

BIBLIOTECA ALFONSO BORRERO CABAL, S.J.
DESCRIPCIÓN DE LA TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO
FORMULARIO

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS DOCTORAL O TRABAJO DE GRADO						
Prácticas Culturales de Consumo de Cigarrillo y Conductas de Prevención Establecidas en la Ley Anti Tabáquica en Jóvenes Universitarios de Bogotá						
SUBTÍTULO, SI LO TIENE						
AUTOR O AUTORES						
Apellidos Completos			Nombres Completos			
PALACIOS OJEDA			ANA MARÍA			
SÁNCHEZ RODRÍGUEZ			JEISSON ALEXANDER			
MARTÍNEZ LÓPEZ			LAURA CATALINA			
DIRECTOR (ES) TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO						
Apellidos Completos			Nombres Completos			
LÓPEZ LÓPEZ			WILSON			
FACULTAD						
PROGRAMA ACADÉMICO						
Tipo de programa (seleccione con "x")						
Pregrado	Especialización	Maestría	Doctorado			
X						
Nombre del programa académico						
PSICOLOGÍA						
Nombres y apellidos del director del programa académico						
MARTÍN EMILIO GAFARO						
TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:						
PSICÓLOGO						
PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial):						
CIUDAD		AÑO DE PRESENTACIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO			NÚMERO DE PÁGINAS	
BOGOTA D.C		2013			70	
TIPO DE ILUSTRACIONES (seleccione con "x")						
Dibujos	Pinturas	Tablas, gráficos y diagramas	Planos	Mapas	Fotografías	Partituras
		X				
SOFTWARE REQUERIDO O ESPECIALIZADO PARA LA LECTURA DEL DOCUMENTO						
Nota: En caso de que el software (programa especializado requerido) no se encuentre licenciado por la Universidad a través de la Biblioteca (previa consulta al estudiante), el texto de la Tesis o Trabajo de Grado quedará solamente en formato PDF.						

MATERIAL ACOMPAÑANTE					
TIPO	DURACIÓN (minutos)	CANTIDAD	FORMATO		
			CD	DVD	Otro ¿Cuál?
Vídeo					
Audio					
Multimedia					
Producción electrónica					
Otro Cuál?					
DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL E INGLÉS					
Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. (En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Sección de Desarrollo de Colecciones de la Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J en el correo biblioteca@javeriana.edu.co , donde se les orientará).					
ESPAÑOL			INGLÉS		
Cigarrillo			Cigarette		
Salud			Health		
Práctica Cultural			Cultural Practice		
Ley			Law		
Joven			Young		
RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS					
(Máximo 250 palabras - 1530 caracteres)					
<p>RESUMEN: Esta investigación se propuso analizar la coherencia entre las prácticas culturales de consumo de cigarrillo en jóvenes universitarios de Bogotá y las conductas de prevención establecidas en la Ley Anti Tabáquica, identificando los factores y elementos que determinan las ocasiones, modelos, reglas, las consecuencias a nivel operante y cultural en torno al consumo de cigarrillo. Se trabajó con una población de estudiantes de seis universidades: Pontificia Universidad Javeriana, Universidad De La Salle, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Francisco José de Caldas, Universidad Externado de Colombia y la Universidad Jorge Tadeo Lozano. El método de investigación es exploratorio, de tipo transversal, con carácter mixto, teniendo una muestra de 204 participantes. A los cuales se les aplicó una encuesta validada por Novoa (2012), del total de encuestados, se seleccionaron aleatoriamente 12 estudiantes para realizarles una entrevista semi–estructurada. Los resultados obtenidos evidenciaron que el consumo de cigarrillo se encuentra relacionado con el seguir modelos de su entorno, el modelo principal a seguir son los amigos lo cual se relaciona con ocasiones específicas en las cuales se consume cigarrillo en compañía de los amigos, estas ocasiones son primordialmente los momentos de descanso en las universidades, en las fiestas y bares; normalmente acompañado del consumo de alcohol. Por lo tanto proponemos que la normatividad y los programas de salud pública deben ir dirigidos a modificar los modelos y las ocasiones que el estudio encontró como realmente relevantes.</p>					

ABSTRACT: This research aimed to analyze the consistency between the cultural practices of cigarette consumption in university students in Bogota and prevention behaviors set out in the Anti Nicotine, identifying the factors and elements that determine the chances, models, and rules, consequences at operant and cultural around smoking. We worked with a student population of six universities: Pontificia Universidad Javeriana, De La Salle University, National University of Colombia, University Francisco José de Caldas, External University of Colombia and the Universidad Jorge Tadeo Lozano. The research method is exploratory, cross type, with mixed character, taking a sample of 204 participants. To which surveyed were validated by Novoa (2012), of the total respondents, 12 students were randomly selected to apply semi-structured interview. The results showed that cigarette smoking is associated with the follow models of their environment, the main model to follow are the friends who is related to specific occasions in which cigarette consumed in the company of friends, these occasions are moments of rest primarily in universities, at parties and bars, usually accompanied by alcohol consumption. We therefore propose that the regulation and public health programs should be directed to modify the models and the chances that the study found as really relevant.

**Prácticas Culturales de Consumo de Cigarrillo y Conductas de Prevención
Establecidas en la Ley Anti Tabáquica en Jóvenes Universitarios de Bogotá**

**Ana María Palacios., Jeisson Alexander Sánchez., Laura Catalina Martínez.
Wilson López¹**

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Psicología

2013

¹ Director del trabajo de grado. Profesor de la facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana.

Tabla de contenido

Resumen 9

Abstract 10

1. Introducción 11

1.1 Justificación 12

1.2 Planteamiento del Problema 14

1.3 Fundamentación Bibliográfica 15

1.4 Objetivos 29

1.4.1 Objetivo General 29

1.4.2 Objetivos Específicos 29

1.5 Categorías de estudio 29

2. Método 31

2.1 Diseño 31

2.2 Participantes 31

2.3 Instrumentos 32

2.4 Procedimiento de la investigación 32

3. Resultados 34

4. Discusión 51

5. Referencias 62

6. Anexos 66

Resumen

Esta investigación se propuso analizar la coherencia entre las prácticas culturales de consumo de cigarrillo en jóvenes universitarios de Bogotá y las conductas de prevención establecidas en la Ley Anti Tabáquica, identificando los factores y elementos que determinan las ocasiones, modelos, reglas, las consecuencias a nivel operante y cultural en torno al consumo de cigarrillo. Se trabajó con una población de estudiantes de seis universidades: Pontificia Universidad Javeriana, Universidad De La Salle, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Francisco José de Caldas, Universidad Externado de Colombia y la Universidad Jorge Tadeo Lozano. El método de investigación es exploratorio, de tipo transversal, con carácter mixto, teniendo una muestra de 204 participantes. A los cuales se les aplicó una encuesta validada por Novoa (2012), del total de encuestados, se seleccionaron aleatoriamente 12 estudiantes para realizarles una entrevista semi-estructurada. Los resultados obtenidos evidenciaron que el consumo de cigarrillo se encuentra relacionado con el seguir modelos de su entorno, el modelo principal a seguir son los amigos lo cual se relaciona con ocasiones específicas en las cuales se consume cigarrillo en compañía de los amigos, estas ocasiones son primordialmente los momentos de descanso en las universidades, en las fiestas y bares; normalmente acompañado del consumo de alcohol. Por lo tanto proponemos que la normatividad y los programas de salud pública deben ir dirigidos a modificar los modelos y las ocasiones que el estudio encontró como realmente relevantes.

Abstract

This research aimed to analyze the consistency between the cultural practices of cigarette consumption in university students in Bogota and prevention behaviors set out in the Anti Nicotine, identifying the factors and elements that determine the chances, models, and rules, consequences at operant and cultural around smoking. We worked with a student population of six universities: Pontificia Universidad Javeriana, De La Salle University, National University of Colombia, University Francisco José de Caldas, External University of Colombia and the Universidad Jorge Tadeo Lozano. The research method is exploratory, cross type, with mixed character, taking a sample of 204 participants. To which surveyed were validated by Novoa (2012), of the total respondents, 12 students were randomly selected to apply semi-structured interview. The results showed that cigarette smoking is associated with the follow models of their environment, the main model to follow are the friends who is related to specific occasions in which cigarette consumed in the company of friends, these occasions are moments of rest primarily in universities, at parties and bars, usually accompanied by alcohol consumption. We therefore propose that the regulation and public health programs should be directed to modify the models and the chances that the study found as really relevant.

1. Introducción

Esta investigación trató de mostrar las prácticas culturales que tienen los jóvenes universitarios en torno al consumo de cigarrillo, para ello se tomó como muestra 204 estudiantes de seis universidades diferentes, las cuales fueron: Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Distrital Francisco José de Caldas, Universidad De La Salle, Universidad Externado de Colombia y por último la Universidad Jorge Tadeo Lozano.

Se tuvo como herramienta para la recolección de datos, una encuesta validada previamente y una entrevista semi-estructurada, a partir de las cuales se realizó una evaluación de tipo cuantitativo y cualitativo respectivamente. Esto con el fin de identificar cada uno de los antecedentes que preceden una práctica cultural, estos antecedentes son, modelos, reglas, ocasiones, consecuencias y resultados a nivel cultural.

La identificación de los antecedentes y su respectivo análisis se desarrolló haciendo una comparación entre los resultados obtenidos cuantitativa y cualitativamente, enmarcándolos en la teoría de prácticas culturales, establecidas por Mattaini (1996). Posteriormente se estableció una relación entre las prácticas culturales de consumo de cigarrillo y las conductas de prevención establecida en la ley 1335/09; finalizando con sugerencias de mejora en la formulación y aplicabilidad de la política pública, y la normatividad que esta contemple.

1.1 Justificación

La encuesta nacional de salud realizada por el Ministerio de Protección Social en el año 2007, en convenio con Colciencias y en apoyo de la Universidad Nacional y el grupo Cendex de la Pontificia Universidad Javeriana, arrojó diferentes resultados acerca de la problemática de consumo de tabaco, dentro de los cuales se evidenció una relación inversamente proporcional entre el nivel educativo y el consumo de cigarrillo, presentándose un consumo superior al 14% en los niveles básica primaria y en universitarios, una prevalencia del 11%. (Rodríguez, Ruiz, Peñaloza, Eslava, Gómez, Sánchez, Amaya, Arenas & Botiva, 2007)

Por otra parte los datos arrojados por la encuesta nacional de salud muestran que el porcentaje de fumadores en Bogotá asciende al 15,9% de la población entre 18 y 69 años, de los cuales el 13% refirió en la encuesta haber fumado más de cien cigarrillos en su vida y continuaban fumando en el momento de ser encuestados. A su vez el 40% de la población encuestada en dicho rango de edad manifestó haber fumado más de cien cigarrillos en su vida, pero en el momento de ser encuestados habían dejado de consumirlo (Rodríguez, et.al, 2007).

Los altos índices de consumo de cigarrillo hicieron que en la última década se incrementara el número de investigaciones y generación de políticas en torno al consumo del tabaco, debido a que en algunas de estas investigaciones se ha identificado el consumo del tabaco como uno de los principales factores de riesgo que inciden en las tasas de mortalidad, siendo causantes de enfermedades como la cardiopatía isquémica la cual es la principal causa de mortalidad en América y de la que se debe el 11% de las muertes por esta enfermedad se atribuye al consumo de tabaco (OMS, 2012).

Es importante aclarar que el tabaquismo o adicción tabáquica se define como el consumo de productos elaborados del tabaco de manera que genera dependencia o presupone un para la salud en el mediano y largo plazo. Por otra parte el consumo de tabaco no solo genera riesgos para la persona que lo consume sino también para otras personas (fumadores riesgo pasivos). Dentro de los riesgos generados por el tabaco en la salud se encuentra la generación de enfermedades de tipo cardiaco tal como se evidencio en el

párrafo anterior o de enfermedades respiratorias, las cuales ocupan el séptimo lugar de mortalidad (OMS, 2012).

Por otra parte uno de los factores de riesgo más significativos en cuanto a las muertes en Colombia por cáncer, es el correspondiente al tabaco, al cual se le atribuye un 30% del total de muertes por cáncer, por otra parte en el estudio nacional de salud del 2007, se evidenció que el 12.8% de los colombianos con edades entre los 18 y 69 años fumaron 100 cigarrillos o más en toda su vida, adicional a esto el 60% de aquellos que han fumado estos 100 cigarrillos, para el año 2007 continuaban fumando. (Ministerio de salud y protección social 2012).

Como se observó anteriormente el consumo de tabaco es una problemática mundial de salud pública, por lo que es necesario una cooperación entre entidades internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) quienes en el 2003 crearon el convenio marco para el control del tabaco (CMCT), en el que se establecieron pautas, que permiten atacar esta problemática, buscando disminuir la prevalencia del consumo del tabaco y la exposición al humo del mismo (OMS 2003). Por su parte Colombia, aun cuando inicialmente no firmó el convenio en el 2003, termina adhiriéndose a él en el 2008 y posteriormente reglamentándolo en el 2009, con la ley 1335.

Dada la importancia que diferentes instituciones le han otorgado a esta problemática, se hace necesario que desde la academia se genere investigación concreta que contribuya a la solución o disminución de este riesgo social; es por esto que la Pontificia Universidad Javeriana desde su misión y visión en pro del mejoramiento de la calidad de vida promueve ambientes de reflexión y discusión crítica que aporten al desarrollo científico, educativo y social del país. De esta manera la investigación debe aportar una solución eficaz de problemáticas sociales, tales como las generadas por el consumo de cigarrillo.

La psicología es una de las disciplinas desde la cual se puede aportar a dicha discusión de la academia, identificando las prácticas que conllevan al consumo de tabaco y permitiendo encontrar y describir las contingencias que conllevan a mantener o no la

conducta de fumar, para ello la psicología se vale de una de sus ramas, tal como lo es la psicología de la salud pública, con la cual busca identificar y manipular variables en cuanto a la salud de la población (Marks, 2008), a través de encuestas e información cualitativa es posible evaluar el impacto del consumo de tabaco en la promoción de salud dando lugar a posible hipótesis y programa en promoción de salud.

La importancia de generar políticas de bienestar social no es influenciar, cambiar o inculcar un punto de vista, por el contrario, es predecir y controlar comportamientos; pero esto solo es posible cuando se tienen evidencias empíricas y de esta manera se tiene un respaldo y sustento para generar políticas más efectivas. Un primer proyecto que evidencia la integración de la psicología de la salud y de políticas es *el Plan nacional para el control de cáncer en Colombia 2012-2020* (Ministerio de salud y protección social, 2012) por medio del cual se pretende reducir la incidencia de cáncer al identificar riesgos a partir de estudios epidemiológicos; en cuanto al consumo de tabaco se espera reducir la prevalencia de consumo en jóvenes de 13 a 15 años de edad, así como reducir la prevalencia de consumo de tabaco en adultos.

1.2 Planteamiento del Problema

Anualmente se presentan alrededor de 6 millones de muertes a causa del consumo de tabaco, ya sea porque se consume de manera directa, o indirecta al inhalar el humo del fumador activo; según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) se piensa que en el 2030 esta cifra aumente aproximadamente a 7.5 millones, lo cual termina configurándose como el 10% de las muertes anuales. Igualmente se estima que el tabaquismo es el causante del 71% del cáncer de pulmón, responsable de un 42% de enfermedades respiratorias crónicas y alrededor de un 10% de las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2010).

El consumo de tabaco se considera además como uno de los causantes de enfermedades no transmisibles, para el años 2000 la OMS genera una estrategia mundial para prevención y control de dichas enfermedades, a partir de esta estrategia se crea en el 2003 el convenio marco de la OMS para el control de tabaco. Este convenio da lugar para que en Colombia se generen políticas que ataquen dicha problemática social, es así como se

origina la ley 1335/09, en la cual se determinan directrices que buscan atacar el consumo de tabaco por medio de la eliminación de pautas publicitarias, restricción de consumo en diferentes espacios, restricción de venta a menores de edad, restricción de venta al menudeo, entre otras (Ley 1335, 2009).

El consumo de alcohol se acompaña frecuentemente por el consumo de cigarrillo, es por esto que la presencia de lugares en los alrededores de las universidades, dedicado a la venta de alcohol, como bares y tiendas hacen que la población de estudiantes universitarios se encuentre expuesta a los riesgos del consumo de cigarrillo, tal como lo dice Parra, Pinzón, Silva, Gómez (2003), ahora bien, los planteamientos de la ley 1335/09 tienen como objetivo la prevención y disminución del consumo de tabaco; para lograr este objetivo es necesario que se conozcan las causas y razones que dan origen y potencializan el consumo de cigarrillo, especialmente en la población de jóvenes universitarios que como expone Parra, et.al 2003 es una de las poblaciones de más riesgo, dado el entorno. Por ello es importante preguntarse si, ¿Existe una coherencia entre las prácticas culturales de consumo de cigarrillo en jóvenes universitarios de Bogotá y las conductas de prevención establecidas en la Ley Anti Tabáquica?

1.3 Fundamentación Bibliográfica

Las prácticas culturales son comportamientos interrelacionados entre dos o más personas y los entornos en los que se desarrollan los mismos, (Novoa, Barreto & Silva, 2012; Daly, 1996). Desde una perspectiva del materialismo cultural planteado por Marvin Harris, las prácticas culturales pueden ser identificadas a partir de 3 niveles: infraestructurales, estructurales y superestructurales (Daly, 1996). Las prácticas de infraestructura determinan y limitan las prácticas de estructurales y superestructurales.

El primer nivel, las prácticas infraestructurales, son producidas y reproducidas de manera natural ya que son prácticas que producen aumento disminución o control de la población en tanto son prácticas que protegen la población. El segundo nivel o tipo de prácticas culturales son las prácticas estructurales, dentro de las cuales se encuentran

prácticas institucionales tales como la educación, organizaciones políticas, religiones, familia; estas cambian para responder a las prácticas infraestructurales ya que están construidas a partir de estas, pero este cambio no sucede inmediatamente. Finalmente el tercer tipo de práctica cultural son las superestructurales, las cuales son prácticas en relación con el arte, publicidad, rituales, ideologías, mitos (Daly, 1996).

