

Creencias y actitudes acerca del tabaquismo en los ámbitos de la educación media y superior

Beliefs and attitudes towards smoking in middle and higher education fields

Juan Crisóstomo Martínez Berriozabal, Rodolfo Hipólito Corona Miranda, José de Jesús Silva Bautista, Leonel Romero Uribe y Nallely Venazir Herrera Escobar

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

RESUMEN

Con el propósito de establecer la relación que existe entre el consumo de tabaco y las creencias y actitudes hacia el tabaquismo, fueron entrevistados 537 estudiantes, mujeres y hombres, de escuelas públicas a nivel medio y superior. El planteamiento es ¿Cómo se relacionan las creencias de (las consecuencias del tabaco, características de los fumadores, normas sociales), actitudes (disposición intencional para el consumo de tabaco, desagrado por el consumo de tabaco percepción de satisfacción por el consumo de tabaco) con la conducta de fumar, intenciones, tabaquismo en el hogar, amigos, y entre las mismas creencias y actitudes? Diseño: Intragrupo, multivariado y ex-post-facto. Se realizó un estudio de campo y transversal para las cuatro escalas aplicadas se obtuvieron índices de confiabilidad y validez adecuados. Los hombres fuman en un 38.6 y 61.4 % de las mujeres dijeron hacerlo y todos empezaron a fumar, principalmente en el bachillerato. Se discute la posibilidad de aplicar los hallazgos obtenidos en el diseño de programas para la prevención y el tratamiento del tabaquismo en los jóvenes.

Palabras clave: Creencias, actitudes, tabaquismo, adolescencia e investigaciones.

ABSTRACT

With the purpose of establishing the relationship among tobacco consumption beliefs and attitudes towards smoking, 537 female and male students of public high superior level schools were interviewed. The position is, how the beliefs of (tobacco consequences smokers features social norms), attitudes (intentional disposition for tobacco consumption, dislike for tobacco consumption, satisfaction perception for tobacco consumption) are related to smoking behavior smoking intentions at home, with friends to beliefs and attitudes themselves? Design: Intragroup, multivariate and former-post-facto. Across-field study for the four applied scales was carried. Reliability indexes and adequate validity were obtained. Men smoke in a 38.6% and 61.4% of women; they said they did it and all began smoking mainly in the high school. The possibility of applying the obtained findings in the design of programs for the prevention and treatment of smoking in youths is discussed.

Key words: Beliefs, attitudes, smoking, adolescence and investigations.

INTRODUCCIÓN

Según, la World Health Organization y la Pan American Health Organization¹, el tabaquismo cada año mata a cerca de 6 millones de personas. Son alrededor de 5.4 millones de fumadores activos y 600.000 no fumadores expuestos al humo de segunda mano, incluyendo 1 millón en América. Además, el tabaco es el único producto de consumo legal que mata hasta la mitad de sus usuarios si se utiliza tal y como está previsto por el fabricante. La mitad de todos los fumadores a largo plazo morirán por una enfermedad causada por el tabaco, la pérdida es de alrededor de 10 a 15 años de su vida.

El Departamento de salud y Servicios Humanos [DHHS]² afirma que, el consumo de tabaco es la principal causa de muertes evitables y de discapacidad a nivel mundial, ya que es reconocido como factor de riesgo de más de 25 enfermedades. Es la causa principal de muerte evitable en los Estados Unidos, con casi 440,000 muertes que son asociados con el fumar y las enfermedades.

Entre los rasgos más distintivos de la actual epidemia de tabaquismo se resumen en lo siguiente: es un problema de salud que se ha ido desplazando hacia los países emergentes, la tradicional brecha en el consumo de hombres y mujeres se redujo, y el consumo se inicia cada vez más temprano durante la adolescencia.

Para el Consejo Mexicano Contra el tabaquismo³, el panorama nacional indica que en México existen 11 millones de fumadores. Si el país no logra revertir esta tendencia, la mitad de ellos morirán a causa de enfermedades relacionadas con el tabaco. Según la GATS⁴ en México, además 72% de los fumadores actuales desean dejar de fumar, pero sólo 10% ha logrado hacerlo. De acuerdo con la ENA⁵, en la Encuesta Nacional de Adicciones, cerca de 11 millones de mexicanos que nunca han fumado (23.3% de la población) se encuentran expuestos al humo de tabaco ajeno. Por consiguiente, cada año en México mueren 60 mil personas por causas atribuibles al tabaco, lo que representa 165 muertes al día. En 2009, los costos atribuibles a las enfermedades relacionadas con el tabaquismo fueron de alrededor de \$45 mil millones de pesos, mientras los impuestos provenientes del tabaco ascendieron a aproximadamente \$23 mil millones de pesos. Conforme a Ahued⁶ en México el costo de las enfermedades causadas por el tabaquismo alcanza hasta 100 millones de pesos, 65 mil muertes por año y los sujetos empiezan a consumir alrededor de los 16 años.

Valdés, Reynales, Lazcano & Hernández⁷, mencionan que en México ya han efectuado evaluaciones sistemáticas respecto del consumo de cigarros, la exposición al humo de tabaco, las tasas de cesación, la exposición a la publicidad y el acceso y disponibilidad de productos de tabaco. En donde se aprecia que en general los fumadores ven aspectos positivos en el fumar mientras los no fumadores ven los aspectos negativos en la conducta tabáquica. También, por ejemplo, quienes consideran que el tabaco no es una droga o que fumar no es dañino para su salud tienen más probabilidades de ser fumadores, en comparación con quienes piensan que son muy jóvenes para fumar.

