efectos: haciendo visible lo invisible. En Blanco, G. y Feldman, L. Araca Editores.
- Küng, H. (2009). *Lo que yo creo*. Trotta.
- Lavielle-Sotomayor, P., Sánchez-Pérez, P., Pineda-Aquino, V., y Amancio-Chassin, O. (2012). Impacto de las características familiares sobre el consumo de tabaco en los adolescentes. *Revista Médica del Hospital General de México*, 75(2), 84-89. <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/FAMYADOLS.pdf>
- Leal-Soto, F. (2005). Efecto de la Formación Docente Inicial en las Creencias Epistemológicas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 34 (5), 1-17. <http://rieoei.org/deloslectores/803Leal.PDF>
- Leal-Soto, F. (2010). Creencias epistemológicas generales, académicas y disciplinares en relación con el contexto. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 381-392. <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/254>
- Llinares, S. (1992). Los mapas cognitivos como instrumento para investigar las creencias epistemológicas de los profesores. En Marcelo (Ed.), *La investigación sobre la formación del profesorado: métodos de investigación y análisis de datos* (pp. 57-95) Cincel.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología* 30(3), 1151-1169. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.30.3.199361/165441>
- López, P. (2020 junio 8). Hay más de mil millones de fumadores en el mundo. *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/hay-mas-de-mil-millones-de-fumadores-en-el-mundo/?fbclid=IwAR3pFal7A0zrondBK1bpw594FpdcxaOKdZBlnp2u6NBroXhSoAj2HVE8Ad4>

- López, R. (2017, marzo 24). Reportan adicción al trabajo en empresas del país. *El universal*. <https://www.eluniversal.com.mx/articulo/ciencia-y-salud/salud/2017/03/24/reportan-adiccion-al-trabajo-en-empresas-del-pais>
- López- Cisneros, M., Alonso- Castillo, M., Méndez- Ruiz, M. y Armendáriz- García, N. (2016). Tobacco and alcohol consumption among adolescents of urban areas in Nuevo Leon, Mexico. *Health and addictions*, 16 (2), 127- 134. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520006.pdf>
- López- Maldonado, M., Villar- Luis, M. y Da Silva Gherardi- Donato, E. (2011). *Consumo de drogas lícitas en estudiantes de enfermería de una universidad privada de Bogotá, Colombia*. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 19, 707- 713. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692011000700007&script=sci_arttext
- Luque, P., Gómez, T. y Cruces, S. (2003). Capítulo 10. El trabajo: fenómeno psicosocial. En Guillen, G. *Psicología del trabajo para las relaciones laborales*. McGraw Hill.
- Macionis, J. y Plummer, K. (2011). *Sociología* (4ª Ed.). Pearson Educación.
- Maisonneuve, J. (1964). *Psicología Social, Responsabilidad y necesidad*. Lom Ediciones.
- Martínez- Berriozábal, J., Corona, R., Silva, J., Romero, L. y Herrera, N. (2018). Creencias y actitudes acerca del tabaquismo en los ámbitos de la educación media y superior. *Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 21 (1-2), 12- 22. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/72835/0>
- Martínez, J., Galarza, A. y Moreno, A. (2014). *Breve diccionario de psicología social*. Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Martínez, J. y Silva, J. (2010). Creencias psicológicas. En Durand, J. y Grande, I (Eds.). *Psicología y Ciencias Sociales* (pp.29-47). FES Zaragoza, UNAM.
- Martínez -Ortega, R., Tuya -Pendás, L., Martínez -Ortega, M., Pérez-Abreu, A., y Cánovas, A. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2), 1-20. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180414044017>
- Medina- Fernández, I., Méndez- Zavala, K., Medina- Fernández, J., Cervera- Baas, M., Muñoz- Morales, A. y Coronado- Valdés, G. (2017). *Creencias y conocimientos de*