En las prácticas culturales el comportamiento de cada individuo participante influencia a otro individuo y es influenciado en cambiar a cambiar el comportamiento como el de los demás. De esta manera la practica cultural se convierte en una metacontingencia cuando esta tiene respuestas que ayudan o afectan la supervivencia de una cultura (Daly, 1996). Estas metacontingencias, aunque tengan respuestas pequeñas y remotas, afectan el comportamiento de cada participante debido a que existen contingencias de acción directa y de acción indirecta. Las contingencias de acción directa influyen en la probabilidad de que suceda una conducta independientemente de si el sujeto conoce la contingencia como una regla, por otro lado las contingencias de acción indirecta no controlan la conducta debido a que sus resultados son demasiado pequeños como para ser relevantes (Daly, 1996).

Los efectos negativos del consumo de cigarrillo pueden ser tomados como una contingencia de acción indirecta, dado que son efectos que se dan a largo plazo de manera que no se obtiene ningún efecto negativo inmediato. Siendo así, se afirma que para que se pueda llegar a dar un comportamiento dominado por reglas se debe lograr controlar el comportamiento por medio de estímulos que al ser incumplidos crean una condición aversiva (Daly, 1996). Una vez que las prácticas se establecen, el comportamiento de los individuos dentro de las prácticas logra ser comprendido a partir de las contingencias de reforzamiento.

Ahora bien, las prácticas culturales pueden ser distinguidas en un nivel operante donde los comportamientos se logran transmitir entre los individuos y las generaciones y son mantenidos por guardar los refuerzos casi siempre de carácter social. Skinner, citado por Mattaini (1996), define la cultura como las contingencias de un refuerzo social dado por un grupo, siendo así, las contingencias son relaciones y dependencias entre comportamientos, sus consecuencias y antecedentes.

Las prácticas culturales incluyen patrones de intercambio social, lenguaje, acción política y otras formas de eventos y condiciones sociales que se mantienen debido a las contingencias de reforzamiento social (Ballesteros, Novoa & Sacipa, 2009). Una práctica cultural consiste en una conducta emitida por un individuo o el ambiente y el refuerzo es emitido por otras personas, este tipo de refuerzo social es requerido para establecer una práctica cultural y es denominado una meta contingencia. La metacontingencia es la dependencia entre prácticas culturales y sus resultados externos hacia otros individuos o grupos sociales. (Mattaini, 1996)

Una metacontingencia puede describirse como es la dependencia entre una práctica cultural y los resultados que estas traen para un grupo, para lograr que estos resultados se manifiesten depende de principios a nivel operante y cultural (Mattaini, 1996).

El consumo de cigarrillo se relaciona con prácticas culturales inmersas en el contexto, siendo estas comportamientos comunes que se dan en la interacción entre individuos durante da vida cotidiana, como normas o reglas. Es claro que diariamente las personas están expuestas a diferentes estímulos que refuerza o disminuye el consumo de cigarrillo y al combinarse condiciones de motivación, exposición directa y refuerzos la conducta puede mantenerse y no desaparecer (Novoa, Barreto & Silva, 2012).

Para el análisis de la conducta se presenta una relación entre eventos y condiciones que se anticipan a una acción, siendo las consecuencias y comportamientos que se manifiestan el resultado de esta relación. Por esta razón el comportamiento se puede explicar desde tres niveles, el genético, el operante y cultural, de manera que el comportamiento y la conducta puede ser distinguido de acuerdo a las consecuencias que presenta (Mattaini, 1996).

Antecedentes de la práctica.

Como el comportamiento es seleccionado por las consecuencias a través del tiempo, los antecedentes tienen efectos intensos debido a su conexión con las consecuencias. Las circunstancias previas a un acto (antecedentes) afectan la ocurrencia, intensidad, y frecuencia del mismo, estos antecedentes son condiciones bajo las que se desarrolla una

práctica cultural (Mattaini, 1996; Novoa, Barreto y Silva, 2012). A continuación se presentan los cinco tipos de antecedentes propuestos por Mattaini 1996:

Ocasiones

Estas son las condiciones bajo las que una consecuencia es seguida de un determinado comportamiento, en algunas condiciones puede que un comportamiento sea reforzado o castigado. La consecuencia es un factor determinante, mientras que la ocasión funciona como una señal para la existencia de la consecuencia. (Mattaini, 1996)

Resultados a nivel cultural

Estos antecedentes son usados para describir aspectos de una situación o persona que es invariante y puede proveer medios y herramientas para que un comportamiento ocurra. Incluye la disponibilidad de una conducta, igualmente puede requerir la disponibilidad de otros antecedente o consecuencias. Estos permiten especificar y describir acciones y situaciones que facilitan la ocurrencia de una practica (Mattaini, 1996; Novoa, Barreto y Silva, 2012)

Consecuencias a nivel operante

Son eventos o condiciones que afectan la sensibilidad hacia una consecuencia y tiende a evocar comportamientos asociados con esa consecuencia, igualmente estas operaciones pueden llegar a afectar la motivación. Múltiples comportamientos están determinado por niveles de refuerzo, si se tiene un gran número de comportamiento disponibles puede dar lugar al refuerzo; por otro lado demasiado refuerzo fácilmente obtenido produce una decaída del comportamiento. Poder obtener refuerzos disponibles requiere de repertorios existentes que puedan necesitar ser construidos, otros refuerzos pueden ser necesarios para ayudar a individuos a alcanzar un nivel de competencia que potencia el refuerzo. (Mattaini, 1996)

Modelos

La imitación es un repertorio con raíces genéticas; existen muchas ventajas de adaptación para imitar lo que otros hacen, para obtener refuerzos y escapar de aversivos.

Las personas pueden llegar imitar a aquellos que no son similares y esas contingencias pueden anular los efectos del moldeamiento. La imitación es indispensable para el desarrollo de prácticas culturales, la observación e imitación de algún comportamiento se puede llegar a dar por repertorios limitados de refuerzo y evitación de aversivos. (Mattaini, 1996)

Reglas que gobiernan la conducta

Este se refiere al comportamiento que no está determinado por contingencias inmediatas, si no por la descripción verbal de esas contingencias. Las reglas son cruciales para el aprendizaje de conductas complejas y prácticas culturales, identificando las potenciales consecuencias de un acto. Las reglas unen las brechas entre el comportamiento y consecuencias no inmediatas, son indispensables para diferir la gratificación y poder lograr objetivos lejanos. Estas reglas incluyen contingencias de refuerzo y castigo. (Mattaini, 1996)

Al poder conocer y comprender los antecedentes por los que se define un comportamiento es posible lograr un análisis a nivel cultural y como dentro de la vida cotidiana están inmersas una serie de prácticas diseñadas a partir de necesidades y contingencias establecida por los individuos.

Resultados a nivel operante y cultural de la práctica

Las consecuencias son eventos y condiciones que siguen a una acción, por lo tanto la extinción es el resultado de una falta de consecuencias; generalmente estas son el refuerzo y el castigo. Mattaini (1996) describe tres consecuencias de la conducta:

Refuerzo

El proceso de esta consecuencia se da cuando seguido de un comportamiento se emite una acción o evento que de alguna manera mejora una situación, haciendo que este comportamiento aumente en el futuro. Cuando un comportamiento es seguido de un reforzador se denomina refuerzo positivo y cuando escapa o evita una condición negativa

este se denomina refuerzo negativo. Cabe aclarar que todo refuerzo aumentara la presentación del comportamiento (Mattaini, 1996).

El refuerzo está arraigado en la biología, debido a que la capacidad de responder a refuerzos condicionados es una raíz biológica de la conducta. Pero gran parte de la conducta humana esta mediada verbalmente, respondiendo a reglas que pueden ser comprendidas a partir de la observación.

Extinción

Si un comportamiento ha sido reforzado, pero en algún punto este reforzamiento deja de suceder la conducta tiende a desaparecer. En algunas ocasiones la intensidad y ritmo de la conducta tiende a aumentar cuando el reforzamiento ya no se encuentra cercano o próximo (Mattaini, 1996).

Castigo

El castigo es la aplicación de un aversivo o el retiro de un reforzador después de que ocurra un comportamiento y puede conducir a la disminución de un comportamiento. Para que se efectivo el castigo debe ser inmediato porque el comportamiento castigado se puede ver reforzado por otra cosa y es posible que ocurra de nuevo, de manera que si el castigo se retira en comportamiento tiende a reaparecer (Mattaini, 1996).

Existen dos problemas adicionales relacionados con el castigo, en primer lugar el castigo puede reducir comportamientos inadecuados pero no enseñar comportamientos más efectivos y adecuados, por lo que se hace necesario combinarlo con la enseñanza de mejores alternativas. En segundo lugar el castigo puede llegar a ser tractivo debido a que este funciona de manera rápida, reforzando el uso del castigo en el futuro, recurriendo a estrategias de corrección sin un análisis de efectos secundarios. (Mattaini, 1996)

En párrafos anteriores se trataron los antecedentes que dan origen a una práctica cultural dentro de los cuales estaban, los modelos, las ocasiones, las reglas que gobiernan la conducta, resultados a nivel cultural y las consecuencias a nivel operante, expuestos por Mattaini, 1996, estos antecedentes son importantes para definir eventos, acciones,

situaciones que posibilitan o incrementan la práctica de consumo de tabaco. El tabaquismo o consumo de tabaco es considerado como la adicción al tabaco o consumo de productos elaborados del tabaco, la nicotina que contiene el tabaco produce adicción causando dependencia fisiológica y psicológica (Roales-Nieto, 2004). Por lo anterior se hace evidente estudiar el consumo de tabaco desde una perspectiva de psicología de la salud ya que esta permite comprender causas y factores que facilitan y propician el consumo de tabaco.

La psicología de la salud pública busca identificar y manipular variables que logren predecir conductas en relación con la salud de la población (Marks 2008). Dentro de los métodos utilizados en la investigación de psicología de la salud pública se encuentran encuestas a gran escala, análisis interpretativos y cuantitativos, evaluación del impacto en promoción de salud. Desde la psicología de la salud se busca comprender el por qué las personas inician a consumir tabaco y de esta manera poder prevenir el inicio de este hábito en la población y lograr que las personas abandonen este hábito (Gerrig & Zimbardo, 2005)

Es por esto que la generación de políticas de salud pública se convirtió en algo fundamental en los gobiernos centrales, sin embargo la prevención de las enfermedades dependen de que dichas políticas estén correctamente direccionadas a la reducción de riesgos de enfermar y al fomento de comportamientos saludables en la sociedad, por lo cual es fundamental que dichas políticas logren ser adheridas por las personas de una forma adecuada, con el fin de conseguir una evolución en el bienestar de la salud de las personas afectadas por enfermedades causadas por el consumo de sustancias psicoactivas, el alcohol, el tabaquismo y demás. Por ello es importante que la política no se trate tan solo de la creación de medidas de impacto en comportamientos saludables sino que deben ser creadas con el fin de una integralidad que recoja la atención de la sociedad incluyendo la perspectiva psicológica que promueva el comportamiento adecuado en el momento de una enfermedad priorizando tanto la prevención como la promoción de la salud. (Morales, 1997)

Al hablar de política pública de salud, es pertinente tener presente que es la salud y como se define, es de esta manera como la OMS publicó en 1946 su definición carece un poco de profundidad, debido a que la OMS no tiene en cuenta algunos elementos claves como lo son los procesos psicológicos, ya que estos se encuentran arraigados en un mundo

donde se generan diversas interacciones con otras personas, por lo tanto es útil tener presente que los procesos psicológicos poseen una naturaleza “psicosocial”, resaltando las raíces sociales de todo lo que sea de índole psicológico, siendo este el caso de la salud. Es así como el autor Marks considera pertinente modificar la definición de la OMS sobre la salud teniendo en cuenta los elementos que considera faltantes, puntualizándola como la salud es un estado de bienestar con atributos físicos, culturales, psicosociales, económicos y espirituales, no es simplemente la ausencia de la enfermedad. (Marks 2008).

Una vez reconocida la importancia de los factores psicológicos al campo de la salud, es necesario conocer la definición oficial de psicología de la salud planteada por Joseph Matarazzo adoptada por la APA en 1982, que aún es vigente:

“La psicología de la salud es el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del Sistema de Salud y la política sanitaria”. Matarazzo, 1982. (Marks, 2008)

A partir de la definición que propone Matarazzo citado por Marks (2008), se muestra como se ha ido expandiendo el amplio rango de la psicología de la salud, puesto que en esta definición se incluye tanto el análisis como el mejoramiento del sistema de cuidado de la salud y la formación de políticas de salubridad. La psicología de la salud creció con gran rapidez durante las décadas de los ochenta y noventa, fue así como para el 2005, más de 3 mil psicólogos se habían convertido en miembros de la APA, este rápido crecimiento se le atribuye principalmente a tres factores, el primero en los años setenta y ochenta donde surge una gran consciencia de las enormes cantidades de enfermedades y mortalidad determinadas por la conducta, donde las investigaciones epidemiológicas sugieren que las principales causas de muerte en las sociedades occidentales son conductuales. (Marks, 2008)

El segundo factor que ha ido influenciando la creciente importancia de la psicología de la salud ha sido la idea de creer que los individuos son responsables de su propia salud, asignándole así una principal responsabilidad al individuo frente al tener una buena salud, convirtiéndolos así en expertos de su propia salud y estilos de vida. De esta manera como lo menciona Marks (2008) para el individualismo cada persona es una unidad autosuficiente, lo cual implica que tenga unos niveles mínimos de participación, cuidado e interdependencia, sin embargo es clave tener en cuenta de cómo el individuo por sí solo no logra ser capaz de tener mejorías en su conducta que se encuentre relacionada con su salud. Respecto al tercer factor que ha fomentado el interés en la psicología de la salud se centra en la decepción que se tiene respecto al cuidado biomédico de la salud tanto en los pacientes como entre los practicantes, tratando desde el papel del psicólogo clínico que se logre valorar la experiencia del paciente y se intente mejorar los servicios teniendo presente los aspectos psicosociales del cuidado de la salud. (Marks, 2008)

Para poder entender cómo a partir del análisis del comportamiento social, se puede llegar a realizar un análisis del consumo de cigarrillo, es pertinente que desde de la psicología de la salud y más específicamente desde la psicología de la salud pública se generen aportes a la adecuada modificación de la normatividad frente al consumo de tabaco, dado que son los gobiernos buscan generar planes en pro de diferentes necesidades o problemáticas de su país; por su parte Colombia encarga la elaboración de dichos planes a los diferentes Ministerios; para el caso de la salud se encuentra el Ministerio de la Protección Social, el cual dictamina las políticas a seguir en cuanto a la salud pública; dicho Ministerio en el año 2007 estableció el plan nacional de salud pública, con el cual busca cuatro propósitos generales, el primero es el de mejorar el estado de salud de la población Colombiana, el segundo busca evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, el tercero busca enfrentar los reto del envejecimiento poblacional y la transición demográfica y por último busca disminuir las inequidades en la salud de la población Colombiana. (Ministerio de Protección Social, 2007).

El plan Nacional de Salud del año 2007, establece 3 enfoques, el primero hace referencia al enfoque poblacional, el cual se refiere a las intervenciones en salud que se dirigen a la población buscando modificar riesgos acumulados en su ciclo vital, atacando la

morbilidad, mortalidad y discapacidad; el segundo enfoque hace referencia a los determinantes, el cual se describe como los factores incidentes de forma directa en la salud de los individuos y por ende de la población y que dependen de la interacción con el ambiente, el comportamiento humano, la herencia y las respuestas de los servicios de salud, con ello se pretende intervenir los factores de riesgo que sean modificables; el tercer y último enfoque se refiere a la gestión social del riesgo, el cual plantea un proceso dinámico que tiene como premisa el entendimiento de que muchos de los eventos de salud son predecibles y modificables, por ello se busca identificar y modificar los factores de riesgo. (Ministerio de protección social, 2007)

A partir de estos tres enfoques se establecen cinco líneas de política, las cuales buscan mejorar las condiciones de salud de la población armonizando y articulando el sistema de protección social, con el fin de reducir las brechas en salud; estas políticas de acción son las siguientes, primero la promoción de la salud y la calidad de vida, segundo, la prevención de los riesgos, tercero, la recuperación y superación de los daños en la salud, cuarto, la vigilancia en salud y gestión del conocimiento y quinto, la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública. (Ministerio de protección social, 2007)

Aun cuando las cinco líneas de política son articuladoras del objetivo de política pública en salud, se tratan las dos primeras por cuanto son las que abarcan la dirección y definición general de la política de salud pública en el país. La primera línea de política tiene como objetivo definir la promoción de salud y calidad de vida como un proceso sociopolítico que comprende las acciones dirigidas al fortalecimiento de los medios que son necesarios a la hora del mejoramiento de la salud, dentro de dicha línea la salud es concebida en un sentido positivo como bienestar y calidad de vida, teniendo como eje articulador la acción preventiva y por ende a la promoción de la salud por medio de este eje. (Ministerio de la Protección Social, 2007)

La segunda línea de política, evalúa la prevención de los riesgos, la cual se define como el conjunto de acciones individuales y colectivas entorno a la salud, buscando con ellas la reducción del riesgo de enfermarse o morir, por lo cual se busca crear acciones que aborden los dos tipos de prevención, la primaria que tiene como objetivo generar medidas

que eviten la aparición de la enfermedad y la secundaria que tiene como objetivo detener o no permitir el avance de una enfermedad ya detectada. (Ministerio de la Protección Social, 2007)

Las líneas de acción anteriormente nombradas, van encaminadas a desarrollar los objetivos específicos que se plantean en la política de salud pública, los cuales están enmarcados en la búsqueda de disminución de las enfermedades no transmisibles y las discapacidades; dentro de las enfermedades no transmisibles se encuentran las correspondientes al consumo de cigarrillo, de la que se tiene como meta nacional para el 2010, incrementar por encima de 12,7 años la edad promedio de inicio de consumo de cigarrillo en población menor de 18 años, para ello se establecen diferentes estrategias con el fin de cumplir esta meta. (Ministerio de la Protección Social, 2007)

La primera estrategia para disminuir las enfermedades no transmisibles generadas por el consumo de cigarrillo es la promoción de información, comunicación, asesorías y educación que busquen disminuir el hábito de fumar en lugares de estudio y de trabajo; la segunda estrategia viene del convenio marco de la lucha anti tabáquica de la Organización Mundial de la Salud – (OMS) (2003), dentro del cual se busca establecer reglamentaciones que regulen la comercialización y publicidad del tabaco; y por último la tercera estrategia definida es la de implementar espacios libres de humo en espacios de trabajo y públicos. (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Dicho convenio marco establecido por la OMS en Ginebra, en el año 2003 busca establecer pautas, reglas, normativas en torno a la problemática del consumo de cigarrillo, la publicidad del mismo y la tributación que se impone a los productos derivados del tabaco, este acuerdo se llevó a cabo con diferentes países que discutieron sobre dicha problemática y llegaron a un acuerdo sobre las diferentes estrategias que se debían seguir. Estas estrategias surgieron a raíz de diferentes estudios y pruebas científicas que evidencian que el consumo de tabaco y la exposición al humo de este son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad y así mismo sus consecuencias son de largo plazo.