Katz & Jason⁸, afirman que en los Estados Unidos los adolescentes experimentan con el tabaco y finalmente se hacen adictos al mismo, normalmente esto ocurre en la adolescencia, en México la SSA – CONADIC⁹, reporta que la adicción al tabaco empieza en la adolescencia. Alrededor de 60% de los fumadores han iniciado su consumo a los 13 años y casi 90% lo han hecho antes de cumplir los 20 años. Miles de jóvenes son incorporados anualmente por la industria tabacalera al consumo de tabaco con el propósito de sustituir a los fumadores que lo han abandonado o que han muerto precozmente a consecuencia de alguna enfermedad asociada con el tabaquismo. Para ello, las tabacaleras buscan poderosas técnicas mercadológicas a fin de inducir a los jóvenes a creer que la conducta de fumar es un medio idóneo para lograr aceptación y reconocimiento social, así como para rebelarse ante la autoridad y de esta manera reafirmar su identidad.

Johnston, O'Malley, & Bachman¹⁰, afirman que a pesar de que recientemente los informes sugieren que la juventud ha disminuido su conducta de fumar desde 1997, este declive que ha disminuido la velocidad y la cantidad de tabaco en promedio consumido, aún permanece alto e inaceptable. Para la Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA¹¹, todos los días, 2,000 adolescentes se vuelven fumadores regulares. Difranza, Carlson, & Caisse; Jason, Pokorny, & Schoeny^{12,13}, sugieren que la entrada en vigor de leyes de venta y posesión podría hacer más difícil para la juventud el obtener el tabaco y que estas políticas podrían asociarse con las reducciones en el uso del tabaco por la juventud. Se alude también la importancia de la relación entre educación y tabaquismo con una serie de investigaciones como las de Almanza y Pillon¹⁴; Delgado, Bautista, Ingles, Espada y Torregrosa¹⁵; de la misma forma autores que relacionan la educación de la actividad física con el tabaquismo como Gavala y González¹⁶; Garrido,

Castillo, Elzel y Durán¹⁷; de igual manera se menciona la reunión en Mayo¹⁸, del ahora ex presidente de Uruguay Mujica y Obama ex presidente de los EUA; además, un comunicado de prensa de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA¹⁹), de los Estados Unidos la cual anunció la puesta en marcha de una campaña nacional de educación para prevenir el consumo de tabaco entre los jóvenes y reducir el número de jóvenes menores de 12 a 17 años de edad que se convierten en fumadores habituales. La campaña "The Real Cost" (El Verdadero Costo) es la primera de una serie de campañas de educación sobre el tabaquismo de la FDA que hace uso de la nueva autoridad que le confiere la Ley de Prevención Familiar del Tabaquismo y Control del Tabaco, firmada por el expresidente Obama en 2009; y por último se continúa la relación de educación física y tabaquismo con Vergara, Elzel, Ramírez-Campillo, Castro, y Cachón²⁰, a continuación se analiza con mayor detalle lo antes señalado.

Se ha encontrado que existe una prevalencia del consumo de tabaco en América ya que en los hombres es mayor que en las mujeres, tanto para adultos y adolescentes. En 2006, la Región del Pacífico Occidental de América, se tiene la mayor prevalencia en hombres adultos con el 56,5% de la población de 15 años y por encima, al fumar cualquier forma de tabaco. Sin embargo, entre los hombres adolescentes (13–15 años de edad en el período de 2000 a 2009), la Región del Pacífico Occidental era la más baja entre las regiones con el 9,5%²¹. Sin embargo los promedios regionales deben tomarse con cautela, ya que la disparidad entre los países es grande, en los hombres adolescentes, el rango es de 2,7 a 65,8% por ciento entre los 157 países con encuestas desde 2000. Además, las actividades de monitoreo son más fuertes en los países de altos ingresos. El avance en la lucha contra el tabaquismo es necesario en los países de bajos y medianos ingresos, donde el consumo de tabaco está aumentando más rápido. Un total de 100 países, con un 55% de la población mundial (en comparación con 48% en 2007), cuenta con datos recientes y representativos sobre la prevalencia del tabaquismo, tanto para jóvenes como para adultos de las encuestas realizadas de 2003 o más adelante. Sin embargo, sólo en 36 países con el 34% de la población mundial, se recogen datos de forma periódica (por ejemplo, a intervalos de cinco años o menos).

En la Región de América, al igual que en el mundo, la prevalencia del consumo de tabaco entre los hombres es mayor que en las mujeres, tanto para adultos como adolescentes. En los hombres adultos el rango es de 17,0% a 42,9% en Cuba, con 42,9% y Chile con el

42,0% son los países con mayor prevalencia. En las mujeres adultas el rango es de 2,8% a 33,8% y Chile con el 33,8%, Cuba, el 29,3%; son los países con mayor prevalencia. En los hombres adolescentes el rango de la prevalencia del consumo de tabaco es de 10,5% a 34,5%, y Barbados presenta el valor más alto con 34,5%. En las mujeres adolescentes el rango es del 6,5% al 39,8% donde tiene Chile el valor más alto con 39,8%. Seguido por Argentina 29,7%, México 28,5% y Colombia con 27,8% de prevalencia de consumo de tabaco en las adolescentes²². En el caso de Chile se indica que, 37,1% de las mujeres fuma esto las sitúa como las peores de América, y en el caso de aquellas entre 13 y 15 años, como las peores del mundo, mujeres adultas que fuman, 33% y mujeres jóvenes, 39,8%^{23, 24, 25}.