- estudiantes de Coahuila hacia el cuidado del consumidor de drogas lícitas. Cuidarte*, 6(12), 6-15. <http://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/69126>
- MedLine Plus, (2019). *Salud mental*.
<https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>
- Mendinueta-Martínez, M., Herazo-Beltrán, Y., Fernández Barrios, J., Hernández, T., Garzón Martínez, O., Escorcía, N., Prada Martínez, K., Méndez, J. y Jiménez-Pavón, D. (2020). Estilos de vida en trabajadores del sector informal. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39 (1), 121- 125. https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft_1_2020/21_estilos.pdf
- Meneses, C., Markez, I., Romo, N., Uroz, J., Rua, A. y Laespada, T. (2013). Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33 (119), 525- 535. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352013000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Mengual- Luque, P., Pérula de Torres, L., Redondo- Sánchez, J., Roldán- Villalobos, A., Prada- Vigil, A., Martínez de la Iglesia, J. y Ruiz- Moral, R. (1996). Evolución del consumo y actitud ante el tabaco de los médicos del hospital regional, "Reina Sofía", Córdoba. *Gaceta Sanitaria*, 10 (52), 18- 24. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911196718721?token=7C888329106A4B5A12BF51026AB7C1C8E2E8A67031A68B3325AB5F0020AAB52FB09101326ED8912257439CDC788B2BE0>
- Meza- Benavides, M., Miranda, G., Núñez, N., Orozco, U., Quiel, S. y Zúñiga, G. (2011). Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en seis grupos poblacionales de una empresa transnacional en el periodo 2005-2008. *Enfermería en Costa Rica*, 32 (2), 51- 58. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art2.pdf>
- Mingote, A., Del Pino, P., Sánchez, R., Gálvez, M. y Gutiérrez, M. (2011). El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y

- prevención. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57 (1), 188- 205.
<http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion10.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (s/f). *Manual Nacional para el Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención*. Recuperado de
<https://www.who.int/fctc/reporting/Annexsixurue.pdf>
- Morales- Manrique, C., Bueno- Cañigral, F., Aleixandre- Benavent, R. y Valderrama- Zurián, J. (2011). Motivos y creencias asociados al consumo de tabaco en jóvenes escolarizados de la ciudad de Valencia. *Revista Adicción y Ciencia*, 1 (2), 2- 12.
https://www.researchgate.net/publication/311591648_Motivos_y_creencias_asociados_al_consumo_de_tabaco_en_jovenes_escolarizados_de_la_ciudad_de_Valencia
- Moral- Jiménez, M., Rodríguez- Díaz, F. y Sirvent- Ruiz, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18 (1), 52-58.
<http://www.psicothema.com/pdf/3175.pdf>
- Moreno, M. (2000). *El profesor universitario de matemáticas: estudio de las concepciones y creencias acerca de la enseñanza de la ecuación diferencial*. [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=131625>
- Moreno- San Pedro, E., Roales- Nieto, J. y Blanco- Coronado, J. (2006). Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de medicina. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (1), 99-110.
<https://www.ijpsy.com/volumen6/num1/132/hbitos-y-creencias-de-salud-en-mdicos-ES.pdf>
- Moriano, J. (2012). Capítulo 7. Adicción al trabajo. En Alcover, C., Moriano, J., Osca, A. y Topa, G. *Psicología del trabajo*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Moyano, E., Castillo, R. y Lizana, J. (2008). Trabajo informal: motivos, bienestar subjetivo, salud, y felicidad en vendedores ambulantes. *Psicología en Estudio*, 13 (4), 693-701. <https://www.scielo.br/j/pe/a/7ybj8ksR3Fy6xXtt34fQQqH/?lang=es#>

- Muñoz, M. (1999). *El tabaquismo en la UANL, un abordaje desde la perspectiva social*. Tesis de maestría. Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Muñoz, S. y Marín, M. (2017). Adicción al trabajo: aspectos que influyen en su desarrollo y estrategias de promoción y prevención. *Revista electrónica psyconex 9 (14)*, 1-14. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328506>
- Muñoz- Escobedo, J., Pasillas- Macias, D., Ramírez- Maldonado, B., Rivas- Gutiérrez, J. y Moreno- García, A. (2007). Tabaquismo en la Unidad Académica de Odontología de la UAZ. *Acta odontológica venezolana*, 45 (4), 554- 561. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000400009
- National Institute on Drug Abuse [NIDA], (marzo, 2010). *Adicción al tabaco*. Recuperado en <https://pdfs.semanticscholar.org/cd92/45f43da759c551abfdba673fffa964dd62f9.pdf>
- Noé- Díaz, V., García- Gómez, L., Sansores, R. y Ramirez- Venegas, A. (2014). Impacto del tabaquismo y la EPOC sobre el funcionamiento cerebral. *Revista NCT Neumología y Cirugía de Tórax - Medigraphic*, 73 (3), 197- 204. <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2014/nt143h.pdf>
- Nogués, S. (2015). *Estudio Transcultural: Influencia de la formación específica en creencias y sexismo*. [Tesis doctoral]. Universidad de Valencia. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=76146>
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención. (2020, 25 de agosto). Diario Oficial de la Federación 2018. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018
- Novoa- Gómez, M., Barreto, I. y Silva, L. (2011). Consumo de cigarrillo y prácticas culturales en contextos universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44 (1), 97- 110. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v44n1/v44n1a10.pdf>

- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión [INCyTU], (2018). *Salud mental en México*. <https://www.foroconsultivo.org.mx>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2003). Recuperado de <http://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006). *Tabaco mortífero en todas sus formas*. Recuperado de https://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2006/translations/Brochure_Spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud OMS) (2010). Métodos de Trabajo de la Red de Trabajo sobre Condiciones Priorizadas de Salud Pública. <http://repositorio.umaza.edu.ar/handle/00261/88>
- Organización Mundial de la Salud [OMS], (mayo 2012). *¿Afecta el humo de tabaco a los no fumadores?* Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/60/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019a). *Tabaco*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019c). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2019. Offer help to quit tobacco use*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487648/OMS_Informe_Sobre_la_Epidemia_Mundial_de_Tabaquismo_2019.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019d). *Salud mental en el lugar de trabajo*. https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019e). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2019. Country Profile México*. https://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/mex.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud (1998). La nicotina actúa en el cerebro como las drogas adictivas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4 (6), 419- 423. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/1998.v4n6/423-423/es>

- Ornelas, A., y Ruíz, A. (2017). Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9 (2), 1-16
<https://www.redalyc.org/pdf/3331/333152922001.pdf>
- Ortega-Ceballos, P. A., Terrazas-Meraz, M. A., Arizmendi-Jaime, E. R., y Tapia-Domínguez, M. (2018). Conocimientos, actitudes y factores asociados al consumo de tabaco en estudiantes universitarios de enfermería. *Enfermería universitaria*, 15(2), 159-171
- Ortega y Gasset, J. (1968). Ideas y creencias. Madrid: Espasa-Calpe
- Pajares, M. (1992). Teachers' beliefs and educational research: Cleaning up a messy construct. *Review of Educational Research*, 62 (3), 307-332.
<https://www.semanticscholar.org/paper/Teachers%E2%80%99-Beliefs-and-Educational-Research%3A-Up-a-Pajares/aab1fce036c0b81045d6df07d509f70d47568f10>
- Pappas, G. (1996). Peirce y Ortega. *Anuario filosófico*, 01 (29), 1225-1237.
<https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/534/5/6.%20PEIRCE%20Y%20ORTEGA%2c%20GREGORY%20F.%20PAPPAS.pdf>
- Pepitone, A. (1991). El mundo de las creencias: Un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7 (01), 61-79.
- Pérez, C. (2016, septiembre 29). Adicción al trabajo. *Dirección General de Comunicación social*. <http://www.dint.unam.mx/blog/index.php/item/3128-adiccion-al-trabajo>.
- Pérez, E. y Medrano, L. (2010). Análisis factorial exploratorio: bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 2(1), 58-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3161108>
- Pérez, J. (2018). Infinitas razones para no fumar. *Revista Hallazgos* 21, 3 (2), 257- 269.
- Pérez -Cruz, N., Pérez -Cruz, H. y Fernández- Manchón, E. (2007). Nicotina y adicción: un enfoque molecular del tabaquismo. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6(1), 1-8
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000100006&lng=es&tlng=es
- Pérez- Milena, A., Martínez- Fernández, M., Redondo- Olmedilla, M., Álvarez, C., Jiménez, I. y Mesa, I. (2012). Motivaciones para el consumo de tabaco entre los