Adicional a esto, este convenio surge debido a la preocupación acerca del impacto que tienen las formas de publicidad, patrocinio y promoción en estimular el consumo

excesivo de cigarrillo. Otra razón del origen del Convenio Marco es la necesidad impulsar mecanismos adecuados frente a las consecuencias sociales y económicas que tienen en el largo plazo la efectiva implementación de estrategias de decremento de la demanda de tabaco. (OMS, 2003)

La idea de la OMS de crear un instrumento internacional para el control de tabaco, nace luego de la resolución WHA48.11 establecida en mayo de 1995, en la cual la OMS realiza un estudio de viabilidad de un instrumento de internacional para la lucha antitabáquica; luego en 1998, la entonces directora general de la OMS, Gro Harlem Brundtland, prioriza el control mundial del tabaco mediante la iniciativa denominada liberarse del tabaco, la cual buscaba generar acciones y recursos internacionales que atacaran la epidemia mundial del tabaquismo, para ello se generó la posibilidad de una negociación multilateral, la cual se estableció en el año 2003 con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. (OMS, 2003)

Los países que asistieron a las reuniones del convenio organizadas por la OMS, acordaron en el 2003 la implementación de estrategias que atacan fuertemente la epidemia del tabaquismo; dicho acuerdo quedó plasmado y firmado por los países asistentes a la reunión realizada el 21 de mayo en el año 2003 en Ginebra, en el texto denominado, Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco; luego de esto algunos países hicieron la adhesión al mismo, entre ellos Colombia, quien por medio de la ley 1109 del 27 de diciembre del 2006 aprueba “El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco” (OMS, 2003). Una de las principales promotoras de esta ley es la que en su momento desempeñaba el cargo de Presidenta del Senado de la Republica, Dilian Francisca Toro Torres; manifiesta en entrevista a Caicedo (2010), que la principal razón que la llevó a crear esta ley fue su interés de proteger la salud pública, puesto que como bien lo reveló la Liga Colombiana contra el Cáncer, al año cerca de 25 mil personas mueren por consumo de tabaco y el 80% del cáncer de pulmón se atribuye a esta adicción.

Según Toro (2010) en entrevista a Caicedo (2010), uno de los principales datos que fueron decisivos para postular esta ley, se encuentran los desarrollados por la OMS, donde se manifiestan mediante cifras los efectos nocivos que genera el consumo de cigarrillo e igualmente las estrategias que se deben adoptar para que prevenir el consumo en los

menores. De esta manera se evidencia como el tabaquismo mata anualmente a 5,4 millones de personas enfermas de cáncer de pulmón, cardiopatías y otras enfermedades. Al continuar así para el año 2030 la cifra aumentará hasta más de ocho millones anuales. El consumo de tabaco es un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de defunción en el mundo. (Caicedo, 2010)

Ahora bien, Toro (2010) en entrevista a Caicedo (2010), afirma que la estrategia MPOWER (por sus siglas en inglés) propuesta el 7 de febrero de 2008, en la ciudad de Nueva York, por la Directora General de la OMS, Margaret Chan, en conjunto con el Alcalde Michael Bloomberg, incluye las seis políticas más eficaces para prevenir a los jóvenes para que no se inicien en el consumo de tabaco, para ayudar a los fumadores a dejar el vicio y para librar los no fumadores de la exposición al humo ambiental: *Vigilar*: Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención. *Proteger*: Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco. *Ofrecer*: Ofrecer ayuda para poder dejar de consumir tabaco. *Alertar*: Advertir de los peligros del tabaco. *Cumplir*: Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio. *Elevar*: Elevar los impuestos al tabaco. (Caicedo, 2010.)

Luego del establecimiento de la Ley 1109 del 27 de diciembre 2006, por medio de la cual se aprueba el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, realizado en el 2003 (que fuera la base para la adhesión a dicho convenio por el país el 10 de abril de 2008), se establece la ley antitabaco (ley 1315 de 2009), la cual tiene como objetivo principal garantizar derechos de salud, en especial a menores de edad y población no fumadora, regulando la distribución y creando programas de salud dirigidos a la disminución del consumo de tabaco. Se divide en 9 capítulos, los cuales a su vez se subdividen en 4 temas centrales: la prevención de la venta y consumo de tabaco en menores de edad, condiciones y prevenciones de la publicidad del tabaco y derivados, protección de personas no fumadoras y sanciones respectivas al incumplimiento de la ley. Ley Anti-tabaco 1335 (2009)

Por otra parte, la prohibición de venta de productos de tabaco o dulces, juguetes u objetos alusivos al tabaco a menores de edad es de gran relevancia dentro de la ley 1335 de 2009, teniendo en cuenta que en la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes del 2007

el promedio de inicio de consumo de cigarrillo fue de 11,9 años y el fácil acceso a la compra de cigarrillos que tenían los jóvenes (Pardo y Piñeros, 2010). Teniendo en cuenta lo anterior, dentro de esta ley se estipula la prohibición y sanción de quienes vendan cigarrillo a menores de edad; a su vez esta ley estipula la prohibición de cualquier tipo de publicidad y patrocinio en medios de comunicación, evitando de esta manera la exposición a menores de edad y a los no fumadores a la publicidad de tabaco, igualmente esta ley busca generar la promoción de campañas educativas e informativas acerca del consumo de tabaco. Ley Anti-tabaco 1335 (2009)

Otro grupo poblacional de gran relevancia es el de personas no fumadoras ya que dentro de esta ley se protegen sus derechos tales como respirar aire libre de humo, rechazar cuando se encienda cigarrillos o tabaco en espacios en los que su consumo se encuentre prohibido, exigir publicidad de los efectos del consumo y exposición al tabaco, e informar cualquier inconformidad frente a la autoridad competente. Ley Anti-tabaco 1335 (2009)

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General.

Analizar la coherencia entre las prácticas culturales de consumo de cigarrillo en jóvenes universitarios de Bogotá y las conductas de prevención establecidas en la Ley Anti Tabáquica.

1.4.2 Objetivos Específicos

Identificar factores y elementos que determinan las ocasiones, modelos y reglas en torno al consumo de cigarrillo.

Identificar factores y elementos que determinan las consecuencias a nivel operante y cultural en torno al consumo de cigarrillo.

Conocer la apropiación de los jóvenes universitarios de la Ley Anti Tabáquica

1.5 Categorías de estudio.

La presente investigación tuvo 8 categorías de análisis, de las cuales 5 se derivan de las condiciones necesarias para que se dé una práctica cultural, propuestas por Mattaini (1996). La primera de ellas hace alusión a las ocasiones, siendo entendidas estas como las circunstancias bajo las que una consecuencia es continuada de un determinado comportamiento, de esta manera la ocasión funciona como aviso para la existencia de una consecuencia; la segunda categoría determina las consecuencias a nivel operante, referidas a los eventos que alteran simultáneamente la ocurrencia de la práctica, teniendo como base la sensibilidad de las personas frente a las consecuencias; la tercera categoría define la imitación de modelos, los cuales representan cierto tipo de autoridad en cuanto al manejo de las contingencias, configurándose así indispensable para el desarrollo de prácticas culturales; la cuarta categoría determina las reglas que gobiernan la conducta, estas incluyen contingencias que logran tanto reforzar como castigar el comportamiento de las personas, aún sin que ellas reconozcan las mismas; Por último se encuentra la categoría que determina los resultados a nivel cultural, por medio de los cuales se describen y especifican las acciones que la persona realiza y detalla la situación que facilita la ocurrencia de una práctica determinada (Mattaini 1996 citado por Novoa, 2012).

Las tres categorías restantes emergieron en el desarrollo de la investigación al conocer la apropiación de los jóvenes universitarios de la Ley Anti Tabáquica, identificando como primera categoría la promoción de estrategias de información, comunicación, asesoría y educación; la segunda categoría emergente hace referencia a los espacios libres de humo y la última categoría emergente está dada por la regulación de comercialización de tabaco.

2. Método

2.1 Diseño

Esta investigación es exploratoria, de tipo transversal, con carácter mixto. Los estudios exploratorios permiten estudiar un problema de manera sistemática permitiendo una aproximación empírica, identificando relaciones entre variables o categorías de estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). La investigación se llevo a cabo en un tiempo determinado y fue de carácter mixto ya que este método permite la recolección, análisis y relación de datos cuantitativos y cualitativos dentro de la investigación para lograr responder el problema investigativo (Pereira, 2011; Hernández, et.al 2003).

2.2 Participantes

Para esta investigación se tomó una muestra total de 204 estudiantes de seis universidades de la ciudad de Bogotá en un rango de edad de 18 a 25 años, quienes fueron seleccionados aleatoriamente a medida que las encuestas eran aplicadas sin realizar un filtro previo para escoger los participantes. Las universidades seleccionadas para esta investigación fueron; Pontificia Universidad Javeriana, Universidad De La Salle, Universidad Externado de Colombia, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Distrital Francisco José de Caldas y la Universidad Jorge Tadeo Lozano.

De los 204 participantes a quienes se les realizó la encuesta, se seleccionaron 12 personas para llevar a cabo una entrevista semi-estructurada (Anexo A). Estos 12 participantes fueron seleccionados de manera intencional ya que se buscaron 4 sujetos fumadores, 4 no fumadores y 4 que hubieran dejado de fumar; distribuidos de manera equitativa entre las seis universidades escogidas para la investigación.

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con la Ley 1090 de 2006, el código deontológico y bioético del psicólogo en Colombia, los principios éticos del psicólogo y el código de conducta de la Asociación americana de Psicología (APA) y la resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

2.3 Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos, los cuales se basan en el estudio realizado previamente por Novoa (2012), “*consumo de cigarrillo y prácticas culturales en contextos universitarios*”. Los dos instrumentos consisten en un cuestionario de 48 preguntas, el cual ya fue validado y una entrevista semi estructurada a profundidad de aproximadamente 30 preguntas.

Cuestionario.

Se aplicó un cuestionario diseñado y validado previamente (Anexo B), utilizado en la investigación *Consumo de cigarrillo y prácticas culturales en contextos universitarios* Novoa (2012). Este cuestionario tuvo como objetivo determinar la prevalencia y frecuencia de factores de riesgo hacia el consumo de cigarrillo y las características personales de los encuestados, lo cual permitió posteriormente categorizar la información dentro de las prácticas culturales en cuanto al consumo de cigarrillo en jóvenes universitarios de Bogotá. El cuestionario se encuentra dividido por los siguientes subtítulos: información personal, información familiar y consumo personal de cigarrillo. Toda esta información será indagada a mayor profundidad en el momento de aplicar el segundo instrumento.

Entrevista semi estructurada a profundidad.

La entrevista se desarrollo posteriormente, elaborando las preguntas de acuerdo al desarrollo de prácticas culturales (Mattaini,1996). Esta entrevista se aplicó a 12 personas de las seis universidades elegida para esta investigación de las muestra de 204, de cada institución educativa se entrevistaron a 2 personas. La selección de los sujetos fue intencional debido a que se busco 4 personas no fumadoras, 4 fumadoras y 4 que hubieran dejado de fumar (Anexo A).

2.4 Procedimiento

Inicialmente se delimitaron las universidades con las cuales se trabajó, por lo cual cada uno de los investigadores se encargó de buscar estudiantes de estas universidades,

distribuyendo la selección de forma equitativa entre el número de estudiantes de cada universidad y realizando la selección de forma aleatoria, teniendo en cuenta únicamente el rango de edad establecido. Posteriormente se les indicó a los participantes el objetivo de la investigación y luego se procedió a aplicar el cuestionario, el cual al inicio en la parte superior explica el propósito de la encuesta y el consentimiento informado el cual firma el participante (Anexo C).

De la población total (204 personas) se seleccionaron 12 personas para realizar la entrevista semi estructurada, de las cuales se tuvo en cuenta al momento de la selección su característica de fumador, no fumador o de haber dejado de fumar; por lo cual se realizó una selección intencional; previamente a la realización de la entrevista se solicita aceptar y firmar el respectivo consentimiento.

Posterior a la aplicación del cuestionario se ingresaron los datos al programa estadístico SPSS 20 y luego de transcribir las entrevistas se sistematización con el programa ATLAS. ti 6.0; Seguido de esto se realizó el respectivo análisis cualitativo identificando las practicas que culturales que mantiene la conducta de fumar en lo jóvenes universitarios a partir de los antecedentes para estas se den (Mattaini, 1996). El análisis partió de las diferentes prácticas identificadas a partir del análisis de entrevistas y los datos obtenidos en las encuestas.

3. Resultados

Los resultados de la presente investigación fueron obtenidos por medio de dos instrumentos, el primero un cuestionario de 48 preguntas y el segundo una entrevista semiestructura de una duración aproximada de 40 minutos; estos instrumentos tuvieron como fin identificar factores y elementos que determinan las ocasiones, modelos, reglas y consecuencias a nivel operante y cultural en torno al consumo de cigarrillo, además de conocer la apropiación de los jóvenes universitarios de la Ley Anti Tabáquica.

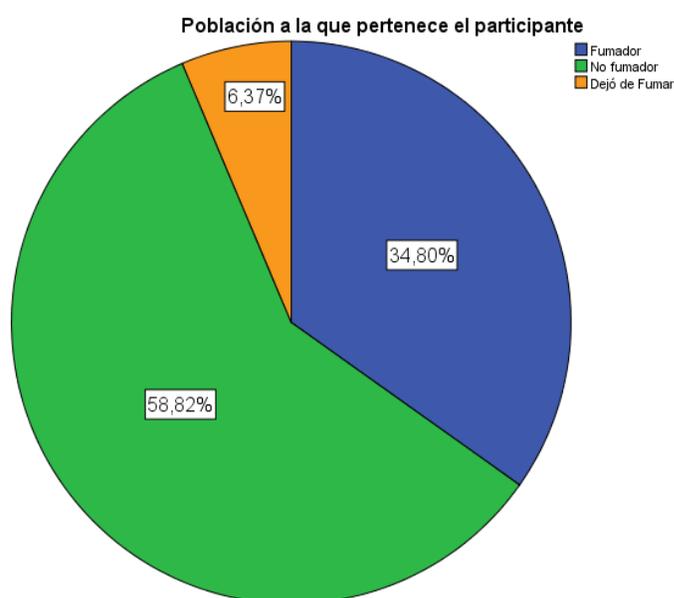


Figura 1. Población encuestada

La figura 1 muestra el porcentaje de cada una de las tres poblaciones encuestada, en donde la población predominante es la población no fumadora con un 58,82%, seguida de la población fumadora con un 34,80%. La encuesta se realizó en seis universidades de Bogotá, de acuerdo a las 3 poblaciones encuestadas la universidad Jorge Tadeo Lozano muestra el mayor porcentaje de población fumadora, con un 6.86%, en cuanto a la población no fumadora la universidad Nacional y la Universidad De La Salle son las más representativas con un 10.29% cada una, por otra parte la universidad De La Salle es la más representativa de la población que dejó de fumar con un 1.47%

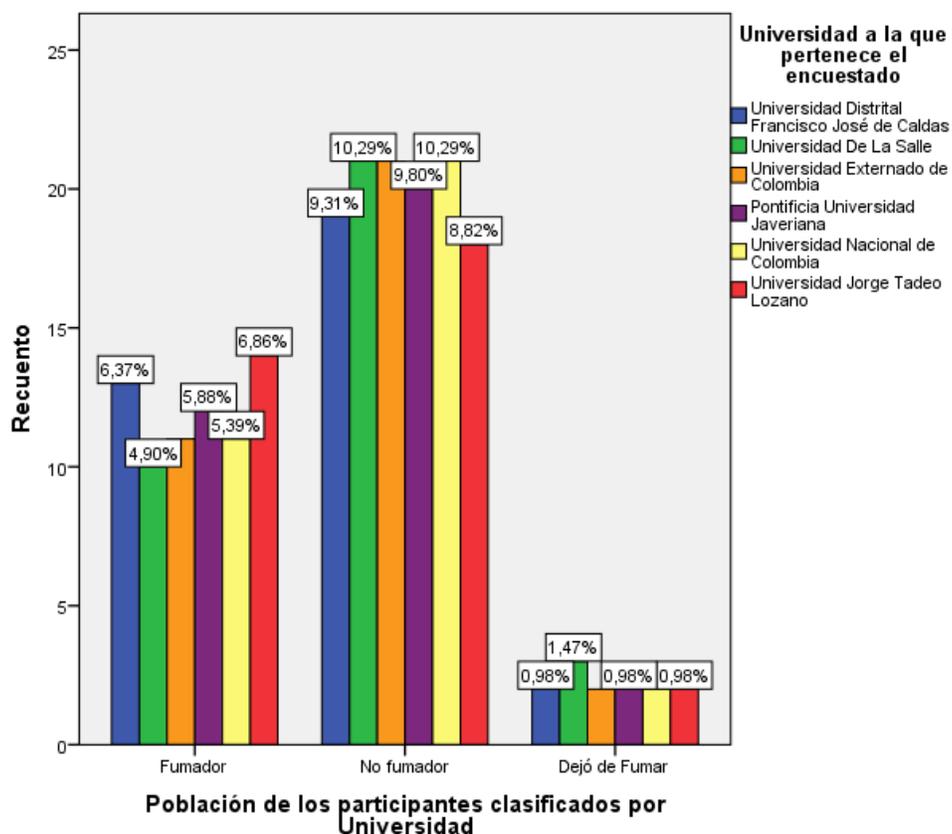


Figura 2. Universidades participantes

En la presente investigación se trabajó con un rango de edad, el cual oscila entre 18 y 25 años de edad, se evidencia como la edad de inicio mínima para fumar fue de 9 años y la edad máxima en la que se consumió cigarrillo por primera vez fue a los 20 años de edad, obteniendo así una media de 15,24 en la edad en la que se fuma por primera vez (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Edad en que inicio a fumar

	Estadísticos descriptivos				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
¿A que edad fumó por primera vez?	143	9	20	15,24	2,106
N válido (según lista)	143				

En el momento de la selección de la población fumadora, no se tuvo en cuenta el tiempo medido en años en los que las personas han fumado o habían fumado a diario (ver Tabla 2), sin embargo por medio de la tabla 2, se evidencia la media es de año y medio del que las personas fumadoras consumen y consumieron cigarrillo a diario, siguiendo con un máximo de 10 años en los que los participantes fumaron a diario y con un mínimo de cero años.