Las creencias y actitudes al tener una relación con la conducta de fumar influyen en su conducta. Diversas teorías psicosociales permiten explicar y predecir este fenómeno al señalar que el comportamiento puede ser confiablemente abstraído al considerar las creencias y las actitudes que los individuos sostienen. Su estudio inició en la década de los treinta, que se caracterizó por la construcción de instrumentos. Para los cuarenta, se enfatizó la importancia de la relación entre actitudes y conducta y se investigó la influencia de la persuasión a través de mensajes en los medios de comunicación sobre el cambio de actitudes. Alrededor de los cincuenta se realizaron investigaciones con grandes muestras y los análisis estadísticos se hicieron cada vez más sofisticados. En los sesenta se estudiaron las actitudes centradas en los aspectos cognitivos y en las condiciones de equilibrio de ellas así como sus funciones²⁶. Teorías más recientes, como la Teoría de Acción Razonada^{27,28} y la Teoría de la Acción Planeada^{29, 30, 31}, han tratado de explicar fenómenos no abordados previamente.

En algunos estudios como Valdés, Thrasher, Sánchez, Lazcano, Reynales, Meneses & Hernández³², han mostrado que las creencias y actitudes distinguen de manera marcada a los fumadores de los no fumadores y aparecen como factores protectores o de riesgo. Por ejemplo, quienes consideran que el tabaco no es una droga o que fumar no es dañino para su salud tienen más probabilidades de ser fumadores, en comparación con quienes piensan que son muy jóvenes para fumar. Álvaro & Garrido³³, afirman que en psicología, existe una área que se encarga del estudio de los procesos cognitivos, surgió a fines de los años cincuenta como un nuevo paradigma, una vez que se presentó la crisis del conductismo, y se consolidó en la investigación psicosocial durante la década de los setenta.

Perlman & Cosby³⁴ mencionan que el estudio de las creencias se fundamenta en teorías llamadas de la consistencia, como la Teoría de la Comparación Social de Festinger, Schachter y Back³⁵; la Teoría del Equilibrio y de la Atribución de Heider³⁶; y la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva de Festinger³⁷. Más recientemente desde los sesentas surgen las Teorías, de la Acción Razonada de Fishbein^{38,39} y la de la Acción Planeada de Fishbein & Ajzen⁴⁰, Ajzen & Fishbein⁴¹; Ajzen^{42,43}, ubicadas dentro del campo de la cognición social, las cuales explican el surgimiento y la función de las creencias.

Desde Thurstone⁴⁴, se consideró a la creencia u opinión como una expresión verbal de la actitud. Se asumió que diferentes creencias u opiniones expresan diferentes grados de favorabilidad o desfavorabilidad hacia un objeto, y que deberían desarrollarse técnicas que pudieran especificar la localización específica de cualquier creencia en un continuo.

Para Jones y Gerard⁴⁵, la creencia expresa las relaciones entre dos categorías cognoscitivas cuando ninguna define a la otra. La creencia se refiere a las características asociadas a un objeto.

Fishbein^{46,47}, ha señalado que la creencia, a diferencia de la actitud, representa la información que la persona tiene acerca del objeto, que está unido a algún atributo, es una hipótesis de probabilidad o improbabilidad en relación con la naturaleza del objeto y sus relaciones con otros objetos, en tanto que la actitud constituye la dimensión evaluativa favorable o desfavorable del objeto, es una predisposición aprendida para responder ante tal objeto. Ambas permiten predecir la conducta. La totalidad de las creencias de un individuo puede ser vista como un sistema de creencias. Se le ha asociado con estímulos dados, pero también puede verse como un grupo jerarquizado de respuestas. La respuesta más alta de esta jerarquía tiene mayor probabilidad de ocurrencia. Los sujetos difieren en sus creencias con respecto a un objeto. Por otra parte, Fishbein & Ajzen⁴⁸, han definido a la creencia como la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún valor, concepto o atributo.

En el curso de la vida de una persona, sus experiencias la llevan a la formación de muchas creencias diferentes sobre objetos, acciones y acontecimientos. Estas creencias pueden ser el resultado de la observación directa, se pueden adquirir indirectamente aceptando la información de fuentes externas, o se generan a través de procesos de inferencia. Algunas creencias pueden persistir con el tiempo, otras se olvidan y otras más pueden formar nuevas creencias.

Las creencias pueden clasificarse en descriptivas, inferenciales e informativas, según Ajzen & Fishbein⁴⁹. Esta tipología corresponde a los diferentes procesos de formación de una creencia. Primero, la relación entre el objeto y su atributo se establece mediante la observación directa (creencia descriptiva). Segundo, se establece tal relación por medio de procesos de inferencia que provienen de otra creencia acerca del objeto (creencia inferencial). Finalmente, se acepta la relación entre el objeto y su atributo proveniente de una fuente externa (creencia informativa).