- adolescentes de un instituto urbano. *Gaceta Sanitaria*, 26 (1), 51- 57.
<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v26n1/original7.pdf>
- Pérez- Pérez, J. (2012). *Psicología del mexicano*. Red Tercer Milenio.
http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/derecho_y_ciencias_sociales/Psicologia_del_mexicano.pdf
- Perrin, M. (1992). Enfoque antropológico sobre las drogas. *Revista Takiwasi*, (1), 31- 51.
https://takiwasi.com/docs/revista01/Rev_01_art_04.pdf
- Peruga, A. (2002). Tres medidas fundamentales para revitalizar el control del tabaquismo en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (2), 72-75. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n2/72-75/>
- Pizarro, M. (2010). Un acercamiento al estudio de las creencias de los profesores de lengua extranjera. *Decires, Revista del Centro de Enseñanza para Extranjeros*, 12 (15), 27-38. <http://revistadecires.cepe.unam.mx/articulos/art15-3.pdf>
- Polo, J., Santiago, V., Navarro, M. y Alí, A. (2015). Creencias irracionales, síndrome de Burnout y adicción al trabajo en las organizaciones. *Psicogente*, 19 (35), 148-160.
<https://doi.org/10.17081/psico.19.35.1215>
- Pratt, H. (1949). *Diccionario de Sociología*. Fondo de Cultura Económica.
- Quero, M. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Telos*, 12(2), 248-252. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=993/99315569010>
- Rábade, C., Lama, A. y DaBlanca, M. (2015). Aproximación diagnóstica del fumador. En E. Higes & L. Perera, *Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria* (9- 29). España, Respira.
- Ramírez, J. (2016). El tabaquismo como factor protector en la cefalea post punción dural. Tesis de grado. Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.
- Ramírez, M. y Andrade, D. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Revista Latino-am Enfermagem*, 13(813), 813- 818.
<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea08.pdf>
- Ramos, A., Steen, B. y García – Salmones, M. (2004). Estudio clínico y diagnóstico del fumador. En C. Jiménez & S. Solano (Eds). *Tabaquismo* (87-97). Madrid, Neumomadrid.

- Recasens, L. (1999). *Modos mentales. Sociología*. Porrúa.
- Redolat, R., Carrasco, M. y Simón, V. (1994). Efectos cognitivos de la nicotina y el tabaco en sujetos humanos. *Psicothema*, 6 (1), 5-20.
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=898>
- Riesco, J. (s/f). *Tabaquismo*. Qué es el tabaquismo. Todas las causas y consecuencias del tabaquismo. Infosalus, Recuperado de <https://www.infosalus.com/enfermedades/aparato-respiratorio/tabaquismo/que-es-tabaquismo-3.html>
- Rivas- Acuña, V., Mateo- Crisóstomo, Y., Hernández- Ramírez, G. y Victorino- Barra, A. (2018). Percepción de riesgo y creencias sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en docentes de enfermería de Tabasco, México. *XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*, Tabasco, México.
<http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/viewPaper/1069>
- Rivera- García, J. (2019). *Relación de las creencias acerca del trabajo con la calidad de vida*. [Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza]. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rodríguez, A., Martínez, N., Juárez, F., López, E., Carreño, S. y Medina- Mora, M. (2008). Relación entre el consumo de tabaco, salud mental y malestares físicos en hombres trabajadores de una empresa textil mexicana. *Salud Mental*, 31 (4), 291-297. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n4/v31n4a6.pdf>
- Rodríguez, B. (s/f b). *Comprometidos con el trabajo ¿pasión o adicción?* Clínica de tratamiento de adicciones RECAL. <https://www.fundacionrecal.org/adiccion-recuperacion/comprometidos-con-el-trabajo-pasion-o-adiccion/>
- Rodríguez, P. (s/f a). *Tabaquismo, la pandemia del siglo XXI*. Órgano informativo del departamento de atención familiar. Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm114/temasdeinteres.html>
- Rodríguez- Ramírez, J., Esquivel- Gámez, M., Landeros- Velasco, V., Villalpando- Luna, S. y Rodríguez- Nava, F. (2018). Motivos para el consumo de alcohol y tabaco en