Tabla 2.
Años fumando a diario

	Estadísticos descriptivos				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
¿Cuántos años ha fumado/fumó a diario?	143	0	10	1,66	2,069
N válido (según lista)	143				

La *Figura 3* evidencia diferentes razones por las cuales la población encuestada consume cigarrillo, siendo la de mayor prevalencia, la razón que los ayuda a sentirse menos tensos con un 77,5%. Entre otras de las razones por las cuales la gente fuma, se encuentran el descansar, consumir cuando se encuentran con gente que lo hace, igualmente en momentos de diversión y en encuentros donde beben, estas razones aun cuando menos significativas son importantes al oscilar entre el 30% y el 40%. Las razones escogidas por los participantes menos significativas para fumar son el que los ayuda a mantenerse despiertos y con energía con un 15.5% y el facilitar las relaciones sociales con un 4,2%, por último ningún participante ve como razón para fumar el que el cigarrillo ayude a mantener su figura estética.

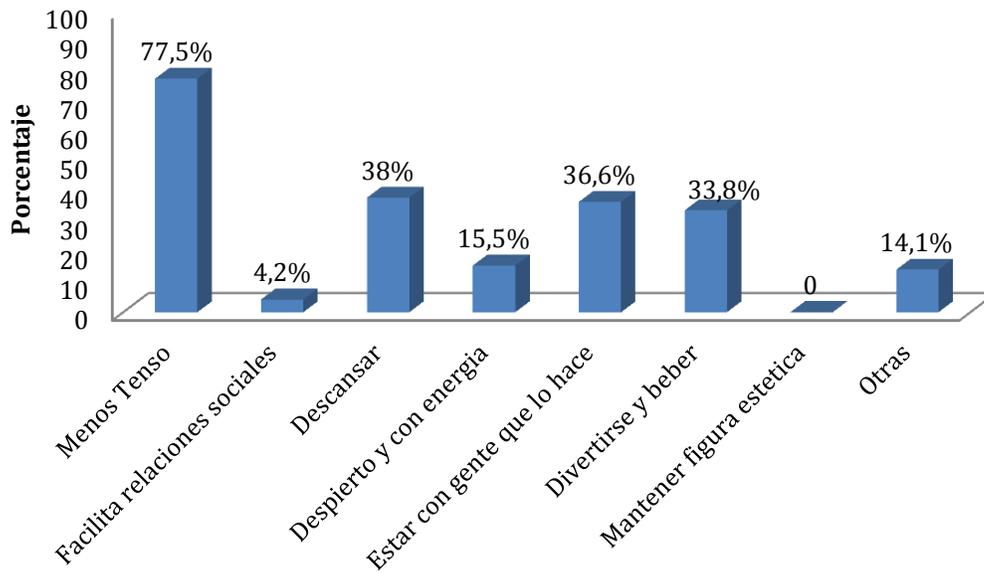


Figura 3. Razones para fumar

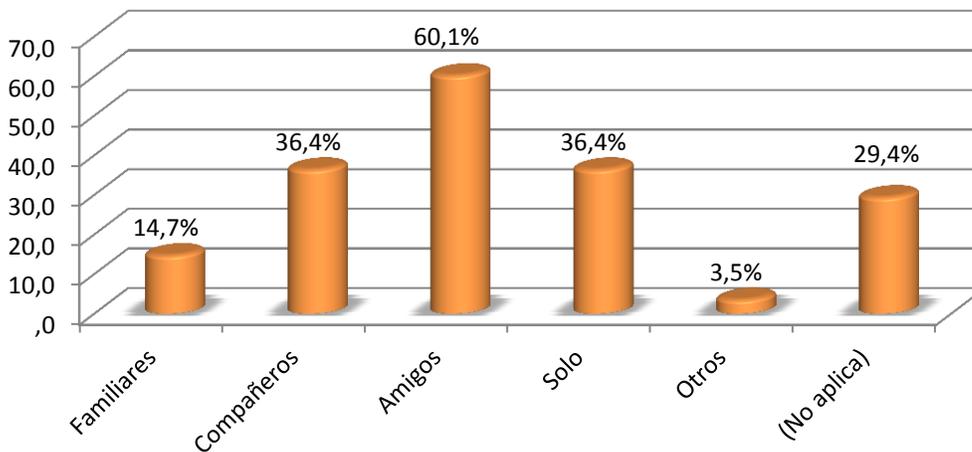


Figura 4. Con quien fuma principalmente

La Figura 4 evidencia que la población fuma principalmente cuando se encuentra con los amigos explicado esto con un 60.1% mientras que fumar con familiares representa un 14,7%.

Con respecto a la presencia de personas fumadoras durante la niñez, el padre es quien mayor porcentaje presentó con un 34% mientras que la madre representa un 22%; en

la actualidad el 61% de los encuestados afirman que ninguna persona con la que vive actualmente fuma, mientras que el 21% afirma que actualmente convive con padres fumadores. (Ver Tabla 3 y Tabla 4).

Tabla 3.

Figura fumadora en la niñez

Opciones	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si vivía con su padre cuando niño, él fumaba	NO	134	65.7
	SI	70	34.3
	Total	204	100.0
Si vivía con su madre cuando niño, ella fumaba	NO	158	77.5
	SI	46	22.5
	Total	204	100.0
Si vivía con sus hermanos cuando niño, alguno fumaba	NO	188	92.2
	SI	16	7.8
	Total	204	100.0
Si vivía con otros cuando niño, alguno fumaba	NO	172	84.3
	SI	32	15.7
	Total	204	100.0

Tabla 4.

Personas Fumadoras en el Hogar

Opciones	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno de los que viven con usted fuma	NO	78	38.2	38.2	38.2
	SI	126	61.8	61.8	100.0
	Total	204	100.0	100.0	
Si vive con sus padres fuman	NO	161	78.9	78.9	78.9
	SI	43	21.1	21.1	100.0
	Total	204	100.0	100.0	
Si vive con otros familiares fuman	NO	169	82.8	82.8	82.8
	SI	35	17.2	17.2	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

Si vive	NO	193	94.6	94.6	94.6
con otras	SI	11	5.4	5.4	100.0
personas	Total	204	100.0	100.0	
fuman					

En la *Figura 5* se observa que el 74,6% de los fumadores afirmaron que han sentido que el consumo de tabaco ha provocado alteraciones en su salud, mientras que solo el 46,2% de quienes dejaron de fumar han sentido que se ha afectado su salud.

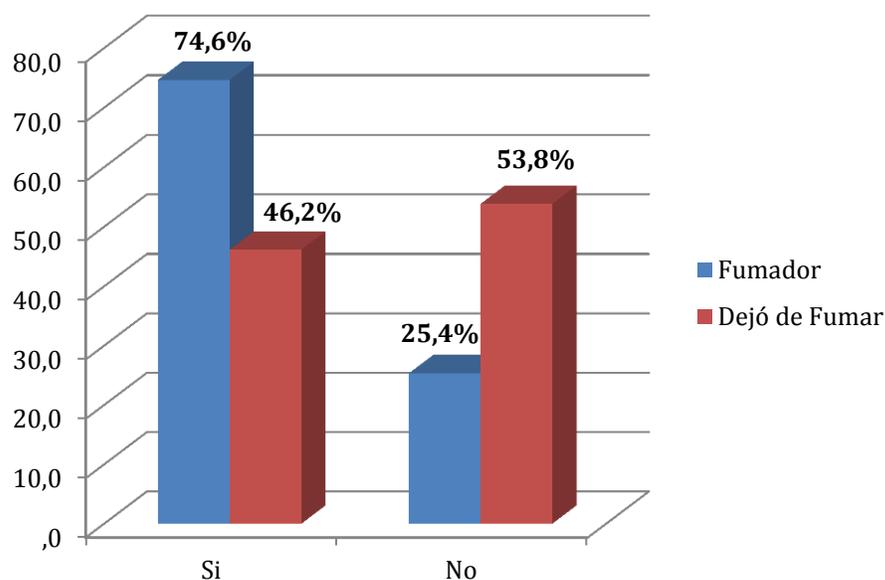


Figura 5. Sentir alteraciones en la salud por el consumo de tabaco

Dejar de fumar es la principal acción a realizar frente al consumo de cigarrillo con 53% de respuestas mientras que seguir fumando a diario solo representa el 4% tal como se observa en la figura 6, también se evidencia que el 23% presenta indecisión con respecto a lo que hará en los próximos años frente al consumo de cigarrillo.

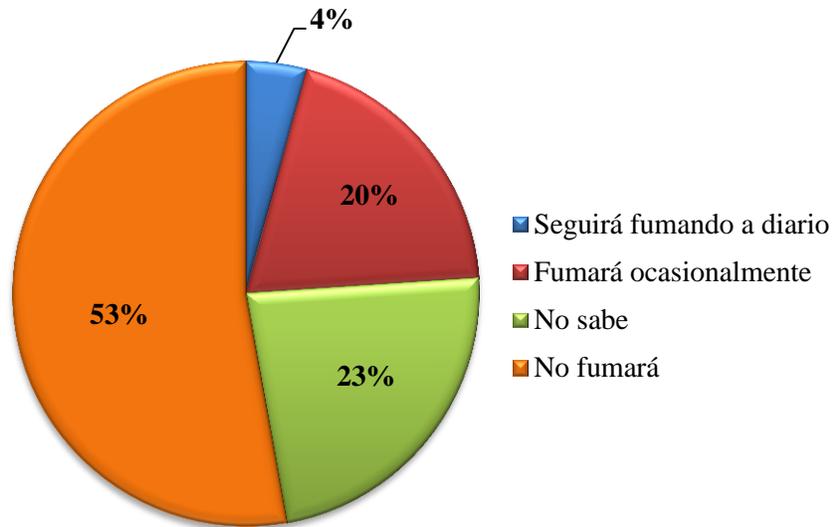


Figura 6. Qué piensa hacer en los próximos 5 años con respecto al consumo de tabaco

La opinión respecto al consumo de cigarrillo puede llegar a ser diversa, de esta manera la *Figura 7* muestra el criterio que la población encuestada tiene respecto al fumar, en donde el 20% considera que fumar es un hábito, el 26% opinó que es una adicción, el 48% considera que el fumar es tanto una adicción como un hábito y finalmente el 6% no supo cómo definir el consumo de tabaco, al no optar ni por una adicción, ni por un hábito.

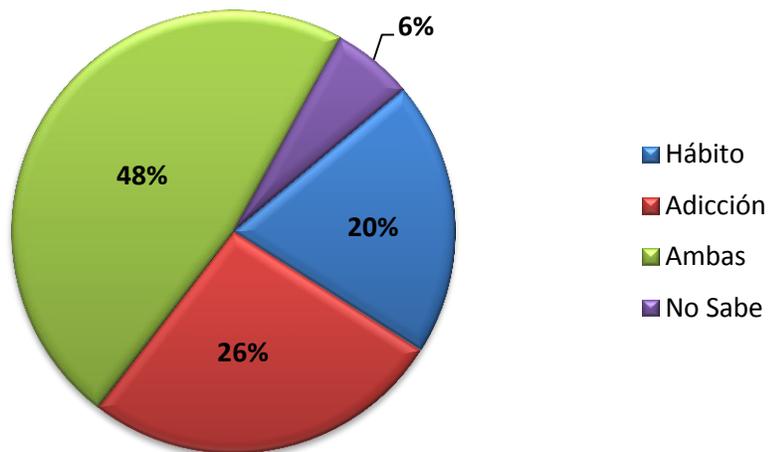


Figura 7. Opinión respecto a fumar

El poco conocimiento o falta de información de programas de prevención en consumo de cigarrillo se hacen evidentes ya que solo el 30,4% de la población afirmo tener conocimientos hacer de programas de prevención, por su parte el 69,6% de los encuestados afirmaron no tener conocimiento de programas de prevención en consumo de cigarrillo (ver Figura 8).

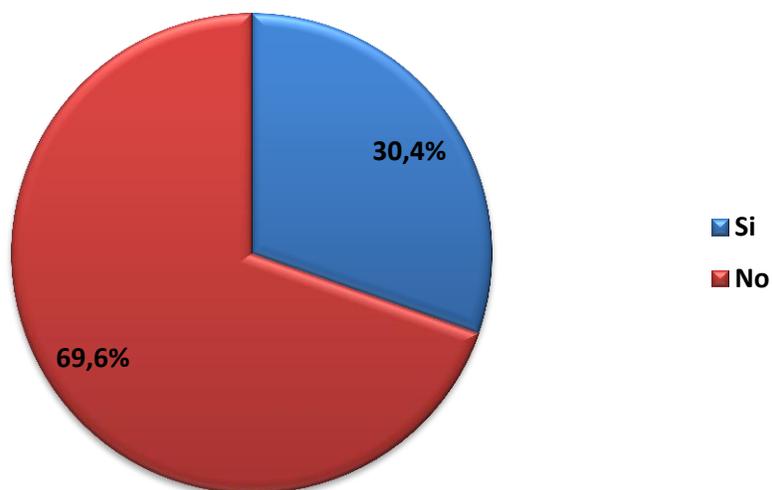


Figura 8. Conocimiento de programas de prevención en consumo de cigarrillo

Dentro del país se tienen establecidas reglamentaciones, en torno al consumo y comercialización del cigarrillo, los cuales están enmarcados en la ley 1335. Dentro de la investigación se logró observar que los participantes tienen poco conocimiento respecto a la legislación y en dado caso de tenerlo esté es parcial como se evidencia en la *Figura 9*, la población no fumadora presenta una tasa del 59% de conocimiento parcial de la legislación y un 27% de conocimiento nulo sobre la misma. Es interesante observar que quienes fuman son quienes más poseen conocimiento frente a la ley y sus respectivas restricciones en cuanto a la conducta de fumar.

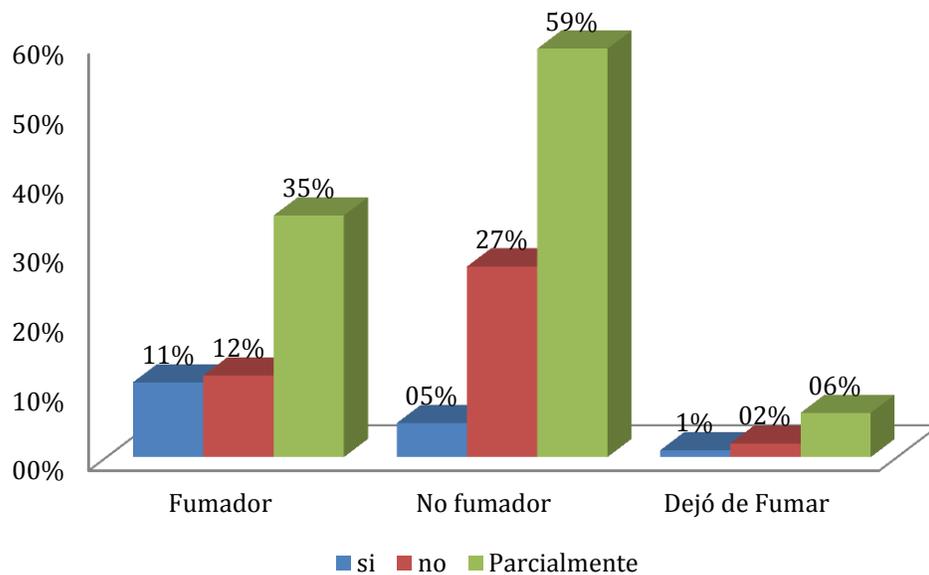


Figura 9. Conocimiento de la legislación

Dentro de la reglamentación se prohíbe el consumo de tabaco en ciertos lugares, tales como los relacionados con el sector de la salud o en lugares cerrados. Con respecto a esta regulación, el 87,3% de los estudiantes afirmaron que efectivamente que dentro de su universidad no es permitido fumar en lugares públicos cerrados, sin embargo aunque existe esta reglamentación el 25% de los encuestados afirmaron que se fuma en lugares públicos cerrados de la universidad (ver Figuras 10).