Las creencias que se forman como resultado de la experiencia directa con los objetos se denominan creencias descriptivas. Cuando las personas van más allá de lo directamente observado (por ejemplo, cuando al relacionarse con una persona toman en cuenta características no observables inicialmente, y forman creencias como honestidad, amistad, introversión o inteligencia) establecen creencias inferenciales. Las creencias descriptivas son la base de las creencias inferenciales. Una vez que se han aprendido dichos atributos o conceptos, una persona tiende a percibirlos directamente a partir de un grupo de estímulos. Otra vía para ir más allá de lo observable implica el hecho de formar sistemas de códigos. Por ejemplo, si Juan es más alto que José y José es más alto que Jesús, una persona se puede formar la creencia de que Juan es más alto que Jesús aunque nunca los haya visto juntos.

Es posible ver a las creencias como un continuo de descriptivo a inferencial; en el extremo descriptivo del continuo, las creencias de una persona acerca de una situación tienden a estimular las creencias inferenciales ubicadas en el otro extremo. El continuo puede verse como el uso mínimo o máximo de las experiencias.

Algunas veces se acepta información acerca de algún objeto que proviene de una fuente externa, como periódicos, libros, revistas, radio y televisión, amigos, compañeros de trabajo, etc. A éstas se les llama creencias informativas. Son numerosos los factores que determinan el grado en el cual la información que proviene de una fuente externa es aceptada y forma una creencia.

Comúnmente, una persona tiene un número relativamente pequeño de creencias acerca de un objeto dado. Si se presenta algún objeto nuevo asociado con algún atributo, el individuo puede indicar su probabilidad subjetiva con base en sus creencias prioritarias. Esto ocurre con la mera presentación de un objeto y un atributo (como en un cuestionario de opinión), que puede dar como resultado

la formación de creencias inferenciales. Cuando una persona tiene poca información sobre la relación entre un objeto y su atributo, sus respuestas indican un alto grado de incertidumbre.

De acuerdo con la Teoría de la Acción Razonada, las creencias también pueden agruparse en conductuales y normativas.

Las creencias que subyacen a las actitudes de las personas hacia la conducta son llamadas creencias conductuales. Es cuando una persona tiene creencias acerca de que la ejecución de una conducta podría tener resultados positivos (o negativos), entonces su actitud sería favorable (o desfavorable) hacia tal conducta.

Las creencias que subyacen a las actitudes personales son llamadas creencias normativas y son específicas de individuos o grupos que tenderían o no a la ejecución de una conducta. Ríos⁵⁰, señala que la norma subjetiva es la creencia que el individuo tiene de las personas que le son importantes y lo que desearían que él hiciera.

METODOLOGÍA

Objetivo general

Conocer como se relacionan las creencias (de las consecuencias del tabaco, características de los fumadores, normas sociales), actitudes (disposición intencional para el consumo de tabaco, desagrado por el consumo de tabaco percepción de satisfacción por el consumo de tabaco) con la conducta de fumar, intenciones, tabaquismo en el hogar, amigos, y entre las mismas creencias y actitudes.

Participantes

Participaron en el estudio 537 estudiantes de bachillerato y de nivel profesional de universidades públicas. El muestreo fue no probabilístico y por cuota. Para ser incluidos en el estudio los jóvenes debían ser estudiantes regulares y expresar su voluntad de participar. La mayoría de ellos fueron mujeres (66.3%), es decir el doble que los hombres (33.7 %) lo cual refleja la distribución porcentual por género en las escuelas visitadas, (véase tabla 1), y su edad osciló entre los 15 y los 31 años. La mitad de los estudiantes reportó un promedio de calificaciones entre 60 y 83 puntos, y la otra mitad entre 84 y 100 puntos, (véase tabla 2). Las mujeres casi doblan el número de fumadores de los hombres 61.4% y 38.6 respectivamente (véase tabla 3). La edad de inicio fue principalmente en el bachillerato (véase tabla 4).

Tabla 1. Sexo, frecuencia y porcentaje.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	181	33.7
Femenino	356	66.3
	57	100.0

Tabla 2. Promedios de calificaciones de los participantes.

Valor	Rango	Frecuencia	Porcentaje
1.00	6.0 a 7.8	127	23.6
2.00	7.9 a 8.3	137	25.5
3.00	8.4 a 8.9	141	26.3
4.00	8.9 a 10	132	24.6
Total	6 a 10	537	100.0

Tabla 3. Fumar por Sexo, frecuencia y porcentaje.

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Fumar Si	Frecuencia	64	102	166
	Porcentaje	38.6%	61.4%	100.0%
No	Frecuencia	117	254	371
	Porcentaje	31.5%	68.5%	100.0%
Total	Frecuencia	181	356	537

Instrumentos

1. Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco.
La escala fue desarrollada originalmente por Calleja xi (1998). Constaba de 27 afirmaciones respecto de los posibles efectos de fumar. Se pedía a los participantes que calificaran cada uno de ellos en términos de su veracidad, utilizando una escala de 1 (totalmente falso) a 10 (totalmente verdadero).
En el presente trabajo se efectuó una nueva validación para todos los instrumentos.
2. Escala de creencias sobre las características del fumador.
La escala fue desarrollada originalmente por el mismo autor anterior. La escala inicial contenía 22 adjetivos. Se pedía a los participantes que indicaran, en una escala de cuatro opciones (de *Nada* a *Muchísimo*) qué tanto el adjetivo describía a una persona fumadora.
3. Escala de creencias sobre las normas sociales del fumador.
La escala fue desarrollada por el autor principal. La escala inicial contiene 24 afirmaciones. Se pedía a los participantes que indicaran, en una escala de cinco

Tabla 4. Edad de inicio de fumar, con escolaridad frecuencia y porcentaje.