- estudiantes de la licenciatura de enfermería. *Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26 (1), 41-45. <http://revistaenfermeria.imss.gob.mx>
- Rodríguez- Yunta, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religión. *Persona y bioética*, 20 (2), 192- 204. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83248831006>
- Romero, M. (2017). Significado del trabajo desde la Psicología del trabajo. Una revisión histórica, psicológica y social. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 34 (2), 120- 138. <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.33.2.7278>
- Salanova, M., Del Líbano, M., Llorens, S. y Schaufeli, W. (2008). *La adicción al trabajo*. Notas técnicas de prevención. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Recuperado de http://www.want.uji.es/wp-content/uploads/2017/03/2008_Salanova-Del-L%C3%ADbano-Llorens-Schaufeli.pdf
- Salas, E. (2014). Adicciones psicológicas y los nuevos problemas de salud. *Cultura: Lima, Perú*, 28, 111- 146. http://www.revistacultura.com.pe/revistas/RCU_28_1_adicciones-psicologicas-y-los-nuevos-problemas-de-salud.pdf
- Salazar, C., Martín, M. y Muñoz, Y. (2018). Creencias organizacionales, satisfacción laboral y síndrome de burnout en docentes de Educación Superior. *Opción* 34, (87), 183-212. https://www.researchgate.net/publication/330117600_Creencias_organizacionales_satisfaccion_laboral_y_sindrome_burnout_en_docentes_de_Educacion_Superior
- Salmerón- Castro, J., Arillo- Santillán, E., Campuzano- Rincón, J., López- Antuñano, F. y Lazcano- Ponce, E. (2002). Tabaquismo en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. *Salud Pública de México*, 44 (1), 67-75. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000700011

- Salvador, M. y Ayesta, F. (2009). La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo. *Intervención psicosocial*, 18 (3), 233- 244. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179814227003>
- Samet, J. (2002). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud pública de México*, 44 (1), 144-160.
- Sánchez, R. (2015). T de Student: usos y abusos. *Revista Mexicana de Cardiología*, 26 (1), 59-61. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmc/v26n1/v26n1a9.pdf>
- Sandoval, J., Gómez, G., Fernández, L. y Torres, A. (2017). *Historia breve de la Psicología del Trabajo en México*. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Zaragoza.
- Sandoval, J., Gómez, G., Fernández, L. y Torres, A. (2019). Capítulo II Adicción al trabajo: ¿apego, dependencia, alineación o sobreexplotación? En J. Sandoval, G. Gómez, L. Fernández y A. Torres, *Factores, riesgos psicosociales y temas emergentes en el trabajo* 35-72. México: Universidad Nacional Autónoma de México, FES Zaragoza.
- Sandoval, J., Gómez, G., Fernández, L. y Torres, A. (2019). *Factores, riesgos psicosociales y temas emergentes en el trabajo: Crítica a los enfoques convencionales y a la llamada psicología positiva*. UNAM, FES Zaragoza.
- Secretaría de Salud, (mayo, 2014). CONADIC presenta plan de trabajo contra el tabaquismo. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/conadic-presenta-plan-de-trabajo-contr-el-tabaquismo>
- Secretaría de Salud (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco* [ENCODAT] <https://drive.google.com/file/d/1Iktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBlk8gikz7q/view>
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México [SEDESA] (s/f). *Salud mental*. <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/309>
- Secretaria de Salud de México (mayo, 2001). Campañas. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campanas/2001-05-28/fumador_pasivo.htm
- Serrano- Fernández, M. (2014). *Pasión y adicción al trabajo: una investigación psicométrica y predictiva*. [Tesis doctoral, Universitat Rovira Virgili]. Tesis doctorales en Xarxa.

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/284044/Tesi%20MARIA%20J%20SERRANO%20FERNANDEZ.pdf?sequence=1>

Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social, (s/f). *La salud mental en México*.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>

Silvano, M. (2017). Ubicación, rutas de comercio y prácticas rituales del tabaco en el noreste precolombino de México. Una primera aproximación. *Humanitas Historia*, 43, 77-97. <http://humanitas.uanl.mx/index.php/ah/article/view/68>

Tanguí, B. (2006). Cómo vencer al tabaquismo. Editorial Científico- Técnica. [En línea].

Tasneen- Hernández, P. y Rivera, A. (2017, octubre 10). Estrés y “trabajólicos”, daños a la salud mental. *El universal*.

<https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/estres-y-trabajolicos-danos-la-salud-mental>

Teixeira, J., Andrés- Pueyo, A. y Álvarez, E. (2005). *La evolución del concepto de tabaquismo. Cuadernos de Salud Pública Río de Janeiro*, 21 (4), 999- 1005.