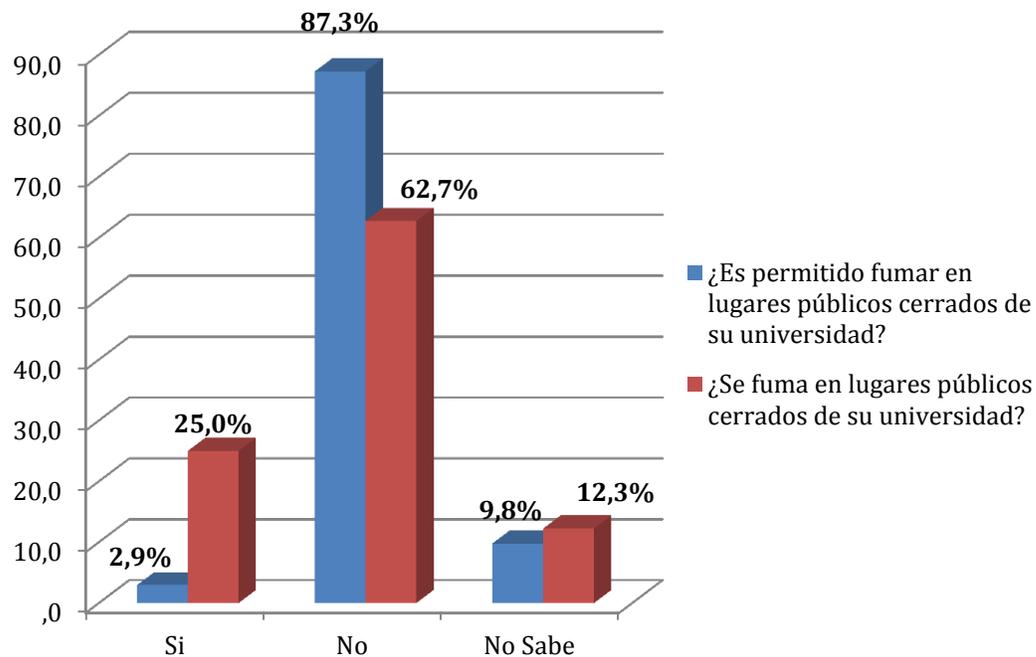


Figura 10. Fumar en lugares públicos cerrados dentro de la Universidad

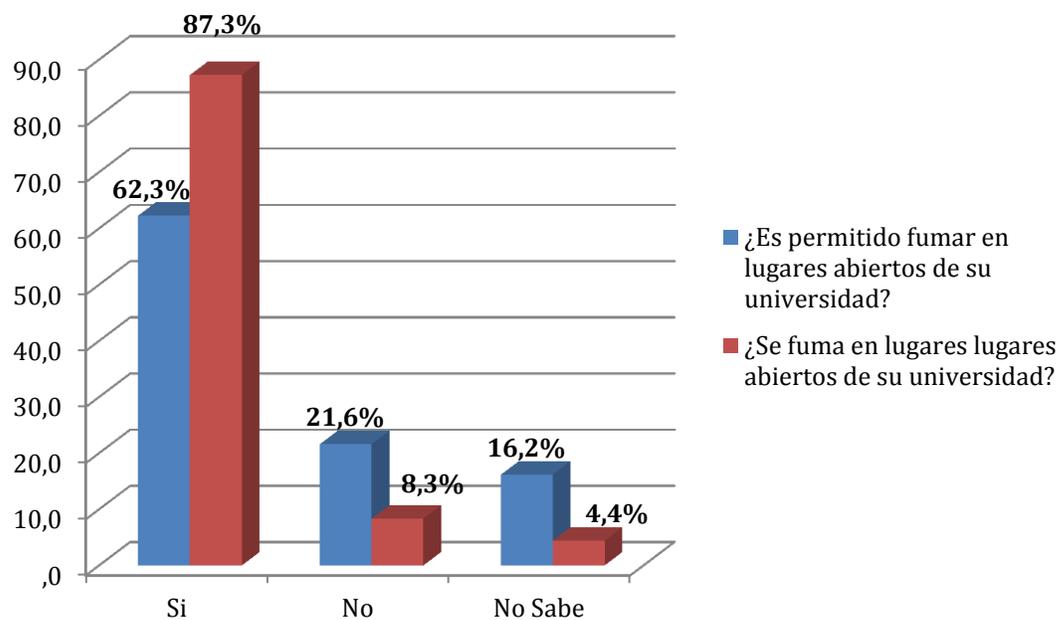


Figura 11. Fumar en lugares abiertos dentro de la Universidad

A diferencia de lo evidenciado en la figura 10, la figura 11 nos muestra que tal como lo afirman los encuestados en un 62,3% si se permite fumar dentro de la universidad en

lugares abiertos, esta permisividad para fumar en estos lugares, hace que el 87,3% de los encuestados afirmen que se fuma en lugares abiertos dentro de su universidad. (Ver figura 11). Los universitarios encuestados afirman también que no es permitido fumar en áreas destinadas al trabajo de su universidad (94,1%), el 83,3% afirman que no se fuma en áreas destinadas al trabajo que se encuentran dentro de la universidad. (Ver figura 12).

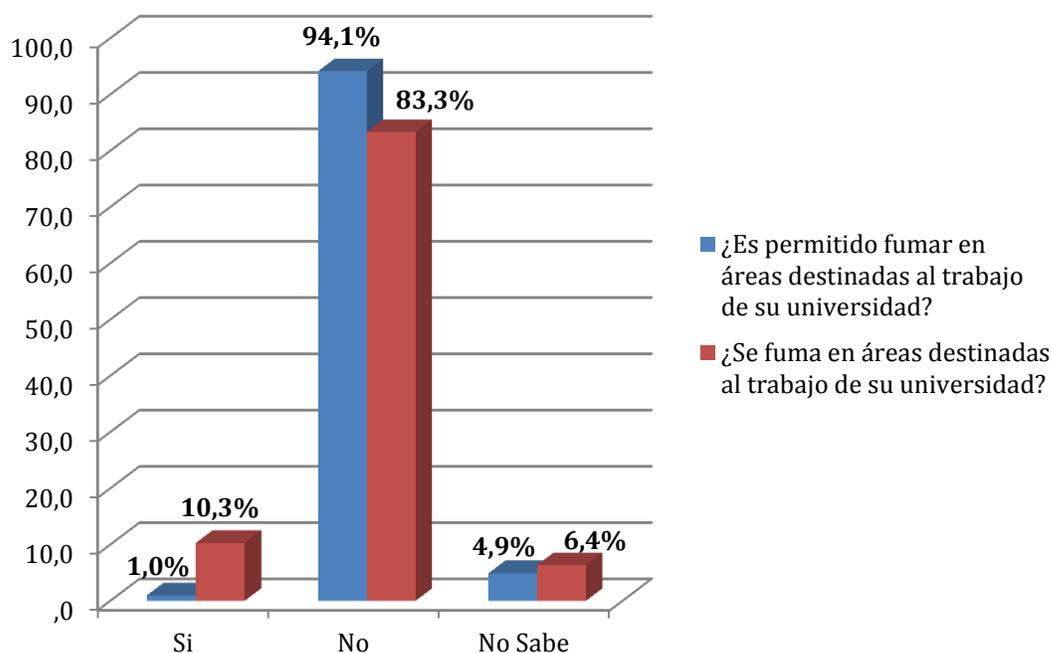


Figura 12. Fumar en lugares destinados al trabajo dentro de la Universidad

Como se mencionó anteriormente el otro instrumento empleado, fue la entrevista semiestructurada, los resultados de esta se trataron por medio del programa atlas ti, organizándolos con respecto a los cinco antecedentes de la práctica cultural, modelos, ocasiones, reglas que gobiernan la conducta, resultados a nivel cultural y por último consecuencias a nivel operante, dentro de esta organización se sacaron narraciones que mostraran tendencias que sobresalieran en las respuestas de los diferentes encuestados, el número de narrativas representa las veces que se repetía esta tendencia, siendo identificada con el primer número del nombre de la tendencia, mostrada a manera de diagrama.

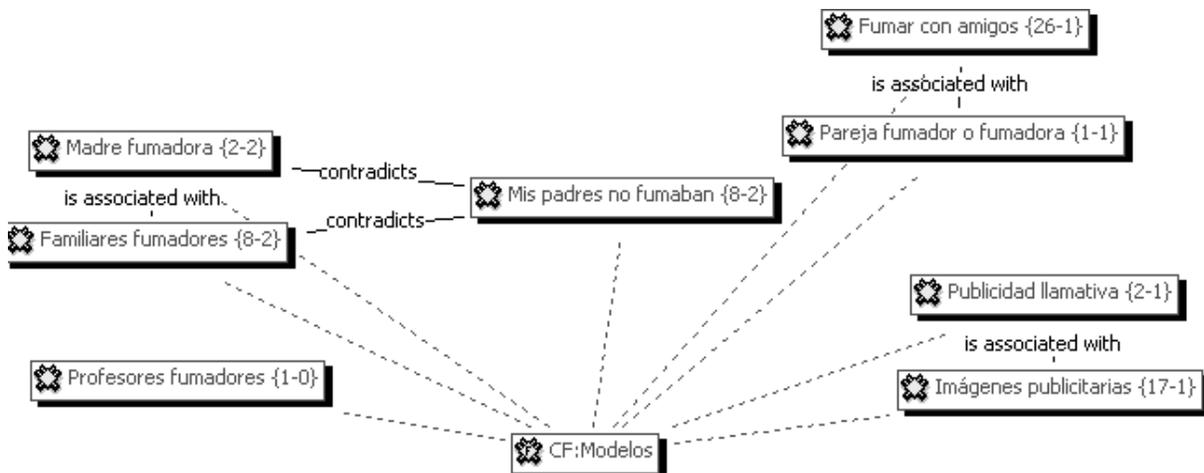


Figura 13. Diagrama de relaciones de modelos

En la Figura 13 se identifican los modelos que influyen en la conducta de fumar, siendo los amigos quienes más promueven o influyen en el consumo de cigarrillo (presenta 26 narrativas) seguido de las imágenes publicitarias, presentado 17 narrativas: además se presentaron 8 narrativas que afirman que los padres de los entrevistados no fumaban.

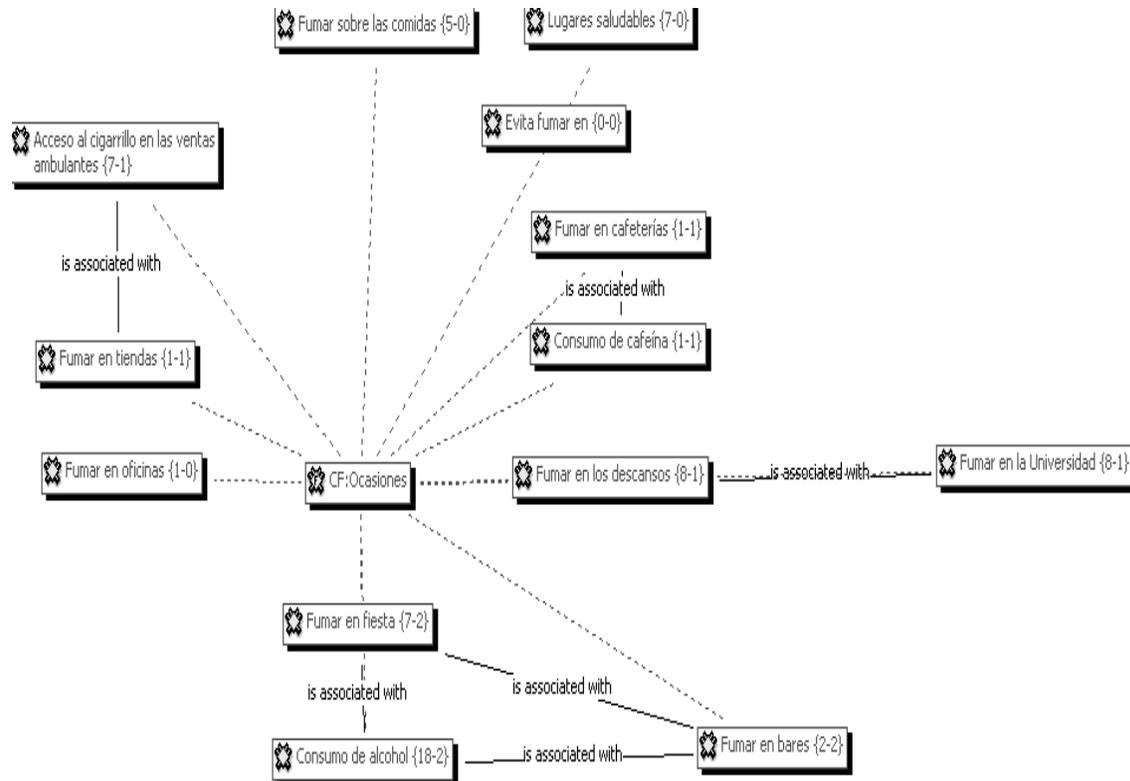


Figura 14. Diagrama de categorías asociadas a ocasión.

Además de los modelos se identifican ocasiones que facilitan el consumo de cigarrillo, evidenciando que el consumo de alcohol el principal factor para que se dé el consumo de cigarrillo, asociado a fumar en fiestas y en bares. Por otro lado la universidad representa otro contexto en el que es posible fumar tabaco, especialmente cuando se encuentran en descansos (Figura 14).

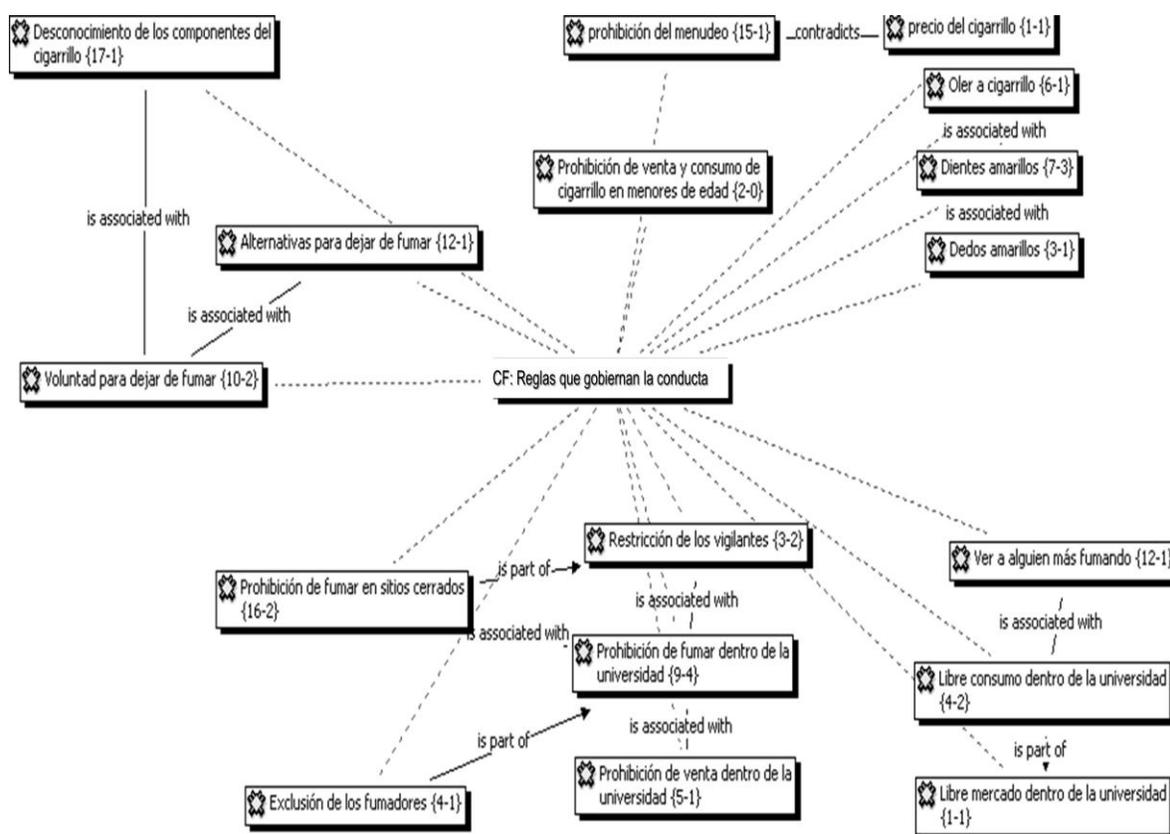


Figura 15. Reglas que gobiernan la conducta

La figura 15 muestra las reglas que gobiernan la conducta, son aquellas que castigan el consumo, por una parte se encuentran las referidas a la salud o el cuerpo (oler a cigarrillo, dientes amarillos y dedos amarillos) y por otro lado la restricción de fumar en ciertos lugares y la prohibición de venta al menudeo.

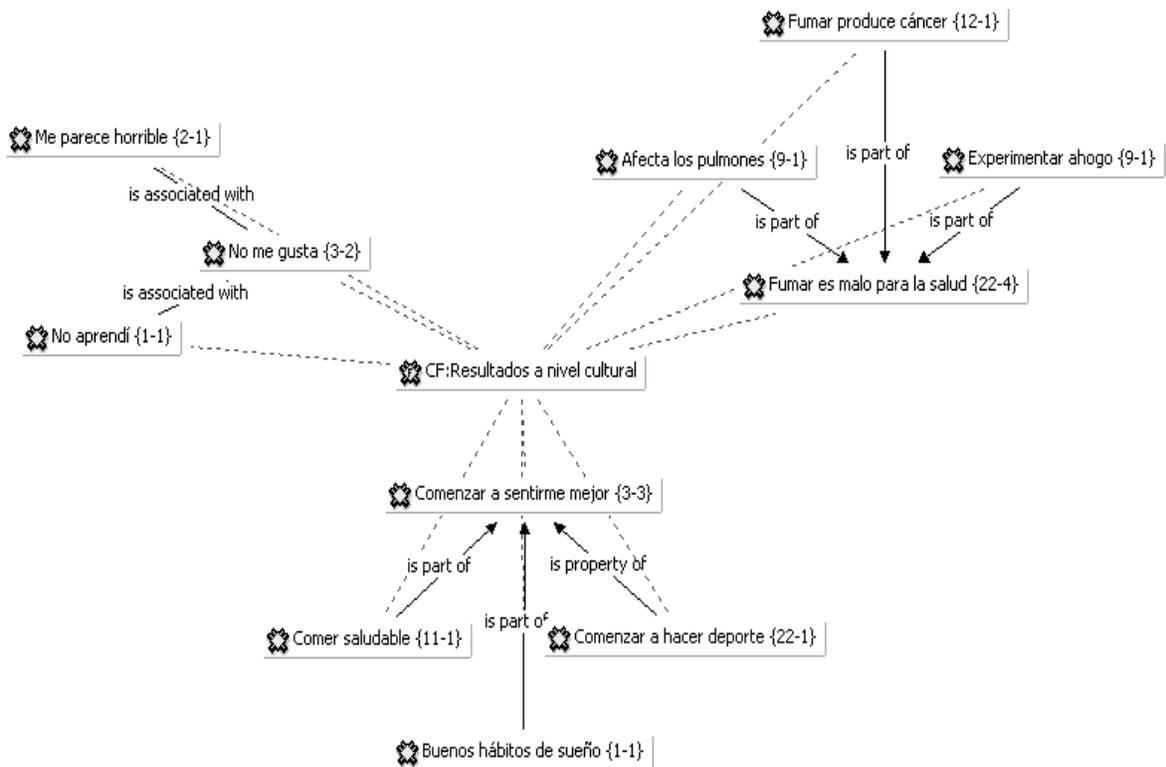


Figura 16. Resultados a nivel cultural

En la Figura 16 se presentan acciones y circunstancias que posibilitan o no la ocurrencia del consumo de cigarrillo, dentro de estas situaciones se encuentran las relacionadas con las consecuencias en la salud que trae el consumo de cigarrillo. Por otra parte, la Figura 17 presenta consecuencias a nivel operante del consumo de cigarrillo en los jóvenes universitarios, que permiten definir y establecer relaciones entre factores del contexto y el consumo de cigarrillo; las consecuencias a nivel emocional están asociadas al consumo de cigarrillo (frustración, alegría, estrés), mientras que “desagrado por el olor” representa una regla social determinada por la percepción de las demás personas.

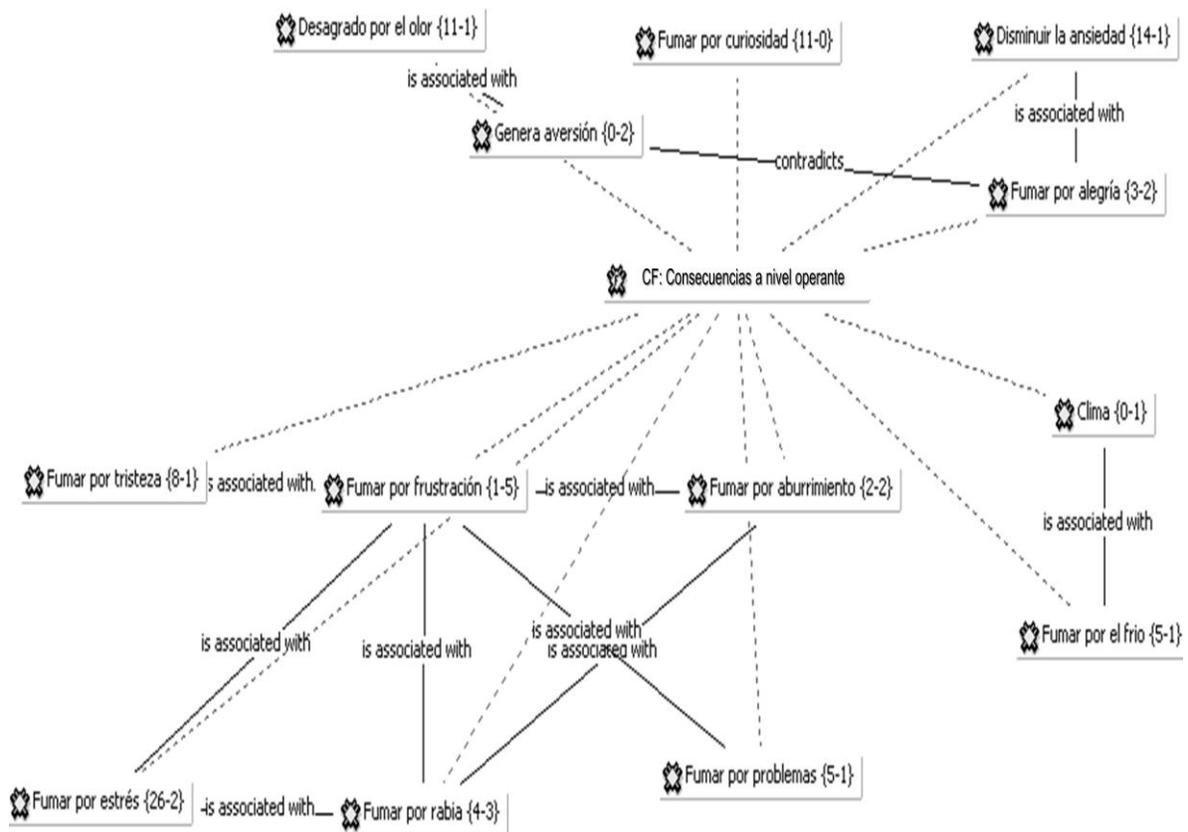


Figura 17. Consecuencias a nivel operante

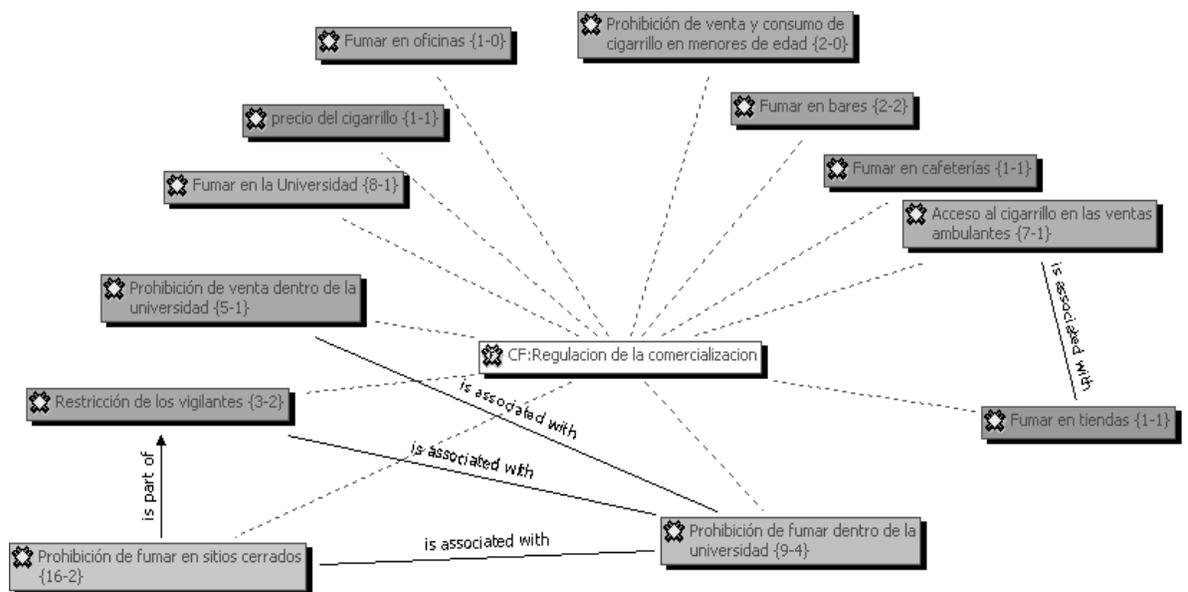


Figura 18. Regulación de la comercialización.

La figura 18 muestra el conocimiento de los entrevistados de la regulación existente de la comercialización del cigarrillo; resaltando la prohibición que existe en la ciudad y en la universidad donde estudian, además las disposiciones que existen en cuanto el precio y la prohibición de venta en sitios específicos.

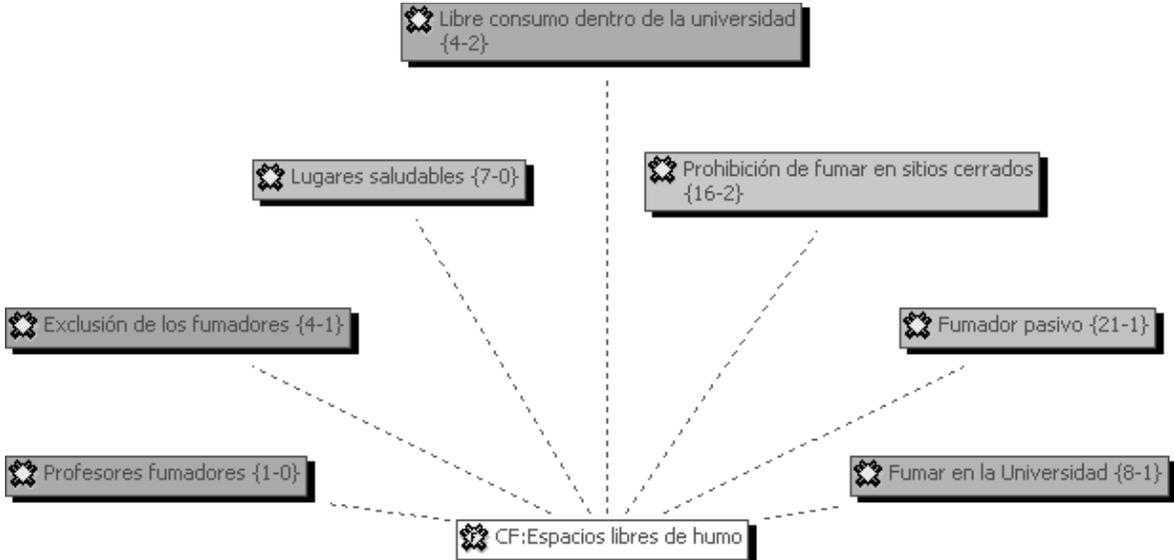


Figura 19. Espacios libre de humo.

Por otra parte los entrevistados evidenciaron que la normatividad frente al tabaco incluye los espacios libres de humo, sitios en los que se prohíbe fumar, tales como sitios cerrados o espacios de la universidad, además encuentran relevante la creación de espacios y lugares saludables, también ven importante pensar en cómo afecta el cigarrillo a los no fumadores.

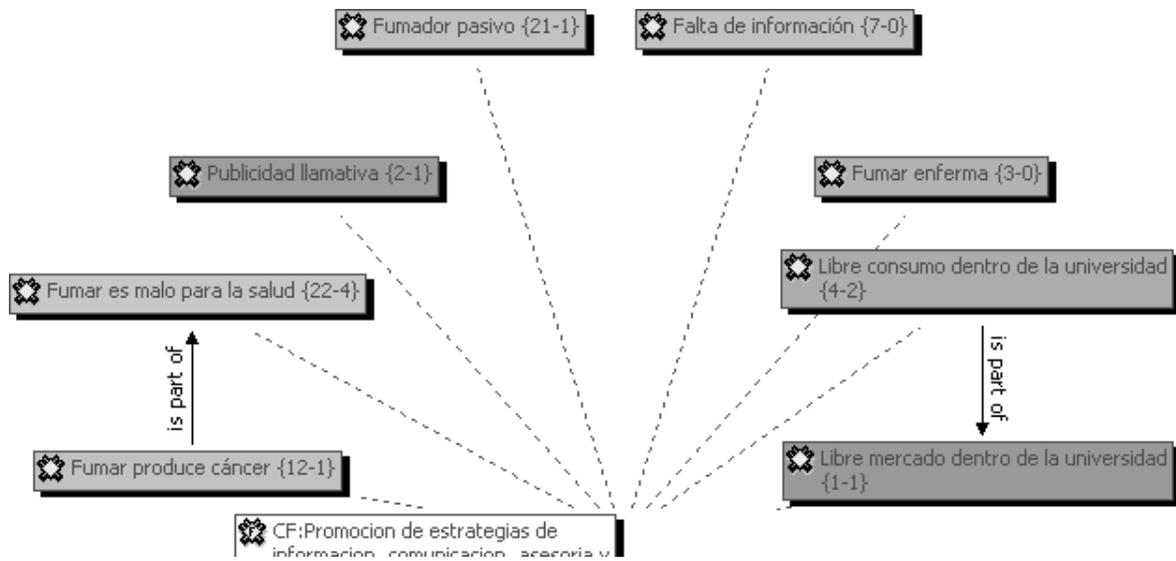


Figura 20. Promoción de estrategias de información, comunicación, asesoría y educación.

En la figura 20 se evidencia como los entrevistados afirman que el fumar genera consecuencias y alteraciones en la salud, tales como ocasionar cáncer, a pesar de que se conoce esto, los entrevistados manifestaron la falta de información que existe frente al consumo de cigarrillo.

4. Discusión

Los resultados obtenidos en la presente investigación se centraron en el análisis de la coherencia entre las prácticas culturales de consumo de cigarrillo en jóvenes universitarios de Bogotá y las conductas de prevención establecidas en la Ley Anti Tabáquica (política pública), para ello se identificaron factores y elementos que determinan dichas prácticas, por tanto se analizaron los 5 elementos que influyen en el desarrollo de una práctica cultural, los cuales son, las ocasiones, consecuencias a nivel operante, imitación de modelos, reglas que gobiernan la conducta y los resultados a nivel operante. Posteriormente se desarrolla un análisis de estos elementos y su relación con las conductas de prevención establecidas en la ley.

De esta manera a partir del cuestionario aplicado se pudo determinar la frecuencia y prevalencia de factores de riesgo hacia el consumo de cigarrillo y características personales, categorizando y enmarcando esta información dentro de las prácticas culturales y su análisis. La presente investigación tuvo como participantes a 204 estudiantes, tanto hombres como mujeres de seis universidades de Bogotá, con un rango de edad entre 18 y 25 años, por medio de la encuesta se indagó si cada participante fumaba actualmente, no fumaba o había dejado de hacerlo; es importante recalcar que la condición de ser fumador o de haberlo sido se toma basándose en la definición establecida por la OMS, la cual establece que se es fumador cuando se consume por lo menos 5 paquetes de 20 cigarrillos (100 cigarrillos) en toda la vida. Como muestra la *Figura 1* en la cual se ve la división de la muestra total en cada uno de los grupos, el 58.82% de los encuestados pertenecen al grupo de no fumadores, el 34.80% pertenece a la población fumadora y el 6.37% personas que abandonaron el hábito de fumar.

Por otro lado el análisis por universidades evidenció que instituciones como la Salle y la Nacional, son las que presentan un mayor porcentaje de no fumadores, siendo 10.2% el porcentaje de cada universidad. En cuanto a la población fumadora la Universidad Jorge Tadeo Lozano, junto con la Universidad Francisco José de Caldas manifiestan una mayor prevalencia al encabezar la gráfica con un porcentaje del 6,8% y 6,3% respectivamente. Respecto a los participantes que dejaron de fumar se presentan porcentajes similares entre las universidades.

Como se mencionó anteriormente para cumplir el objetivo de la presente investigación, se analizaron los 5 elementos que influyen dentro de una práctica cultural dirigidas hacia el consumo de cigarrillo, en donde inicialmente se presenta el elemento modelos, el cual según Mattaini (1996), hace parte de los antecedentes que permiten que el origen de una práctica cultural. A partir del análisis cualitativo se logró establecer que el modelo más significativo que antecede la práctica de fumar es el modelo de los amigos; (ver figura 21) dentro de las entrevistas realizadas a los participantes se presentaron 26 narrativas, que confirman la presencia de los amigos como modelo a seguir, para desarrollar la práctica de fumar, esto también es sustentado con los resultados de las encuestas, que arrojaron un 60.1% de los participantes que primordialmente fuman con sus amigos.(Ver figura 4).

El segundo modelo que los participantes manifestaron como relevante es el de las imágenes publicitarias, dado que en 17 narraciones se sustenta que éstas son un modelo clave para el consumo de cigarrillo, al encontrarse asociado con publicidades llamativas; es así como dichas imágenes publicitarias se vuelven un referente a imitar en el consumo de cigarrillo, planteamiento que se sustenta en la teoría de prácticas culturales de Mattaini

(1996), en donde la imitación es indispensable en el desarrollo de una práctica cultural. Por otro lado el modelo de los padres que no fumaban, es contradictorio respecto a los resultados obtenidos de forma cuantitativa, dado que un 34% de los participantes en su niñez presenciaron cómo su figura paterna fumaba y que a su vez el 22% de los encuestados manifestaron que durante su niñez la madre fumaba. (Ver tabla 3). Igualmente, en los resultados cualitativos se evidencia que el modelo de familiares fumadores obtuvo 8 narraciones que sustentan la presencia de los familiares como un modelo para apoyar el consumo de tabaco. (Ver tabla 4). El 21% de los encuestados manifestó que viven con sus padres y que estos fuman, algo que es reforzado por el análisis cualitativo que arroja a la madre como modelo o imitación para el consumo de tabaco. De esta manera es claro como a lo largo del tiempo la presencia de una figura fumadora en la niñez se convirtió en un modelo facilitador de la práctica de fumar.