Escolaridad	Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Real	Porcentaje Por grado
Primaria	10.00	1	2	6	
	11.00	2	4	1.2	
	12.00	4	7	2.4	4.3
Secundaria	13.00	11	2.0	6.7	
	14.00	15	2.8	9.1	15.8
Bachillerato	15.00	42	7.8	25.6	
	16.00	47	8.8	28.7	
	17.00	19	3.5	11.6	
	18.00	18	3.4	11.0	76.9
Profesional	19.00	3	.6	1.8	
	20.00	1	.2	.6	
	22.00	1	.2	.6	3.0
Total		164	30.5	100.0	
No fuman		373	69.5		
Total		537	100.0		

opciones (de *Totalmente de acuerdo* con *Totalmente en desacuerdo*) qué tanto la opción describe a una persona fumadora.

4. Escala de actitudes hacia el tabaquismo.

La escala fue desarrollada por García del Castillo XII, Días, Díaz-Pérez, Bastos, Castillo-López, López-Sánchez y Maciá (2012). La escala inicial contiene 21 afirmaciones. Se pedía a los participantes que indicaran, en una escala de cinco opciones (de *Totalmente de acuerdo* a *Totalmente en desacuerdo*) qué tanto la opción describe a una persona fumadora.

5. Cuestionario de tabaquismo.

El cuestionario consta de 30 reactivos distribuidos en cinco secciones: Datos generales: 5 reactivos.

Explora variables sociodemográficas y calificaciones. Hábitos en el hogar: 4 reactivos.

Explora el tabaquismo en la familia. ¿Tú fumas?: 11 reactivos.

Explora la intención de la conducta tabáquica.

¿Cuántos cigarros consideras que fumarás?, 1 reactivo.

¿Qué tan probable es que en los próximos días fumes?, 1 reactivo

Procedimiento

1. Se solicitó autorización a las jefaturas de carrera (bachillerato y profesional) para la aplicación de los instrumentos.
2. Se visitó a cada uno de los maestros de clase teórica para solicitar permiso de utilizar los 30 minutos finales

de su clase platicar y aplicar los instrumentos, con sus alumnos.

3. Se les dijo a los alumnos que se trataba de una investigación sobre creencias acerca del tabaquismo y se les solicitó su participación.

4. Se aplicaron los cuatro instrumentos del estudio en varios días.

RESULTADOS

Validación de las escalas

1. Para las cuatro escalas aplicadas se obtuvieron índices de valides y confiabilidad adecuadas.
2. Las correlaciones en general de las escalas fueron lo esperado a partir de la congruencia entre las diferentes subescalas que las conforman, ver descripción siguiente.

Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco

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

Correlación entre subescalas

Como se muestra en la tabla 6, la subescala de daños a la salud correlaciono positiva y significativamente con efectos sociales indeseables. También daños a la salud

Tabla 5

Subescala	Núm. de reactivos	Varianza explicada	α de Cronbach
Daños a la salud	8	22.664 %	0.80
Efectos sociales indeseables	6	13.001 %	0.78
Efectos psicológicos	5	6.729 %	0.78
Total	19	42.394 %	0.72

correlaciono pero negativamente y significativamente con efectos psicológicos. Lo mismo ocurrió con los de efectos sociales indeseables, y efectos psicológicos aunque los índices fueron menores. Pareciera ser que los efectos psicológicos son independientes a las otras subescalas por eso correlacionan en forma negativa.

Tabla 6. Índices de correlación entre las subescalas de la Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco.

	Daños a la salud	Efectos sociales indeseables	Efectos psicológicos
Daños a la salud	1.000		
Efectos sociales indeseables	.545**	1.000	
Efectos psicológicos	-.204**	-.234**	1.000

** $p=0.01$.

Escala de creencias sobre las características del fumador

Tabla 7. Subescalas de la Escala de creencias sobre las características del fumador con su número de reactivos, el porcentaje de varianza explicada y los puntajes de consistencia interna.

Subescala	Núm. de reactivos	Varianza explicada	α de Cronbach
Seductor	6	34.753	0.90
Dichoso	7	29.579	0.88

Correlación entre subescalas

La correlación obtenida entre las subescalas Seductor y Dichoso fue altamente significativa ($r=.796$, $p=.001$), (véase Tabla 8).

Tabla 8. Índices de correlación entre las subescalas de la Escala de creencias sobre las características del fumador.

	Seductor	Dichoso
Seductor	1.000	
Dichoso	.796**	1.000

** $p=0.01$.

Escala de creencias de normas sociales basada en Ajzen

Tabla 9. Subescalas de la Escala de nomas sociales basada en la propuesta de Ajzen con su número de reactivos, el porcentaje de varianza explicada y los puntajes de consistencia interna.

Subescala	Núm. de reactivos	Varianza explicada %	α de Cronbach
Daños a otros, niños y ancianos.	4	13.091	.6604
Daños a padres.	3	9.883	.6525
Daños a amistades.	3	8.893	.7522
Daños a familia.	3	8.851	.6360
Daños al medio ambiente.	3	7.320	.5202
Total	16	48.039	.8133

Correlación entre subescalas

Como se muestra en la tabla 10, las cuatro primeras subescalas (daños a otros, niños y ancianos, a padres, amistades y familia). Correlacionan entre sí de forma positiva y significativamente. Con excepción de la última, daños al medio ambiente, La cual no correlaciona con ninguna de las subescalas se esperaría que correlacionara en forma positiva con las otras escalas.