Thompson, A. (1992). Teacher’s beliefs and conceptions: a synthesis of the research. In D. A. Grouws (Ed.), *International Handbook of Research on Mathematics Teaching and Learn* (pp. 127-146). McMillan.

Thurstone, L. (1931). The measurement of attitudes. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 26 (01), 249-269.

Trebilcock, J. (2017). Smoking in patients with psychiatric diagnosis. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33, 232- 235. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v33n3/0717-7348-rcher-33-03-0232.pdf>

Trebilcock, J. y Paz- Corvalán, M. (2018). Tabaquismo y Salud Mental. *Revista chilena de neuro psiquiatría*, 56 (3), 147-150. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272018000300147

Triola, M. (2004). *Estadística*. Novena Edición. Pearson

Universidad Autónoma de Nuevo León (2019, mayo 31). Jóvenes lideran estadística de fumadores en México. *Prensa UANL*. <https://www.uanl.mx/noticias/jovenes-lideran-estadistica-de-fumadores-en-mexico/>

- Valdés- Salgado, R., Thrasher, J., Sánchez- Zamorano, L., Lazcano- Ponce, E., Reynales- Shigematsu, L., Meneses- González, F. y Hernández- Ávila, M. (2006). Los retos del convenio marco para el control del tabaco en México: un diagnóstico a partir de la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes. *Salud Pública de México*, 48 (1), 5- 16. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000700003
- Velasco- Suárez, M. (1991). Tabaquismo. Ponencia del Simposio Internacional “Tabaco o Salud”. Congreso Mundial de Salud Mental México, 33 (5),
- Villoro, L. (1996). *Creer, saber, conocer*. Siglo XXI. https://books.google.com.bn/books?id=30fN2UA3RTUC&pg=PA307&hl=es&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false
- Zabala, A. y Rokeach, M. (1970). La dimensión periférica- central de los sistemas de creencias. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2 (3), 387-398. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80502307.pdf>
- Zubieta, E., Filippi, G., Beramendi, M., Ceballos, S., Cordoba, E. y Napoli, L. (2008). Concepciones y creencias sobre el trabajo. Estudio descriptivo de algunas fuentes de variación en una muestra laboralmente activa. *Anuario de investigaciones*, 15, 59-67. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139944001>

ANEXOS

ANEXO 1 “Escala de creencias hacia el tabaquismo ETBEMTLX”

Con el objetivo de recabar información con fines estadísticos y académicos, se elaboró el siguiente instrumento dirigido a **trabajadores**. El uso de los datos que se recopilen será tratado de manera confidencial, asimismo es importante señalar que no existen respuestas correctas o incorrectas.

Sexo: (H) (M) **Edad:** _____ **Nivel de estudios:** _____ **Estado civil:** _____

Ingreso o salario mensual: **Jornada laboral:** **Tipo de empleo:** Formal () Informal ()

- | | | |
|------------------------------|--------------------|---|
| 1) Menos de 4,000 al día () | 1) 6 a 8 horas | Fumador: SI () Menos de 5 cigarrillos |
| 2) 4,001 a 8,000 diarios () | 2) 9 a 16 horas | De 6 a 15 cigarrillos |
| 3) 8,001 a 12,000 al día () | 3) Más de 16 horas | Más de 16 cigarrillos |
| 4) 12,001 a 16,000 | | NO () |
| 5) Más de 16,000 | | |

INSTRUCCIONES: Marque con una **X** la opción con la que se sienta más identificado (a).

- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) En desacuerdo
- (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- (4) De acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo

| Nº | REACTIVOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Considero que el tabaquismo es una enfermedad con constantes recaídas en su consumo. | | | | | |
| 2. | A mi consideración el tabaco es una droga. | | | | | |
| 3. | Fumar permite sentirse energético (a) en el trabajo. | | | | | |
| 4. | Considero que el tabaquismo repercute negativamente en la economía familiar. | | | | | |
| 5. | A mi consideración consumir medicamentos para el tratamiento de abandono de tabaco es eficaz. | | | | | |
| 6. | Creo que al fumar tabaco en pipa se consume la misma cantidad de nicotina que de un cigarro convencional. | | | | | |
| 7. | El consumo de tabaco de una persona aumenta de manera gradual al punto de necesitarlo a diario. | | | | | |
| 8. | Creo que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. | | | | | |
| 9. | Considero que la nicotina es la sustancia que genera adicción a fumar cigarros de tabaco. | | | | | |
| 10. | Pienso que el tabaquismo es una adicción a la nicotina. | | | | | |
| 11. | Creo que fumar permite concentrarse en las actividades diarias. | | | | | |
| 12. | Creo que fumar, ayuda a la búsqueda de identidad individual. | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|--|
| 13. | A mi consideración, dejar de fumar es responsabilidad únicamente del fumador. | | | | | |
| 14. | Considero que fumar causa una sensación de placer. | | | | | |
| 15. | Creo que fumar permite ejercer un rol de autoridad. | | | | | |
| 16. | A mi consideración todos los tipos de cáncer son por el consumo de tabaco. | | | | | |
| 17. | El cigarro de tabaco disminuye la ansiedad. | | | | | |
| 18. | Considero que los contextos sociales (fiestas, reuniones familiares, de trabajo) son la causa principal para consumir cigarros de tabaco. | | | | | |
| 19. | A mi consideración el uso de vaporizadores crea más adicción al tabaco. | | | | | |
| 20. | El masticar tabaco considero que también daña la salud en general. | | | | | |
| 21. | Creo que el consumir tabaco trae beneficios a la salud. | | | | | |
| 22. | A mi consideración se necesita tratamiento psicológico para el abandono de tabaco. | | | | | |
| 23. | Pienso que el tabaquismo comienza desde la experimentación de consumo entre amigos. | | | | | |

- (1) Totalmente en desacuerdo
(2) En desacuerdo
(3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
(4) De acuerdo
(5) Totalmente de acuerdo

| Nº | REACTIVOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 24. | Creo la enfermedad de tabaquismo depende de la cantidad de tabaco que consume la persona. | | | | | |
| 25. | Considero que el tabaquismo afecta negativamente a las neuronas. | | | | | |
| 26. | Pienso que la familia es el principal factor de predisposición para el consumo de tabaco. | | | | | |
| 27. | Considero que fumar tabaco en pipa también da pie a desarrollar una adicción. | | | | | |
| 28. | A mi consideración los vaporizadores con aromas frutales ayudan a disminuir el consumo de tabaco. | | | | | |
| 29. | Creo que una persona puede dejar de fumar cuando asume su responsabilidad para abandonar el tabaco. | | | | | |
| 30. | El consumo de tabaco creo, es un hábito. | | | | | |
| 31. | Pienso que el tabaquismo es un problema de salud pública grave. | | | | | |
| 32. | A mi consideración, el efecto estimulante de la nicotina es la única causa de la adicción al tabaco. | | | | | |
| 33. | Creo que las personas comienzan a fumar por tener una baja autoestima. | | | | | |
| 34. | Fumar permite a las personas ser más sociables. | | | | | |
| 35. | Considero que, del consumo de tabaco se derivan varios tipos de cáncer. | | | | | |
| 36. | Una persona con un cigarro de tabaco en la mano, creo que la hace atractiva. | | | | | |
| 37. | Creo que los cigarros orgánicos son una vía para disminuir el consumo de tabaco en su presentación de cigarro convencional. | | | | | |
| 38. | Considero que tomar medicamentos es la única solución para dejar de fumar. | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 39. | Creo que el uso de vaporizadores para consumir tabaco presenta daño similar al del cigarro convencional. | | | | | |
| 40. | A mi consideración, consumir tabaco masticado reduce su consumo de manera gradual. | | | | | |
| 41. | Para iniciar el día, creo es necesario un cigarro de tabaco. | | | | | |
| 42. | Creo que el tabaquismo repercute en la salud física a largo plazo. | | | | | |
| 43. | Fumar permite integrarse con las demás personas. | | | | | |
| 44. | Considero que se puede consumir tabaco a cualquier edad sin presentar daños en la salud. | | | | | |
| 45. | Considero que el tabaquismo es una epidemia. | | | | | |
| 46. | Gran porcentaje de los niños con padres fumadores, creo serán consumidores potenciales de tabaco. | | | | | |
| 47. | A mi consideración el fumar solo se lleva a cabo para llamar la atención de los demás. | | | | | |
| 48. | La mayoría de las personas que inician su consumo de tabaco, considero que se vuelven adictas. | | | | | |
| 49. | Creo que el fumar ayuda a mejorar el estado de ánimo. | | | | | |
| 50. | Considero que el humo de la pipa con tabaco conlleva a consecuencias en la salud exclusivamente a quien lo fuma. | | | | | |
| 51. | El tabaquismo es una enfermedad que causa daños en la salud en general. | | | | | |
| 52. | Pienso que fumar permite ser percibido con un estatus social alto. | | | | | |
| 53. | A mi consideración fumar permite memorizar la información cotidiana. | | | | | |