Así mismo Mattaini afirma que la imitación es un repertorio con raíces genéticas; en donde existen muchas ventajas de adaptación para imitar lo que otros hacen, para obtener refuerzos y escapar de aversivos. De esta manera las personas pueden llegar a imitar a aquellos que no son similares y esas contingencias pueden anular los efectos del moldeamiento. Por lo tanto la imitación es indispensable para el desarrollo de prácticas culturales; la observación e imitación de algún comportamiento se puede llegar a dar por repertorios limitados de refuerzo y evitación de aversivos, como bien se presenta en la práctica de consumo de cigarrillo de la población encuestada, en donde un alto porcentaje manifestó vivir en su niñez con padres que fumaban, una cantidad relevante de narraciones sustentan que la presencia de ellos influye significativamente para apoyar su consumo hacia el tabaco. (Mattaini, 1996)

Aún cuando los padres son un modelo a seguir en el consumo de cigarrillo, tanto las entrevistas como las encuestas revelaron a los amigos como principal modelo a imitar y reforzar el consumo de cigarrillo (ver figura 21). La influencia de este modelo (amigos) en el consumo de cigarrillo se presenta en ocasiones específicas en las cuales se comparten con ellos, es así como por medio del análisis cualitativo se evidencia que se fuma en momentos de descanso, el cual se asocia con el fumar en la universidad; estadísticamente esto es explicado en que la primordial razón para fumar con un 38% (Ver figura 3), es la razón de descansar para fumar.

Otra de las ocasiones en las que se fuma con los amigos es en fiestas, asociado con el consumo de licor en bares; esta ocasión se observa también en las encuestas realizadas, en cuanto el 33,8%, dan como razón para fumar cuando salen a divertirse y a beber y el 60.1% de los encuestados manifestó, que su preferencia es fumar con los amigos, porcentaje que es el más significativo dentro de las personas con las que usualmente se fuma. (Ver figura 3 y 4). Para Báez-Parra, Deckers-Pinzón, Silva-Martín & Gómez-Rojas (2003), el consumo de alcohol es acompañado frecuentemente por el consumo de cigarrillo, dado esto la existencia de lugares dedicado a la venta de alcohol, como bares y tiendas, ubicados en cercanías de las universidades, hacen que la población de estudiantes universitarios se encuentren expuestos a los riesgos del consumo de cigarrillo.

En relación con lo propuesto por Báez-Parra, et. al (2003), los relatos y los datos arrojados en la investigación, proponemos realizar tres estrategias de tipo restrictivo, inicialmente se busca atacar el primero de los tres componentes propuestos en el plan nacional de salud pública (Ministerio de la protección social 2007), referente a la regulación de la comercialización, el cual se trabaja en el capítulo 1; disposiciones sobre la venta de

productos de tabaco a menores de edad, en donde el parágrafo 4 habla de que partir de los dos (2) años siguientes a la vigencia de la presente ley se prohíbe la venta por unidad de productos de tabaco o sus derivados.

Los entrevistados argumentaron frente a esta disposición de la ley que “Empeoro para aquellos fumadores que decidieron comprar cajetillas, porque el acceso al cigarrillo se volvió más fácil, ya no te fumas solo un cigarrillo si no que ahora tienes la cajetilla y tienes el vicio más cerca. Se pasa de fumarse uno o dos a fumarse los cuatro o diez que tare la cajetilla, entonces el vicio aumento”. Dando respuesta a lo anterior proponemos implementar una zona de prohibición de venta de cigarrillos, en los alrededores tanto de las universidades como de los bares, previo estudio de impacto, la segunda estrategia incrementaría el precio del cigarrillo vía impuestos, las dos estrategias anteriores tienen como objetivo disminuir el fácil acceso a la compra de cigarrillo, tanto en distancia, como en valor, esto sustentado en que las ocasiones primordiales en las que se fuma son los descansos en las universidades y en momentos de fiestas e ingreso a bares, que se asocian con el consumo de alcohol.

La tercera estrategia busca atacar el segundo componente propuesto en el plan nacional de salud pública (Ministerio de la protección social 2007), referente a los espacios libres de humo, el cual se trabaja en el capítulo V; disposiciones para garantizar los derechos de las personas no fumadoras frente al consumo de tabaco y en donde el artículo 19, habla de la prohibición al consumo de tabaco y sus derivados, con esta estrategia proponemos implementar sanciones de tipo monetario (actualmente dirigidas únicamente a productores que infrinjan el etiquetado y empaquetado) a personas que fumen en espacios libres de humo, que compren y/o vendan en la zona ya mencionada en la primera estrategia.

Esta sanción de tipo monetaria se encontró necesaria, por dos razones, la primera es porque tal como lo argumentan los entrevistados “hay bares donde fuman aunque se supone que son cerrados y es prohibido”, esto se presenta porque las sanciones establecidas se están efectuando de manera pedagógica o de sellamiento del establecimiento, pero no se sanciona al fumador. La segunda razón se debe a que en las narrativas de los participantes se evidenció que ellos no creen que “los ayuden, porque simplemente les prohíben fumar en ciertos sitios o crean ciertas zonas para fumadores. Pero no en sí que les ayuden a dejar el cigarrillo ¡No!”. Esto dado que las personas fumadoras al tener la restricción de fumar en un sitio como un bar o lugar cerrado, decide salirse del establecimiento y fumar, por lo cual la conducta se sigue presentando, solo que con un cambio de espacio; para atacar este problema se generan sanciones a la venta y compra de cigarrillo fuera de dichos establecimientos, disminuyendo aún más la posibilidad de fumar en estos otros espacios. Las tres estrategias propuestas anteriormente son contingencias de acción directa, debido a que su consecuencia se manifestaría en el corto plazo. El impacto frente al componente número tres se explicará más adelante.

Otro de los antecedentes que preceden una práctica cultural, son las reglas que castigan el comportamiento (Novoa, 2012) y en las que estas son cruciales para el aprendizaje de conductas complejas y prácticas culturales, identificando las potenciales consecuencias de un acto. (Mattaini, 1996). En el análisis cualitativo se identificaron consecuencias negativas en cuanto al consumo de cigarrillo (olor a cigarrillo, dientes y dedos amarillos), referidas a consecuencias físicas del consumo; por su parte, a nivel social las consecuencias tales como la prohibición de fumar en lugares cerrados y dentro del campus universitario, establecen una relación con la exclusión de los fumadores. Es

importante tener en cuenta que dentro de las narrativas existen alternativas para dejar de fumar, una de las alternativas más significativas para abandonar el consumo de cigarrillo es la voluntad, (evidenciada en 10 de los relatos de las entrevistas realizadas), (Ver figura 21), la cual se ve representada en un 52.8% de los fumadores los cuales afirmaron que dentro de los próximos cinco años no continuarán fumando, mientras que el 4.2% afirma que seguirá fumando a diario (Ver figura 6);El alto porcentaje presentado en la intención de dejar de fumar está respaldado por el alto porcentaje de respuestas frente a que el cigarrillo ha provocado alteraciones a la salud.

Los entrevistados evidenciaron prácticas bajo las cuales se percibe el consumo de cigarrillo como algo negativo y perjudicial para la salud (Figura 16), tal como lo es el caso de la narrativa “fumar produce cáncer”; por otro lado se puede observar que “comenzar a hacer deporte” es un aspecto de carácter individual pues es una propiedad del bienestar de la persona. En relación con los resultados cuantitativos se pudo evidenciar que 75% de la población fumadora encuestada afirmó que han sentido que el cigarrillo les ha provocado alguna alteración a la salud, tales como, experimentar ahogo, fumar produce cáncer y es malo para los pulmones, aspectos provenientes de un antecedente estructural que determinan el consumo de cigarrillo como algo malo. Trabajar con antecedentes estructurales puede llegar a ser una estrategia efectiva de intervención (Mattaini, 1996), ya que puede incluir otras consecuencias o antecedentes. Los antecedentes estructurales brindan herramientas para que un comportamiento ocurra, la falta de consecuencias claras acerca del consumo de cigarrillo hace que esta conducta se siga presentando, pero si por el contrario se brindan herramientas para no que no se dé el consumo puede llegar a disminuirse o eliminarse esta conducta.

La falta de consecuencias claras frente al consumo de cigarrillo, se presentan principalmente por el desconocimiento de los programas de prevención existentes en el país y parcialmente de la normatividad establecida; desconocimiento que llega a tasas del 69% de los encuestados, quienes afirman no conocer programas de prevención en consumo de cigarrillo, (Ver figura 8), ahora bien el conocimiento frente a la legislación que regula el consumo de cigarrillo es parcial, teniendo un 59%, 35% y un 6% de conocimiento parcial por parte de los no fumadores, fumadores y las personas que dejaron de fumar respectivamente . (Ver figura 9).

Dentro del conocimiento parcial que tienen los encuestados se evidencia que una de las estrategias que se conocen es la de las imágenes impresas en la cajetilla, estas imágenes según la reglamentación deben ocupar el 30% de una de las caras de la cajetilla, en donde se presenten advertencias de los efectos del consumo y exposición al humo del cigarrillo. Sin embargo, aunque se presentan este tipo de consecuencias en las cajetillas de los cigarrillos, los entrevistados manifestaron que: “Pues uno en realidad se acostumbra a verlas y ya a uno no le importa, pues cuando uno las ve por primera vez a uno le impacta, pero después yo creo que la gente que ya no le pone tanto cuidado a eso”. “Hasta cierto punto todo el mundo lo ignora, sin embargo ahora que se han hecho más explícitas generan por lo menos captan la atención del fumador. No creo que tengan tanta importancia en el hábito para que se rompa”.

Los efectos del consumo de cigarrillo a la salud, son una contingencia de acción indirecta, (Daly, 1996) ya que estos se dan en un largo plazo, evidenciando que a pesar de que se tenga claro que el consumo de cigarrillo es perjudicial para la salud no se modifica

esta conducta debido a que se sabe que las consecuencias físicas no se darán de manera inmediata. Demostrando una posible inconsistencia en programas dirigidos a la prevención de consumo de cigarrillo que logren establecer reglas de conducta que eviten el consumo de cigarrillo ya que esto establecería las potenciales consecuencias del consumo de cigarrillo sin necesidad de tener contingencias inmediatas. Logrando el aprendizaje de conductas complejas, o en este caso, el aprendizaje de que el consumo de cigarrillo es perjudicial para la salud pero porque se da de manera individual y no por un castigo inmediato. En relación con los planteamientos de Daly y los relatos encontrados en las entrevistas proponemos que se realicen campañas que tengan como fin mostrar consecuencias a corto plazo, por ejemplo un rechazo social por parte del principal modelo en el consumo de cigarrillo, en este caso los amigos, un rechazo generado a causa de su mal aliento, obteniendo así un antecedente estructural.

En párrafos anteriores se mostraron estrategias que buscan atacar dos de los componentes del plan nacional de salud pública del 2007; y adicional a esto herramientas de impacto social buscando modificar antecedentes estructurales, ahora bien, para impactar el tercer componente, referente a la promoción de estrategias de información, comunicación, asesoría y educación, la cual se trabaja en el capítulo II; disposiciones para prevenir el consumo de tabaco y sus derivados en menores de edad y población no fumadora, sustentado en el artículo 8, en donde se hablan de programas educativos para evitar el consumo de tabaco y procurar el abandono del tabaquismo. Respecto a este tercer componente proponemos que la educación frente a los daños que ocasiona el fumar se trabaje de una manera más rigurosa, iniciando desde la primaria, dado que se presenta tanto en entrevistados como en encuestados, quienes manifiestan que una vez, “uno de mis

amigos se enfermó de un ojo, y estábamos rumbeando y un día vimos la imagen de cáncer de ojo en las cajetillas el cáncer que le puede dar. Muchos de nosotros, incluyéndome, cuando empezamos a fumar jamás supimos o jamás alguien nos dijo lo que esto nos podía causar y esto es lo que puede llegar a pasar si sigue fumando.” Adicional a esto el desconocimiento de programas de prevención reflejado en las encuestas realizadas asciende a tasas superiores del 60% y el desconocimiento de la ley es de forma parcial, tal como se observó en párrafos anteriores, los programas de prevención son contingencias de acción indirecta, pues su consecuencia se presenta en el largo plazo.

Finalmente, otra propuesta para impactar el tercer componente referente a la promoción de estrategias de información, comunicación, asesoría y educación, es crear centros de acompañamiento a fumadores, con el fin de obtener resultados a nivel operante, dado que el estrés, la tristeza y la ansiedad son las condiciones que más afectan la sensibilidad de las personas a fumar, tal como se evidencia en las respuestas de los entrevistados (ver Figura 18), adicionalmente el 77,5% de los encuestados afirmaron que fumar cigarrillo los ayuda a sentirse menos tenso, estas condiciones hacen que se aumente la posibilidad de que se presente la conducta de fumar.

5. Referencias Bibliográficas

- Ballesteros B., Novoa M., Sacipa S., (2009). Prácticas culturales de paz en jóvenes adscritos y no adscritos a la Red de Jóvenes por la Paz. *UniversitasPsychologica*, Número3, vol. VIII, Septiembre-Diciembre,683-702
- Caicedo, M. (2010). Entrevista con Dilian Francisca Toro. *Revista Económica Supuestos de la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes*, Enero. Extraído el 22 abril, 2012, de. <http://revistasupuestos.uniandes.edu.co/?p=423>
- Daly, P. (1996) Sexism. En M. Mattaini y B. Thyer (Ed).*Finding solutions to social problems: Behavioral strategies for change*.(pp. 201-220). Washington: American PsychologicalAssociation.
- Gerrig, R. &Zimbardo, P. (2005) Psicología y Vida. México: Prentice Hall.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación* (3a ed.). México: Editorial Mc Graw-Hill.
- Ley Anti-tabaco 1335 (2009, 21 de Julio). Diario oficial. Año CXLIV N. 47417. 21, julio, 2009. Pág. 8. Congreso de la Republica de Colombia.
- Marks, D. (2008). Psicología de la salud como nuevo campo de investigación. En *Psicología de la salud teoría, investigación y práctica* (pp.3-27). Mexico: Manual Moderno.
- Mattaini, M. (1996) Public issues, human behavior and cultural design.En M. Mattaini y B. Thyer (Ed).*Finding solutions to social problems: Behavioral strategies for change*.(pp. 13-40). Washington: American PsychologicalAssociation.

Morales, F. (1997). Introducción al estudio de la psicología de la salud. Editorial UniSon y Secretaría General Administrativa de la Universidad de Sonora. Extraído el 07 mayo, 2012, de <http://kunkaak.psicom.uson.mx/Libros/salud.pdf>

Ministerio de la Protección Social, (2007). Decreto Número 3039 de 2007, Plan Nacional De Salud Pública 2007 – 2010.

Ministerio de Salud y Protección Social, (2012). Plan Nacional para el control de cáncer en Colombia 2012 – 2020. Extraído el 28/11/2012 de. <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20nacional%20para%20el%20control%20del%20c%C3%A1ncer%20en%20Colombia.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. (2012) *Plan nacional para el control del cáncer en Colombia 2012-2020*. Recuperado de:<http://www.cancer.gov.co/documentos/Plannacionalparaelcontroldelcancer/PlanParaControlCancer.pdf>

Novoa M., Barreto I., Silva L., (2012). Consumo de cigarrillo y prácticas culturales en contextos universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 44, núm. 1, pp. 97-110

Organización Mundial de la Salud (2003). Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Extraído el 11 de marzo, 2012 de. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf>

[Organización Panamericana de la Salud \(2000\). La epidemia del tabaquismo: Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Extraído el 19 de mayo, 2012 de: http://www.paho.org/spanish/dbi/pc577.htm](http://www.paho.org/spanish/dbi/pc577.htm)

Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010*. Recuperado de:

http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2012). *Iniciativa liberarse del tabaco: ¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública?*. Extraído el 14 de mayo, 2012 de.

http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/

Organización Mundial de la Salud (2011). *WHO report on the global tobacco epidemic*. Ginebra: OMS. Extraído el 15 de marzo, 2012

de. http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/es/index.html

Pardo, C., Piñeros, M. (2007). Consumo de tabaco en cinco ciudades de Colombia, Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, *Biomédica*, vol. 30, núm. 4, diciembre, 2010, pp. 509-518. Bogotá: Instituto Nacional de Salud

Parra, D., Deckers, M., Silva, M. & Gómez, J. (2003) Encuesta de prevalencia sobre el consumo de cigarrillos en la pontificia universidad javeriana.

Universitas Psychologica, 2 (1), 89-94.

Pereira, Z. (2011) Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*, 15 (1), 15-29

Roales-Nieto, J. (2004) Consumo de tabaco y riesgo para la salud. En J.G. Roales-Nieto (ed.), *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp. 309-350) Madrid: Pirámide.

Rodríguez J., Ruiz F., Peñaloza E., Eslava J., Gómez L.C., Sánchez H., Amaya J.L., Arenas R. & Botiva Y. (2007). *Encuesta nacional de salud 2007*. Ministerio de la protección social. Recuperado de:

<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/EncuestaNacionaldeSaludPublica.aspx>

Thyer, B. (1996) Behavior analysis and social welfare policy. En M. Mattaini y B. Thyer (Ed). *Finding solutions to social problems: Behavioral strategies for change*. (pp. 201-220). Washington: American Psychological Association.

6. Anexos

Anexo A. (Guía entrevista semiestructurada)

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA ESTUDIANTES Fecha (dd-mm-aa): ____ - ____ - ____

Entrevistador Fac/dep

Número

Caracterización del consumo de tabaco y cigarrillo en la comunidad universitaria

ENTREVISTADOR: _____

El propósito de esta encuesta es conocer la percepción que tienen los estudiantes sobre las condiciones del contexto universitario asociadas al consumo de cigarrillo. La participación es voluntaria y la información que se recolecta mediante esta entrevista será confidencial. Ni los directivos de las unidades académicas, ni los profesores, ni ningún miembro de la comunidad académica tendrán acceso a la información individual brindada por los participantes. El participante puede terminar la entrevista en el momento en que lo desee. Si acepta participar en esta entrevista y para tener una mayor recordación de la información, solicito su consentimiento para grabar la información.

Acepto: _____

GUIA DE ENTREVISTA

Categorías orientadoras	Preguntas
<p>Antecedentes del consumo de cigarrillo: En este apartado es importante conocer las personas o situaciones del contexto familiar, escolar y social (amigos) que han sido referentes para el consumo de cigarrillo</p>	<p>¿Qué lo motivó a iniciar el consumo de cigarrillo?</p> <p>¿Nos puede narrar cómo y por qué inició a consumir cigarrillo?</p> <p>¿Qué opina usted de las personas que consumen cigarrillo?</p> <p>¿Cómo influyó la presencia de una figura fumadora o no fumadora en su niñez, en la decisión de fumar o no?</p> <p>¿Cómo influyeron las imágenes publicitarias en su decisión de fumar o no fumar?</p> <p>¿Qué le decían o dicen su padres o hermanos o amigos de las personas que consumen cigarrillo?</p> <p><u>En caso de no ser fumador:</u> ¿Conoce personas cercanas a usted que fumen? ¿Sabe cuáles son los motivos por los que consumen cigarrillo?</p>
<p>Concepto y conocimiento del</p>	<p>¿Puede decirme de que está hecho el cigarrillo? ¿Qué</p>

<p>consumidor y del cigarrillo: Conocer cuáles son los componentes del cigarrillo y las formas sociales de identificar consumidores y no consumidores</p>	<p>componentes tiene?</p> <p>¿Qué significa ser fumador activo y pasivo? ¿Cuál es la diferencia entre los dos?</p> <p>¿Cómo definiría el tabaquismo?</p> <p>¿Hay diferencia entre cigarrillo y tabaco? ¿Cuál?</p> <p>¿Qué marcas de cigarrillo conoce? ¿Cuál es su preferida? ¿Por qué?</p>
<p>Consumo de cigarrillo: Indagar según el participante y el desarrollo de la entrevista sobre medición y consecuencias del consumo de cigarrillo en la salud, la economía, y su entorno ambiental y social.</p>	<p>¿Qué consecuencias tiene el consumo de cigarrillo para las personas que son fumadoras?</p> <p>¿Qué consecuencias tiene el consumo de cigarrillo para las personas que <u>no</u> son fumadoras?</p>
<p>Prácticas de consumo de cigarrillo: Identificar los hábitos de consumo principalmente en el contexto universitario y conocer las justificaciones asociadas al consumo de cigarrillo</p>	<p>¿Cuáles son los momentos en los que fuma usted?</p> <p>¿Por qué fuman las personas?</p> <p>¿Qué lo/la hace mantener la conducta de fumar?</p> <p>¿Qué condiciones emocionales y/o ambientales hacen que usted aumente el consumo de cigarrillo?</p> <p>¿Describanos que conoce de la reglamentación del consumo de cigarrillo?</p> <p>¿En qué lugares de la Universidad compra cigarrillos?</p> <p>¿En qué lugares fuera de la Universidad compra cigarrillos?</p> <p>¿Qué implicaciones trae la prohibición de venta al menudeo?</p> <p>¿Qué implicaciones trae la prohibición de fumar en espacios cerrados?</p>
<p>Estilo de vida y prevención consumo de cigarrillo en el contexto universitario: Indagar sobre el estilo de vida de los fumadores y no fumadores que hacen parte de la comunidad universitaria y sus opiniones y sugerencias sobre la deshabituación al cigarrillo</p>	<p>¿Podría decirme que tendría que hacer una persona para tener una vida saludable?</p> <p>¿Podría decirme que tiene o debería tener el Campus universitario para ser saludable?</p> <p>¿Qué considera saludable para una persona y los demás?</p> <p>¿Qué opina de las imágenes de consecuencias de consumo, que traen impresas las cajetillas?</p>

	<p>¿Cree que es posible que los fumadores dejen de fumar?</p> <p>¿Cómo o qué estrategias creen que son efectivas?</p> <p>¿Cuáles son las razones por las que las personas que consumen cigarrillo no dejan de fumar?</p> <p>¿Cómo considera que debería ser un programa efectivo para prevenir el consumo de cigarrillo?</p>
<p>Condiciones ambientales para el consumo de cigarrillo “protección contra la exposición al humo”: Identificar lugares cerrados y prohibidos en los que se mantiene el consumo de cigarrillo</p>	<p>¿En qué lugares de la ciudad que son cerrados fuman las personas?</p> <p>¿Actualmente las personas fuman en lugares del trabajo en los que no esté permitido? ¿Qué lugares?</p>

Anexo B (Encuesta estudiantes)

Formato tipo 1 Fecha (dd-mm-aaaa) Encuestador Fac/dep Número
ESTUDIANTES ____-____-____

Caracterización del consumo de tabaco y cigarrillo en la comunidad universitaria

El propósito de esta encuesta es recolectar información que permita determinar la prevalencia, la frecuencia, los factores de riesgo y las características del contexto universitario asociadas al consumo de cigarrillo en la comunidad universitaria. Ha sido diseñada para ser completada por estudiantes de la Universidad. La participación de los estudiantes es totalmente voluntaria y la información que se recolecta mediante esta encuesta será confidencial. Ni los directivos de las unidades académicas, ni los profesores, ni ningún miembro de la comunidad académica tendrán acceso a la información individual brindada por los participantes. Usted puede retirarse de la investigación en el momento en que lo desee. Si acepta participar en esta encuesta, por favor firme la casilla siguiente:

Acepto Firma: _____

El equipo de investigación, Integrado por Jeisson Sánchez, Laura Martínez y Ana María Palacios, quienes son responsables de la conservación de los formularios. Gracias por su colaboración.

Las situaciones que se presentan en la encuesta se refieren a aspectos generales del consumo de cigarrillo. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, responda con la mayor sinceridad posible.

A. Marque con una equis (X) la Facultad de la que dependen sus estudios:

- | | |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1. Facultad de Medicina | |
| 2. Facultad de Ciencias Sociales | |
| 3. Facultad de Psicología | |
| 4. Facultad de Filosofía | 14. Facultad de Artes |
| 5. Facultad de Teología | 15. Facultad de Derecho Canónico |
| 6. Facultad de Ciencias | 16. Facultad de Educación |
| 7. Facultad de Odontología | 17. Facultad de Estudios
Ambientales y Rurales |
| 8. Facultad de Enfermería | 18. Facultad de Ciencia Política y |
| Relaciones Internacionales | 19. Instituto de Bioética |
| 9. Facultad de Ciencias | 20. Otra: _____ |
| Jurídicas | |
| 10. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas | |
| 11. Facultad de Arquitectura y Diseño | |
| 12. Facultad de Ingeniería | |
| 13. Facultad de Comunicación y
Lenguaje | |

B. Nombre de los Estudios: _____

INFORMACION PERSONAL

C. Sexo 1 Hombre 2 Mujer

D. Fecha de Nacimiento (dd-mm-aaaa): - -

E. Estado Civil :

1	Soltero(a)
2	Casado(a)
3	Unión libre
4	Viudo(a)
5	Separado(a)/Divorciado(a)

F. Número de hijos:

G. Estudiante de:

1	Pregrado
2	Postgrado

H. Ingreso a la universidad: Año Semestre (1 o 2)

I. ¿Con quién vive usted actualmente?
(marque todas las que apliquen)

1	Padres
2	Esposo (a)
3	Hijos (as)
4	Otros familiares (hermanos, tíos, primos, abuelos, etc.)
5	Otras personas (compañeros de apartamento/vivienda)
6	Solo (a)

J. Si Usted vive con alguna(s) persona(s),
¿cuál(es) fuma(n) en su casa?
(marque todas las que apliquen)

1	Ninguna
2	Padres
3	Esposo (a)
4	Hijos (as)
5	Otros familiares (hermanos, tíos, primos, abuelos, etc.)
6	Otras personas (compañeros de apartamento/vivienda)

INFORMACION FAMILIAR

1. Nivel educativo de su padre:

1	Bachiller o menor
2	Técnico
3	Profesional
4	Especialista
5	Magíster
6	Doctorado
7	Otro
8	No Sabe

2. Nivel Educativo de su madre:

1	Bachiller o menor
2	Técnico
3	Profesional
4	Especialista
5	Magíster
6	Doctorado
7	Otro
8	No Sabe

3. De los familiares que vivían con Usted cuando niño (a), fumaban (*marque todas las que apliquen*):

- 1 Ninguno
- 2 Padre
- 3 Madre
- 4 Alguno(a) de sus hermanos(as)
- 5 Otros convivientes (Tíos, abuelos, primos, etc.)

4. ¿Cuál es la conducta que adoptan las personas que Usted considera su familia cercana respecto a fumar? (*marque todas las que apliquen*)

- 1 fuman libremente
- 2 no fuman cuando hay niños presentes
- 3 no permiten fumar a los adolescentes
- 4 no fuman en ciertas áreas del lugar donde habitan
- 5 sólo fuman las visitas
- 6 no fuman

CONSUMO PERSONAL DE CIGARRILLO

5. ¿Ha fumado un cigarrillo completo alguna vez en su vida? 1 Si 2 No

*Si su respuesta anterior es NO, por favor pase a la pregunta 22**

6. ¿A qué edad fumó por primera vez? (n) _____ años

7. ¿Ha fumado por lo menos 5 paquetes de 20 cigarrillos (100 cigarrillos) en toda su vida?

- 1 Si 2 No

8. En algún momento de su vida, ¿ha fumado todos los días durante por lo menos 6 meses?

- 1 Si 2 No

9. Actualmente:

- 1 Fuma diariamente (al menos un cigarrillo por día en los últimos 6 meses)
- 2 Fuma ocasionalmente (no diariamente)
- 3 No fuma

10. ¿Cuántos años ha fumado/fumó a diario? (n) _____ años

11. En los días en que fuma/fumó, ¿Cuántas unidades, en promedio, fuma/fumó por día?
(n) _____ Cigarrillos/día

12. Si actualmente no fuma a diario, ¿cuánto hace que dejó de hacerlo?

(No contestar si fuma a diario o no fuma)

- 1 Menos de un mes
- 2 1 mes o más pero menos de 6 meses
- 3 6 meses o más pero menos de 1 año
- 4 1 año o más pero menos de 5 años
- 5 5 años o más pero menos de 10 años
- 6 10 años o más

13. ¿Qué piensa hacer en los próximos cinco años con el consumo de tabaco?

- 1 Seguirá fumando a diario
- 2 Fumará ocasionalmente
- 3 No sabe
- 4 No fumará

14. Si aún fuma, sea a diario o de forma ocasional, ¿está pensando seriamente en dejar de fumar? (*no contestar si no fuma*)

- 1 Si 2 No

15. ¿Alguna vez dejó de fumar por un período de 1 año o más? 1 Si 2 No

16. ¿Volvió a fumar luego de haberlo dejado? 1 Si 2 No 3 Nunca lo ha dejado

17. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se despierta y fuma?

- 1 menos de 10 minutos
- 2 11-30 minutos
- 3 31-60 minutos
- 4 61 minutos o más
- 5 No aplica

18. ¿Con quién fuma principalmente? (*marque todas las que apliquen*)

- 1 Con familiares
- 2 Con compañeros
- 3 Con amigos
- 4 Fuma solo
- 5 Otros
- 6 No aplica

19. ¿Le es difícil no fumar en lugares públicos? 1 Si 2 No

20. ¿Ha sentido que el cigarrillo le ha provocado alguna alteración en su salud? 1 Si 2 No

21. ¿Cuáles de las siguientes razones cree usted que son válidas para que usted fume o haya fumado? (*Marque todas las que apliquen*)

- 1 Le ayuda a sentirse menos tenso
- 2 Facilita sus relaciones sociales
- 3 Es una forma de descansar
- 4 Le ayuda a estar despierto y con energía
- 5 Fuma cuando está con gente que lo hace
- 6 Hace parte de lo que la gente hace cuando sale a divertirse y beber
- 7 Ayuda a mantener su figura estética

Otras razones _____

*22. En su opinión, fumar cigarrillos es:

- 1 Hábito
- 2 Adicción
- 3 Ambas
- 4 No sabe

23. En su opinión la exposición al humo de tabaco ambiental o fumar pasivamente ¿es perjudicial para la salud? 1 Si 2 No

24. ¿Conoce la legislación sobre el consumo del cigarrillo? 1 Si 2 No 3 Parcialmente

25. ¿Conoce algún programa de prevención del consumo de cigarrillo? 1 Si 2 No

26. Durante sus estudios universitarios, ¿ha recibido información acerca de los riesgos del consumo de cigarrillo? 1 Si 2 No

Las siguientes son frases que muestran algunas cosas que la gente piensa sobre fumar. Por favor marque con una equis (X) el grado de acuerdo con cada una de ellas:

	Totalmente en Desacuerdo (1)	En Desacuerdo (2)	De Acuerdo (3)	Totalmente de Acuerdo (4)
27. Debe estar prohibido fumar en lugares públicos cerrados como restaurantes, bares o escuelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Debe prohibirse fumar en todas las áreas de los hospitales, y en lugares relacionados con el cuidado de la salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Dejar de fumar es una medida efectiva de prevención de enfermedad aún luego de fumar muchos años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Todas las personas deben ser aconsejadas para que no fumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. El consumo de tabaco debe ser registrado en la historia académica del estudiante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sería irresponsable no informar a los estudiantes sobre el riesgo de fumar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Es parte de la responsabilidad de la universidad velar porque se cumplan las normas respecto al consumo de cigarrillo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Respecto al consumo de cigarrillo, son tan importantes las acciones preventivas a nivel comunitario como el consejo del médico personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Las personas que han dejado de fumar tienen menor probabilidad de recaer si son controlados periódicamente por un especialista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. En la universidad deberían presentar estrategias de prevención y/o ayudar a las personas a dejar de fumar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Las normas que restringen fumar en espacios públicos cerrados son discriminatorias con quienes fuman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Las medidas de cesación de fumar deben aplicarse a: *(marque todas las que apliquen)*

<input type="checkbox"/> 1	todas las personas que fuman
<input type="checkbox"/> 2	fumadores de más de 25 cigarrillos diarios
<input type="checkbox"/> 3	fumadores con indicadores de alto riesgo de enfermedad
<input type="checkbox"/> 4	sólo a las personas que lo solicitan
<input type="checkbox"/> 5	ninguna persona

39. ¿Existe en su Facultad alguna restricción para fumar 1 Si 2 No 3 No sabe

Si no fuma, por favor pase a la pregunta 44 ♦

40. En caso de existir normas de restricción de fumar en la Facultad ¿Ud. las cumple? 1 Si 2 No 3 Parcialmente

41. ¿Ha participado en la universidad en algún programa para dejar de fumar? 1 Si 2 No

42. ¿Qué opinión cree Usted que tiene la mayoría de sus compañeros en relación con su conducta de fumar? 1 Aprueban 3 Les es indiferente
 2 Desaprueban 4 No sabe qué opinan

43. ¿Qué opinión cree Usted que tiene la mayoría de sus profesores en relación con su conducta de fumar? 1 Aprueban 3 Les es indiferente
 2 Desaprueban 4 No sabe qué opinan

◆ 44. ¿Ha vivido alguna situación desagradable por el consumo de cigarrillo (suyo o de otro) en la universidad? 1 Si 2 No

Si su respuesta es SI, por favor describa la situación: _____

Las preguntas 45 a 47 hacen referencia a las prácticas de fumar en distintas zonas de la universidad:

45. Lugares públicos cerrados (como baños, salas de espera, pasillos y cafeterías)

- ¿Es permitido fumar en ellos? 1 Si 2 No 3 No sabe
- ¿Se fuma en ellos 1 Si 2 No 3 No sabe

46. Lugares Abiertos (como playitas, cafeterías al aire libre)

- ¿Es permitido fumar en ellos? 1 Si 2 No 3 No sabe
- ¿Se fuma en ellos 1 Si 2 No 3 No sabe

47. Áreas destinadas al trabajo (como salones, oficinas, talleres, consultorios)

- ¿Es permitido fumar en ellos? 1 Si 2 No 3 No sabe
- ¿Se fuma en ellos 1 Si 2 No 3 No sabe

48. ¿Qué porcentaje de estudiantes cree Ud. que fuman en el campus universitario? (n) _____%

Gracias por su colaboración.

Esta encuesta hace parte de una investigación que además incluye entrevistas individuales y grupales.

¿Quiere seguir participando en ella? 1 Si 2 No

¿Quiere ayuda de un profesional para disminuir o prevenir el consumo de cigarrillo? 1 Si 2 No

Si respondió SI en alguna o en las 2 preguntas anteriores, por favor escriba sus datos de contacto.

Nombre

Teléfono

Correo electrónico

Le garantizamos conservar la privacidad o confidencialidad de la información consignada en este formulario.

Anexo C (consentimiento informado)

Caracterización del consumo de tabaco y cigarrillo en la comunidad universitaria

Codificación.

Consentimiento informado entrevista semi estructurada.

ENTREVISTADOR: _____

El propósito de esta encuesta es conocer la percepción que tienen los estudiantes sobre las condiciones del contexto universitario asociadas al consumo de cigarrillo. La participación es voluntaria y la información que se recolecta mediante esta entrevista será confidencial. Ni los directivos de las unidades académicas, ni los profesores, ni ningún miembro de la comunidad académica tendrán acceso a la información individual brindada por los participantes. El participante puede terminar la entrevista en el momento en que lo desee. Si acepta participar en esta entrevista y para tener una mayor recordación de la información, solicito su consentimiento para grabar la información.

Acepto: _____