Escala de actitudes hacia el tabaco

Correlación entre subescalas

Subescalas de la *Escala de actitudes hacia el tabaco* con su número de reactivos, el porcentaje de varianza explicada y puntajes de consistencia interna.

Correlación entre las subescalas de la Escala de actitudes hacia el tabaco

Como se muestra en la tabla 11, la subescala percepción de satisfacción por el consumo de tabaco correlaciono positiva y significativamente con disposición intencional

Tabla 10. Índices de correlación entre las subescalas de la Escala de normas sociales basada en Ajzen.

	Daños a otros, niños y ancianos	Daños a padres	Daños a amistades	Daños a familia	Daños al medio ambiente
Daños a otros, niños y ancianos	1.000				
Daños a padres	.514**	1.000			
Daños a amistades	.454**	.610**	1.000		
Daños a familia	.644**	.539**	.438**	1.000	
Daños al medio ambiente	-.005	.017	.065	.002	1.000

** $p=0.01$.**Tabla 11.**

Subescala	Núm. de reactivos	Varianza explicada %	α de Cronbach
Disposición intencional para el consumo de tabaco.	4	22.602	.8705
Desagrado por el consumo de tabaco.	3	14.513	.8000
Percepción de satisfacción por el consumo de tabaco.	3	12.100	.6820
Total	16	49.215	.7677

para el consumo de tabaco. También disposición intencional para el consumo de tabaco correlaciono pero negativamente y significativamente con, desagrado por el consumo de tabaco. Lo mismo ocurrió con percepción de satisfacción por el consumo de tabaco, y desagrado por el consumo de tabaco aunque los índices fueron menores, en este caso las correlaciones se dieron en términos de lo esperado (véase tabla 12).

DISCUSIÓN

La prevalencia de fumadores entre los estudiantes de la muestra (30.9%) resultó similar a la de la población general en México reportada por la Encuesta Nacional de Adicciones⁵¹, la cual es de 46.0%. Sin embargo, la proporción de mujeres que fuman es casi el doble en este estudio, lo cual confirma lo reportado en el estudio

Tabla 12. Índices de correlación entre las subescalas de la Escala de actitudes hacia el tabaco.

Subescalas	Disposición intencional para el consumo de tabaco	Desagrado por el consumo de tabaco	Percepción de satisfacción por el consumo de tabaco.
Disposición intencional para el consumo de tabaco.	1.000		
Desagrado por el consumo de tabaco.	-.122**	1.000	
Percepción de satisfacción por el consumo de tabaco.	.617**	-.234**	1.000

** $p=0.01$.

de Minsal⁵², respecto de la tendencia creciente del tabaquismo femenino. Una tercera parte de los fumadores consumía cigarrillos cotidianamente, aunque no más de una cajetilla al día. Se encontraron pocos fumadores severos, como ocurre en la población general. Más de la mitad había intentado dejar de fumar⁵³.

Siete de cada 10 fumadores dijeron que habían empezado a fumar cuando cursaban el bachillerato, es decir, entre los 15 y los 18 años, edad más temprana que la señalada en INEGI⁵⁴.

Se ha encontrado consistentemente que el riesgo de fumar se asocia con tener amigos fumadores⁵⁵. En el presente estudio, alrededor de la mitad de los fumadores (47.5%) dijeron que su mejor amigo era fumador, lo cual confirma la importancia de la influencia social en el comportamiento tabáquico de los jóvenes. Para Palacios, Bustos, Martínez, Mora & Padilla⁵⁶, los jóvenes que tienen un alto locus de control tabáquico de tipo social, afectivo y externo tendrán una mayor intención y conducta de fumar. Los esfuerzos de tratamiento y prevención tendrían que tomar en cuenta este factor al diseñar sus programas.

Si bien se contaba ya con escalas para evaluar las creencias relacionadas con el consumo de tabaco en estudiantes universitarios en México⁵⁷, éstas se habían construido y validado en una universidad privada, por lo que se realizaron los procedimientos estadísticos requeridos para obtener los índices psicométricos de tales escalas para la población del presente trabajo (universidad y bachillerato público). Debe considerarse, sin embargo, el tamaño de la muestra (537 participantes) la cual se impone a la generalización de los hallazgos.

A manera de conclusiones y en forma resumida se puede decir que:

1. En última instancia la intención determina la conducta, la expectativa de que las actitudes generales deberían predecir conductas específicas es razonable. Se da a partir de las actitudes, las normas subjetivas, y la percepción del control conductual las cuales se muestran para ser relacionadas a las posibles conductas, normas y creencias del control sobre la conducta, pero la naturaleza exacta de estas relaciones todavía es incierta. Aun cuando inexacto, parcial o por otra parte irracional, las creencias producen actitudes, intenciones y conducta consistente con estas creencias.
2. Otro problema común encontrado al estudiar es que las creencias y / o actitudes pueden influir en las conductas o pueden ser influidas por las conductas.

3. Es de destacar como existe un aumento en el consumo de tabaco por parte de las mujeres 61.4% por 38.6% de los hombres algo ya mencionado y constado por esta investigación. Esto parece indicar que los esfuerzos para evitar el consumo deberían estar más enfocados hacia el sexo femenino al menos para la población estudiada.
4. Es pertinente mencionar que los resultados obtenidos de la aplicación de los cuatro instrumentos de evaluación escalares resultaron ser válidos y confiables en donde destaca como novedad la escala de normas elaborada expresamente para esta investigación.
5. Los resultados mostraron que tanto fumadores como no fumadores creen más en ser “poco seductores y dichosos” creen más en lo “totalmente verdadero” en daños a la salud, efectos indeseables y consideran más lo falso en efectos psicológicos del cigarro. En cuanto las normas se están “mas de acuerdo” con los daños a otros, a la familia y “de acuerdo en parte” con daños a padres y amigos, y de forma incierta frente al medio ambiente.
6. El Estado Mexicano debe hacerse responsable de la salud de los nacionales y por lo tanto enfrentar mediante leyes que se cumplan el problema del tabaquismo. En este caso es deseable que junto con las instituciones responsables de la salud como SSA ISSTE IMSS INCAN entre otros, se generen programas preventivos haciendo uso de las nuevas tecnologías como el internet y en las redes sociales.

REFERENCIAS

1. DHHS. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, & Office on Smoking and Health. The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General. Washington, DC: Government Printing Office; 2004.
2. WHO, (World Health Organization) & PHAO, (Panamerican Health American Organization); 2013. <http://www.paho.org/hq/index.php>.
3. CMCT. Consejo Mexicano Contra el Tabaquismo. *Fuente Parametría: Encuesta nacional en vivienda/ 1,500 casos/ Error (+/-) 2.5%. 2013 Del 29 de julio al 3 de agosto de 2010.*
4. GATS. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. Organización Panamericana de la Salud; Instituto Nacional de Salud Pública (MX). Cuernavaca (México). Coeditado con la Organización Panamericana de la Salud, 2009. file: www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pie/pdf. http://www.who.int/tobacco/surveillance/gatsrep_mexico.pdf.

5. ENA. Encuesta Nacional de Adicciones. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud; México. 2008.
6. Ahued, A. El tabaquismo no es un hábito sino una adicción, Secretaria de Salud Periódico Excélsior. Sección. Comunidad. Miércoles 23 de Noviembre. 2011.
7. Valdés, R., Reynales, M., Lazcano, C. & Hernández, M. (2007). Antes y después del Convenio Marco en México: Una comparación desde la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes 2003 y 2006. *Salud Pública de México*. 2007; 49, 2: 155-169.
8. Katz, R., & Jason, A. Youth access to tobacco laws: A survey of municipality government officials' attitudes about youth access to tobacco laws. *Journal of Rural Community Psychology*. 2000; 3: 1-9.
9. SSA-CONADIC. Programa Nacional contra las Adicciones: Programa contra el Tabaquismo. México: Secretaría de Salud - Consejo Nacional Contra las Adicciones. 2000.
10. Johnston, D., O'Malley, M., & Bachman, G. Monitoring the future national result on adolescent drug use: Overview of key findings, 2003. (NIH Publication No. 04-5506). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse. 2004.
11. SAMHSA. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Overview of Findings from the 2002 National Survey on Drug Use and Health (Office of Applied Studies, NHSDA Series H-21, DHHS Publication No. SMA 03-3774). Rockville, MD. 2003.
12. Difranza, R., Carlson, P., & Caisse, E. Reducing youth access to tobacco. *Tobacco Control*; 1992;1, 58.
13. Jason, A., Pokorny, B., & Schoeny, E. Evaluating the effects of enforcements and fines on youth smoking. *Critical Public Health*, 2003; 13: 33-45.
14. Almanza, E., & Pillón, C. Programa para fortalecer factores protectores que limitan el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación media. *Revista Latinoamericana Enfermagem*. 2004; 12: 324-32.
15. Delgado, B., Bautista, R., Inglés, J., Espada P., & Torregrosa, S. (2005). Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de educación secundaria obligatoria, *Salud y drogas*, 2005; 5 (2): 55-66.
16. Gavala, J. & González, J. Practical reasons of physical activity of the people of Sevilla. *Journal of Sport and Health Research*. 2011; 3(3):169-178.
17. Garrido, E., Castillo, A., Elzel, M. & Durán, C. Las actividades deportivas en estudiantes de primer año. En Osorno (Chile). *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 2011; 10 (41): 145-163.
18. Periódico, El País. Mujica pidió ayuda en educación y tabaquismo. Washington Juan Pablo Correa lun may 12. 2014. <http://www.El.pais.com.uy/información>.
19. FDA. U.S. Food and Drug Administration. Department of Health and Human Services. Protecting and Promoting Your Health. 2014. <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm384459.htm>.
20. Vergara, M., Elzel, L., Ramírez, R., Castro-López, R. & Cachón, J. Physical Activity in teen urban educational institutions of the Borough of Río Bueno (Chile). *Journal of Sport and Health Research*. 2015; 7(1):43-54.
21. WHO. World Health Organization. Eriksen, M., Ross, H., & Mackay, J. *Tabaco World Atlas 2012*.
22. WHO, (World Health Organization) & PHAO, (Panamerican Health American Organization); 2013 www.paho.org/hq/index.php.
23. OPS, Chile. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre control del Tabaco; 2012 <http://www.chilelibredetabaco.cl/wp-content/uploads/2010/10/OPS-Informe-Regional-sobre-el-Control-de-Tabaco-2011.CapituloChile.pdf>.
24. WHO. World Health Organization. Eriksen, M., Ross, H. & Mackay, J. *Tabaco World Atlas*; 2012.
25. Minsal, Oficina de Tabaco. Informe Cualitativo: Relación y evaluación de mujeres respecto de la nueva ley de consumo de Tabaco en Chile, 2012. <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>.
26. Echevarría, A. *Psicología social sociocognitiva*. Bilbao: Desclée de Broker;1991.
27. Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley; 1975.
28. Fishbein, M. & Ajzen, I. *Predicting and Changing Behavior. The Reasoned Action Approach*. Psychology Press. New York; 2010.
29. Ajzen, I. & Fishbein, M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall;1980.
30. Ajzen, I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. 1991.
31. Ajzen, I. *Attitude, personality and behavior*. Milton Keynes, UK: Open University Press; 2005.
32. Valdés, R., Thrasher, J., Sánchez, M., Lazcano, E., Reynales, M., Meneses, F. & Hernández, M. Los retos del Convenio Marco para el Control del Tabaco en México: Un diagnóstico a partir de la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes. *Salud Pública de México* 2006; 48 (1): 5-16.

33. Álvaro, L. & Garrido, A. Psicología social. México: Mc Graw Hill; 2003.
34. Perlman, D. & Cosby, P. Psicología social. México: Trillas;1986.
35. Festinger, L., Schachter, S., & Back, K. Social Pressures in Informal Groups: A Study of Human Factors in Housing. Stanford, CA: Stanford University Press; 1950.
36. Heider, F. The Psychology of Interpersonal Relations. John Wiley & Sons;1958.
37. Festinger, L. A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford, CA: Stanford University Press;1957.
38. Fishbein, M. A consideration of beliefs and their role in attitude measurement. In M. Fishbein (Ed). Readings in attitude theory and measurement. New York: John Wiley and Sons, 257-266;1967a.
39. Fishbein, M. Attitude and prediction of behavior. In M. Fishbein (Ed). Readings in attitude theory and measurement. New York: John Wiley, 477-491; 1967b.
40. Fishbein, M. & Ajzen, I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley. 1975.
41. Fishbein, M. & Ajzen, I. (2010). Predicting and Changing Behavior. The Reasoned Action Approach. Psychology Press. New York; 2010.
42. Ajzen, I. Attitude, personality and behavior. Milton Keynes, UK: Open University Press; 2005.
43. Ajzen, I. The theory of planned behavior: Reactions and reflections, Psychology & Health; 2011; 26:9, 1113-1127, DOI: 10.1080/08870446.613995.
44. Thurstone, L. The measurement of attitudes. Journal of Abnormal and Social Psychology; 1931;26, 249-269.
45. Jones, E. & Gerard, H. Fundamentos de psicología social. México: Limusa; 1992.
46. Fishbein, M. A consideration of beliefs and their role in attitude measurement. In M. Fishbein (Ed). *Readings in attitude theory and measurement*. New York: John Wiley and Sons, 257-266;1967a.
47. Fishbein, M. Attitude and prediction of behavior. In M. Fishbein, (Ed). Readings in attitude theory and measurement. New York: John Wiley, 477-491;1967b.
48. Fishbein, M. & Ajzen, I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley;1975.
49. Ajzen, I. & Fishbein, M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall;1980.
50. Ríos, I. Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de la Comunicación; 2011; 4 (1) 123-140*. Issn 0718-4867. Universidad de la Frontera. Temuco, Chile.
51. Ahued, A. El tabaquismo no es un hábito sino una adicción, Secretaria de Salud Periódico Excélsior. Sección. Comunidad. Miércoles 23 de Noviembre. 2011.
52. Minsal, Oficina de Tabaco. Informe Cualitativo: Relación y evaluación de mujeres respecto de la nueva ley de consumo de Tabaco en Chile, 2012. <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>.
53. CMCT. Consejo Mexicano Contra el Tabaquismo. Fuente Parametría: Encuesta Nacional en vivienda/ 1,500 casos/ Error (+/-) 2.5%/ Del 29 de julio al 3 de agosto de 2010; 2011.
54. INEGI. Instituto Nacional de Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Aguascalientes; 2004.
55. GYTS. Global Young Tobacco Survey. Encuesta Global de Tabaco en Jóvenes Mexico - Mexico City. (Edades de 13-15 años) Global Youth Tobacco Survey (GYTS). FACT SHEET. en National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Global Tobacco Prevention and Control. 2011. <http://www.cdc.gov/tobacco/global/gvts.htm>.
56. Palacios, J. Bustos, M. Martínez, J. Mora, M. & Padilla, F. Validez factorial del locus de control y su relación con la intención y consumo de tabaco en jóvenes. Pensamiento Crítico. Revista de Investigación Multidisciplinaria. Universidad del Distrito Federal. Campus Santa María. ISSN 2395-8162. 2014; 1. (0).
57. Calleja, N. Creencias sobre las consecuencias del tabaco. La Psicología Social en México: 1998; 8, 254-259. 26.

Instrumentos

- Calleja, N. Creencias sobre las consecuencias del tabaco. La Psicología Social en México: 1998; 8, 254-259. 26.
- García del Castillo, A.; Dias, C.; Díaz-Pérez, J.; Bastos, S.; García del Castillo-López, Á.; López-Sánchez, C.; Maciá, D. Adaptación de las escalas de actitudes hacia el tabaco, el alcohol y otras drogas en adolescentes portugueses. Salud y drogas: 2012; 12, 1,79-99. Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España.