AXEXO 2 “Escala de Salud General. GHQ”

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas y responda cada una de ellas, únicamente considerando el presente. Marque con una cruz la respuesta que usted escoja.

1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

Mejor que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos que lo habitual ___ Mucho menos que lo habitual ___

2) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto ___ No más que lo habitual ___ Bastante más que lo habitual ___ Mucho más ___

3) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

Más que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos útil que lo habitual ___ Mucho menos ___

4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más capaz que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos capaz que lo habitual ___ Mucho menos ___

5) ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto ___ No más que lo habitual ___ Bastante más que lo habitual ___ Mucho más ___

6) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

No, en absoluto ___ No más que lo habitual ___ Bastante más que lo habitual ___ Mucho más ___

7) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos que lo habitual ___ Mucho menos ___

8) ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?

Más capaz que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos capaz que lo habitual ___ Mucho menos ___

9) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?

No, en absoluto ___ No más que lo habitual ___ Bastante más que lo habitual ___ Mucho más ___

10)¿Ha perdido confianza en sí mismo?

No, en absoluto __ No más que lo habitual __ Bastante más que lo habitual __ Mucho más __

11)¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto __ No más que lo habitual __ Bastante más que lo habitual __ Mucho más __

12)¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

Más feliz que lo habitual __ Aproximadamente lo mismo que lo habitual __ Menos feliz que lo habitual __ Mucho menos que lo habitual __

ANEXO 3. “Cuestionario auto aplicable: Adicción al trabajo”.

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de afirmaciones, en las cuales se pide que coloque un círculo de forma sincera en el número que más lo identifique. En donde 1 es totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo.

| | Totalmente en desacuerdo | | | Totalmente de acuerdo | | |
|--|--------------------------|---|---|-----------------------|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. El trabajo es lo más importante que existe en mi vida. | | | | | | |
| 2. Trabajo más de lo que exige mi horario laboral. | | | | | | |
| 3. Tengo problemas de salud derivados de la carga laboral | | | | | | |
| 4. Mi trabajo me ocupa casi todo el tiempo disponible. | | | | | | |
| 5. Mi familia me pregunta que ¿cuándo descanso? | | | | | | |
| 6. Llevo un estilo de vida muy ajetreado. | | | | | | |
| 7. Cuando estoy en mi casa al menos planifico o pienso lo que tengo que hacer en el trabajo. | | | | | | |
| 8. Suelo llevarme, informes y documentos del trabajo para leerlos en casa. | | | | | | |
| 9. Cuando se van terminando las vacaciones deseo volver al trabajo. | | | | | | |
| 10. Me quejo continuamente porque me falta tiempo | | | | | | |
| 11. En mis conversaciones predominan los temas relacionados con el trabajo. | | | | | | |
| 12. Mi agenda telefónica tiene más contactos de trabajo que amigos o familiares. | | | | | | |
| 13. Para mi el trabajo y el descanso son lo mismo. | | | | | | |
| 14. No me agrada delegar trabajo porque me gusta hacerlo yo. | | | | | | |
| 15. Me es difícil encontrar tiempo para divertirme. | | | | | | |
| 16. Considero que el ocio es una pérdida de tiempo. | | | | | | |
| 17. Cuando no estoy trabajando me siento improductivo. | | | | | | |

18. ¿En qué medida cree usted que esta descripción se aplique a usted?

Soy una persona que tiene necesidad compulsiva por el trabajo, que le encanta trabajar no importando que ponga en peligro mis relaciones sociales y familiares.

| Para nada soy así | | | | | Me describe muy bien | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|-----------------------------|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |