



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CREENCIAS Y TABAQUISMO
EN UNIVERSITARIOS

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGÍA SOCIAL

P R E S E N T A:

JUAN CRISÓSTOMO MARTÍNEZ BERRIOZÁBAL

DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. NAZIRA CALLEJA BELLO

MIEMBROS DEL COMITÉ:
DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS
DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
DR. JOSÉ MARCOS BUSTOS AGUAYO
DR. JOSÉ DE JESÚS SILVA BAUTISTA



MÉXICO, D. F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos a:

La UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO por permitirme ser parte de ella.

Mis profesores de Licenciatura y Maestría. Dra. Lucy María Reidl , Dra. Isabel Reyes Lagunes y Dr. Rolando Díaz Loving por compartirme sus conocimientos.

Mi directora de esta Tesis Mtra. Nazira Calleja Bello por su apoyo constante y motivación.

La Dra. Patricia Andrade Palos por su dedicación y atención para el logro de resultados.

La Dra. Sofía Rivera Aragón por su apoyo en todo momento.

Jesús y Marcos por su interés y aporte académico.

Mis ayudantes de investigación Angélica, Rosario y Noemí.

Celia, Guadalupe, Lupe, Leonardo y Mauricio por ser parte de mí.

Andrea, Beto y Tania por ser un complemento ideal.

ÍNDICE

Resumen	6
Introducción	7
I. MARCO TEÓRICO	10
1. Creencias psicológicas	10
Definición	10
Tipos de creencias	11
Predicción de la actitud a partir de las creencias	13
Correspondencia entre creencias y actitudes	15
Efecto de las variables externas sobre las creencias	17
Correspondencia entre disposiciones globales y conducta	18
La Teoría de la Acción Razonada (TAR)	20
Teoría de la Acción Planeada (TAP)	21
2. El tabaco	26
Origen del tabaco	26
Composición del cigarro	27
Mortalidad atribuible al tabaquismo	27
Enfermedades causadas por el tabaco	29
Consecuencias económicas	29
Epidemiología del tabaco	30
Tabaquismo en el mundo	30
Tabaquismo en América	31
Tabaquismo en México	32
Tabaquismo en jóvenes	33
Tabaquismo en personal de salud	34
Humo de segunda mano	35
Control del tabaquismo	37
3. Creencias y tabaquismo	39
Creencias respecto de los efectos del tabaco sobre la salud	39
Creencias sobre la vulnerabilidad a los efectos del tabaco	40
Creencias sobre el tabaco como droga	41
Creencias sobre el atractivo y sociabilidad de los fumadores	41

Creencias sobre la permisividad para fumar	42
Creencias sobre los cigarros “light”	42
Creencias sobre el poder adictivo del tabaco	43
Influencia de la publicidad sobre las creencias	43
II. INVESTIGACIÓN	47
Objetivos	47
Preguntas de investigación	47
Hipótesis	48
Variables	48
Método	51
Participantes	51
Instrumentos	51
Tipo de investigación y diseño	52
Procedimiento	52
Resultados	53
A. Validación de las escalas	53
1. Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco	54
1.1 Análisis de frecuencias	54
1.2 Análisis factorial	56
1.3 Confiabilidad	57
1.4 Correlación entre subescalas	58
2. Escala de creencias sobre las características del fumador	58
2.1 Análisis de frecuencias	59
2.2 Análisis factorial	60
2.3 Confiabilidad	60
2.4 Correlación entre subescalas	61
B. Análisis descriptivo	61
Tabaquismo en el hogar	61
Conducta tabáquica	62
Intención tabáquica	63
Autopercepción de características de personalidad	63
Creencias sobre las consecuencias del tabaco	64
C. Análisis inferencial	64
Hipótesis 1. Relación creencias-comportamiento tabáquico	64
Hipótesis 2. Relación intención de fumar en el futuro – creencias	66
Relación intención de fumar en el futuro – conducta tabáquica	66
Hipótesis 3 Relación variables demográficas–creencias	67
Relación calificaciones – creencias	68
Relación tabaquismo en el hogar – creencias	69
Relación autopercepción de características de personalidad – creencias	69
Hipótesis 4 Relación variables demográficas – comportamiento tabáquico	71
Relación calificaciones – comportamiento tabáquico	71

Relación tabaquismo en el hogar – comportamiento tabáquico	71
Relación autopercepción de características de personalidad - número de cigarros que fumó ayer	72
Discusión y conclusiones	73
Referencias	79
Anexos	84
1. Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco. Inicial	84
2. Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco. Final	85
3. Escala de creencias sobre las características del fumador. Inicial	86
4. Escala de creencias sobre las características del fumador. Final	87
5. Cuestionario de tabaquismo	88

RESUMEN

Con el propósito de establecer la relación que existe entre el consumo de tabaco y las creencias respecto de las consecuencias fumar y sobre las características de los fumadores, fueron entrevistados 122 estudiantes, mujeres y hombres, de una universidad pública. Para las dos escalas aplicadas se obtuvieron índices de confiabilidad y validez adecuados. La mitad de los hombres y 40% de las mujeres dijeron ser fumadores y empezaron a fumar principalmente en la preparatoria. Los resultados mostraron que los no fumadores creen más en los efectos negativos del tabaco en la apariencia, y los fumadores, en los efectos positivos psicológicos del cigarro. Se encontró, mediante un análisis de regresión múltiple, que estos dos factores resultaron predictores confiables de la intención de fumar en los próximos doce meses. Además, ambos correlacionaron significativamente con la intención de fumar en el futuro. Cuando el tabaco y la conducta de fumar de los participantes eran aceptados en su hogar, los jóvenes creían más en sus efectos positivos psicológicos que cuando se rechazaba. No se encontraron diferencias significativas entre quienes fumaban y quienes no lo hacían en relación con las creencias acerca de las características de los fumadores (seductores y dichosos). 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.

INTRODUCCIÓN

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. Entre los rasgos más distintivos de la actual epidemia de tabaquismo se resumen los siguientes: 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. Esta situación ya ha sido documentada en México y se 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 (Valdés, Reynales, Lazcano y Hernández, 2007).

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 de edad. 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 (SSA-CONADIC, 2000). Para ello, las tabacaleras utilizan 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.

Las creencias que los jóvenes tienen en relación con el tabaco influirán 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

enfaticó 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 funciones (Echevarría, 1991). Teorías más recientes, como la Teoría de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein 1980) y la Teoría de la Acción Planeada (Ajzen, 1991, 2005, y 2007) han tratado de explicar fenómenos no abordados previamente.

Algunos estudios (Valdés, Thrasher, Sánchez, Lazcano, Reynales, Meneses y Hernández, 2006) han mostrado que las creencias 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.

El propósito de la presente investigación fue explorar las creencias que los jóvenes universitarios poseen sobre las consecuencias del tabaco y sobre las características de los fumadores, así como la manera en que se relacionan con su comportamiento tabáquico. Asimismo, se pretendió determinar el efecto de las variables sociodemográficas (sexo, edad y actividad laboral), las calificaciones escolares, el tabaquismo en el hogar y la autopercepción de rasgos de personalidad sobre las propias creencias y la conducta de fumar. Se pretende que los hallazgos obtenidos permitan diseñar programas de prevención y tratamiento acordes a las características de las y los universitarios, a fin de evitar los graves efectos que el consumo de tabaco causa en su salud actual y futura.

El trabajo se ha dividido en dos partes. En la primera se presenta una revisión de la literatura relacionada con la temática abordada. Consta de tres capítulos: inicialmente se revisan los conceptos psicosociales relativos a las creencias; en el capítulo dos se expone el fenómeno del tabaquismo: el origen y la composición del tabaco; las cifras epidemiológicas, los daños que el tabaco causa en la salud y las consecuencias económicas de su consumo, y en el tercero se describen los hallazgos de investigación que relacionan

las creencias con el comportamiento tabáquico. La segunda parte contiene la metodología, los resultados y las conclusiones del presente estudio.

I. MARCO TEÓRICO

1. CREENCIAS PSICOLÓGICAS

En psicología, el área de la cognición social 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 (Álvaro y Garrido, 2003).

El estudio de las creencias se fundamenta en teorías llamadas de la consistencia, como la Teoría de la Comparación Social, de Festinger, Schachter y Back (1950); la Teoría del Equilibrio y de la Atribución, de Heider (1958); y la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva, de Festinger (1957) (Perlman y Cosby 1986). Más recientemente, la Teoría de la Acción Razonada y la de la Acción Planeada, ubicadas dentro del campo de la cognición social, explican el surgimiento y la función de las creencias.

Definición

Se ha definido a la *creencia* como la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, valor, concepto o atributo (Fishbein y Ajzen, 1975).

Thurstone (1931) consideró a la creencia u opinión como una expresión verbal de la actitud. 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 Gerard (1992), 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 (1967a y 1967b) 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.

Se puede hacer la distinción entre actitud y creencia. Mientras la primera constituye la medición de una dimensión *evaluativa* de un concepto, la segunda, es decir, la creencia, consiste en la medición de la *probabilidad* de un concepto. Si se reconsideran los componentes de las actitudes; el componente afectivo vendrá a ser la esencia de las actitudes; mientras los otros componentes, el aspecto cognitivo y la tendencia a la acción serán referidos como creencias. La formación de las creencias acerca de los objetos provee la formación básica de las actitudes (Fishbein y Ajzen, 1975).

Tipos de creencias

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 (Ajzen y Fishbein, 1980). 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*. 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.

Predicción de la actitud a partir de las creencias

Una actitud hacia un objeto se adquiere automática y simultáneamente a partir de las creencias. Un individuo tiene actitudes favorables hacia un objeto que cree que posee características positivas, y se adquieren actitudes desfavorables hacia aquel que se asocian con características negativas.

Considérese, por ejemplo, que dos individuos poseen ciertas creencias sobre los cigarros Marlboro: uno de ellos asocia tal marca con características principalmente positivas, mientras que el otro con más características negativas que positivas. Dadas estas creencias, es posible pensar que la actitud de la primera persona hacia los cigarros Marlboro sería más favorable que la de la segunda.

Aunque una persona sostenga un gran número de creencias sobre un objeto dado, sólo un número relativamente pequeño de ellas son las que determinarán su actitud.

Para Ajzen y Fishbein (1980) resulta relevante la correspondencia entre creencias y actitudes por el hecho de que las actitudes están determinadas por las creencias destacadas que las personas tienen acerca del objeto. La conducta tiende a corresponder a un criterio de intención conductual, las actitudes tendrán que corresponder a las intenciones, y las creencias a las actitudes. Esto permite entender y predecir las actitudes y las creencias.

En general, cuando medimos actitudes de una persona hacia un objeto, sus respuestas involucran una serie de creencias que pueden ser consideradas como expresiones verbales a favor o en contra del objeto.

Se ha planteado que la actitud que una persona tiene hacia una conducta está determinada por la combinación de las creencias que posee al respecto de la ejecución de tal conducta. El primer paso para comprender dicha actitud consiste en conocer las creencias sobresalientes. Posteriormente, deberá obtenerse la combinación de las diferentes creencias sobresalientes para determinar la actitud.

Las actitudes están basadas en el conjunto de creencias sobresalientes de una persona. Las personas normalmente creen que si efectúan una conducta dada obtendrán consecuencias positivas y negativas; sus actitudes hacia la conducta corresponden a la favorabilidad o desfavorabilidad del total de las consecuencias. Cada actitud es evaluada con base en la fuerza de las creencias de la persona que está realizando la conducta, las cuales la llevarán finalmente a cada una de sus consecuencias.

Una o más de las creencias de una persona pueden cambiar y, sin embargo, su actitud podría conservarse igual. Una creencia pueda ser reemplazada por otra, pero si tienen la misma fuerza y dirección, la actitud no cambiará. Asimismo, podría esperarse que el cambio en una actitud genere un cambio en una creencia, pero la actitud puede permanecer inalterada.

Si en la determinación de la actitud las creencias no son sopesadas por su importancia, además de su probabilidad y evaluación, la exactitud de su predicción resulta baja (Ajzen y Fishbein, 1980).

Es posible identificar el grupo de creencias de una población determinada a partir de una muestra representativa. Se solicitan las respuestas de los sujetos a una lista de conductas en términos de las ventajas y desventajas que asocian con tal comportamiento. A continuación se decide el número y tipo de creencias que serán incluidas en el grupo modal. El análisis es análogo a un análisis de contenido de las creencias emitidas por los diferentes individuos involucrados: se organizan las respuestas, se reúnen en grupos de creencias similares y se contabiliza la frecuencia en cada grupo.

Existe la posibilidad de que la persona cambie sus creencias y, sin embargo, conserve sus actitudes inalteradas. También se debe de tomar en cuenta que a mayor información de las cosas que le interesen al sujeto, éste tendrá mayor certeza respecto de sus creencias. Además, las creencias que posee una persona difieren en su grado de importancia.

Correspondencia entre creencias y actitudes

Una actitud es el grado en que a una persona le agrada o detesta un objeto, dónde el objeto se usa en sentido genérico para referirse a cualquier aspecto del mundo individual. La actitud está determinada por las creencias personales sobre ese objeto.

Dentro de la teoría de acción razonada, las actitudes sobre la conducta son las únicas directamente pertinentes para predecir y entender el comportamiento humano. Al obtener las creencias que determinan las actitudes hacia las conductas es esencial la correspondencia entre la acción, dirección, contexto, y tiempo. Por ejemplo, para obtener las creencias que subyacen a la actitud de una persona hacia abandonar el tabaquismo en los próximos seis meses, se podrían hacer las siguientes preguntas, las cuáles tendrían que estar expresadas en los términos de ventajas y desventajas:

- ¿Cuáles son sus creencias sobre las ventajas y desventajas de dejar de fumar en los próximos seis meses?
- ¿Con qué asocia usted dejar de fumar en los próximos seis meses?

Se piden respuestas breves y se enlistan las creencias específicas que le vienen a la mente. Claramente, las consecuencias percibidas de dejar de fumar puros pueden ser muy diferentes de las ventajas y desventajas de dejar de fumar en general. De forma similar, las creencias sobre dejar de fumar puros también pueden diferir grandemente de las creencias sobre dejar de fumar marihuana u opio.

Se busca la correspondencia con el elemento designado, así como con respecto al contexto, la dirección, la acción y el tiempo. Las creencias respecto de dejar de fumar no son las mismas que aquéllas de jurar, en un contexto religioso dejar de fumar, y también difieren de las creencias de dejar de fumar durante los próximos seis años. Así, el juego de creencias que subyacen a la actitud de una persona podrá ser diferente dependiendo de la

definición de la conducta involucrada; al cambiar cualquiera de los cuatro elementos (acción, dirección, contexto, y tiempo) que definen la conducta se pueden provocar combinaciones completamente diferentes de creencias.

En esta situación, merece la pena considerar un problema que ha surgido particularmente en la investigación sobre la conducta del consumidor. Cuando se pretende conocer las razones para comprar una marca de cigarrillos en lugar de otra, se pregunta: “Cuando piensa en comprar un cajetilla de cigarrillos ¿qué características de los cigarrillos son importantes para usted?”

Comúnmente se asocian dos problemas con esta pregunta. Primero, se podrían obtener las creencias sobre los atributos de los cigarrillos, en lugar de las creencias sobre comprar los cigarrillos. Segundo, las creencias obtenidas del cigarrillo en general pueden ser no relevantes y ello puede no ser pertinente para entender la actitud de la persona hacia comprar una marca particular de cigarrillos.

Es sensato pensar en un sentimiento positivo hacia la ejecución de una conducta si se cree que pudiera obtenerse algo más bueno que malo. A la vez, es posible sentir presión social para no ejecutar esa conducta si se tiene la creencia de que la gente con la que se está motivado a condescender piensa que no se debe realizar tal conducta.

Finalmente, es probable que en términos del peso relativo de las actitudes y de la presión social percibida (normas subjetivas) descienda la intención. Todo este proceso involucra una secuencia sintetizada en la teoría de la acción razonada.

Efecto de las variables externas sobre las creencias

La relación entre variables externas y conductas puede analizarse en diferentes formas. Por ejemplo, se ha encontrado que el nivel educativo está relacionada con la adicción tabáquica (a mayor educación menor consumo de tabaco). Una de las razones que podría explicar esta relación es que los individuos con un alto nivel de escolaridad tendrían diferentes creencias acerca de fumar, en comparación con personas con menor educación. Así, la creencia “fumar es dañino para mi salud” podría estar más arraigada en aquellos que en éstos, y la diferencia se reflejaría en el comportamiento.

Otra posible explicación es que las personas con diferentes niveles educativos tienen distintas formas de evaluar una creencia. Por ejemplo, ante la creencia “mi conducta de fumar puede incrementar la posibilidad de que mis hijos fumen en el futuro”, las personas con más escolaridad evaluarían más las consecuencias en comparación con los individuos de baja educación, por lo tanto, sus actitudes hacia el tabaco serían más negativas.

También se considera que la relación entre escolaridad y fumar puede estar determinada por componentes normativos. Por ejemplo, los individuos con alta escolaridad podrían considerar que sus esposas piensan que no deben fumar y ellos estarían más motivados a cumplir las expectativas de sus esposas que los de menor educación. Estas diferencias en las normas subjetivas pueden influir en sus intenciones y su conducta.

La figura 1 ilustra la influencia de los diferentes tipos de variables externas sobre las intenciones y el comportamiento por sus efectos sobre las creencias conductuales, evaluaciones, creencias normativas, motivación para cumplir, y sobre los pesos relativos de las actitudes y los componentes normativos.

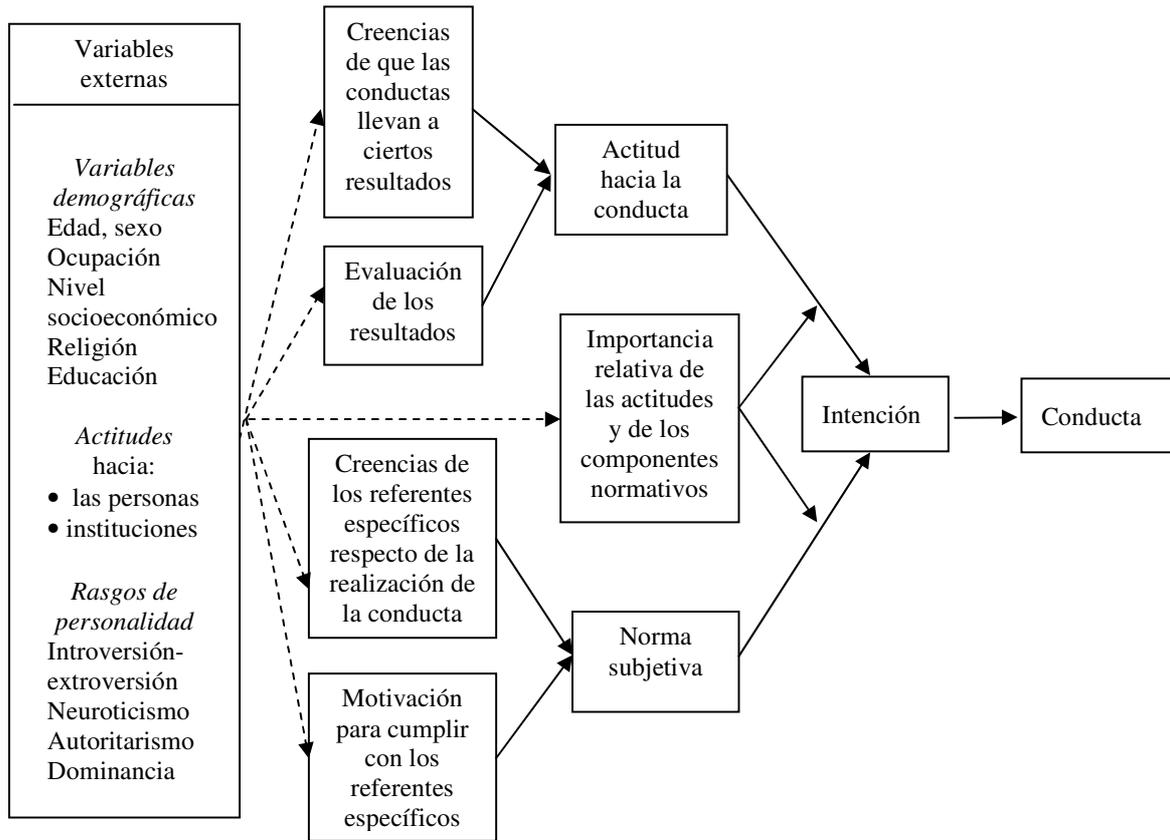


Fig. 1. Efectos indirectos de las variables externas sobre la conducta.
Fuente: Ajzen y Fishbein, 1980, pág. 84.

Correspondencia entre disposiciones globales y conducta

Ajzen y Albarracín (2007) señalan que los esfuerzos por predecir y explicar la conducta humana han tendido a confiar en explicaciones basadas en disposiciones globales como el locus de control, la búsqueda de sensaciones, la autoconciencia, el liberalismo-conservadurismo, el hedonismo, el prejuicio, la autoestima, el autoritarismo, el altruismo, la motivación de logro, y así sucesivamente. El frecuente fracaso de variables de este tipo para predecir la conducta ha minado la confianza en su utilidad.

La autoestima es un buen caso de análisis. Se ha considerado a la baja autoestima como causa de problemas de conducta. Pero no se ha encontrado virtualmente ninguna evidencia de algún efecto de la autoestima sobre el maltrato infantil, el aprovechamiento

académico, el embarazo adolescente no deseado, el crimen y la violencia, la dependencia crónica, o el alcoholismo y el consumo de drogas. No obstante, los investigadores se han aferrado a sus ideas preconcebidas con respecto a la importancia de la autoestima y se ha sugerido que se intervenga. Una amplia revisión de la literatura al respecto de la autoestima (Baumeister, Campbell, Krueger y Vohs, 2003), documentó la falta de evidencia de relación entre la autoestima y los problemas de conducta en los adolescentes, en particular, el tabaquismo, aun en grandes investigaciones longitudinales, realizadas con muestras enormes. Naturalmente, la idea no es que la autoestima sea una estructura inútil, pero es importante reconocer que esta estructura ayuda poco en nuestra comprensión de los determinantes de la conducta humana.

Otros casos de confianza imprudente son el prejuicio racial y la discriminación. En dos meta-análisis (Schütz y Six, 1996), el promedio de correlaciones entre las medidas de prejuicio y la conducta de discriminación fue de 0.29 (con base en 46 grupos de datos) y 0.26 (en 136 grupos de datos), respectivamente. En conclusión, el prejuicio no explica ampliamente el comportamiento discriminatorio.

Las evidencias de este tipo llevaron a Fishbein (Anderson y Fishbein, 1967; Fishbein y Ajzen, 1975), hace más de hace 30 años, a cuestionar la confianza en las disposiciones globales. En lugar de estudiar el papel de la autoestima, el prejuicio, el locus de control interno-externo, o alguna otra variable similar, dirigió su atención a la conducta particular de interés y a identificar sus determinantes. Gran parte de las teorías e investigaciones anteriores se habían enfocado a estudiar disposiciones globales para responder a muchos tipos diferentes de conducta, pero Fishbein y Ajzen propusieron que se identificara una conducta particular y después se buscaran antecedentes que pudieran ayudar a predecir y explicar la conducta de interés, y diseñar así una base para efectuar intervenciones para modificarla.

Las creencias de una persona acerca de fumar cigarros pueden ser muy diferentes a sus creencias sobre fumar marihuana. De manera similar, las creencias personales acerca de fumar en un elevador pueden diferir grandemente de sus creencias sobre fumar cigarros en una oficina (cambio en el contexto), y las de fumar en el desayuno de las de fumar más

tarde (cambio en el elemento tiempo). Finalmente, las creencias acerca de fumar marihuana pueden ser diferentes de las de vender marihuana (cambio en el elemento acción).

La Teoría de la Acción Razonada (TAR)

Fishbein y Ajzen (1975) y Ajzen y Fishbein (1980) postularon que hay dos determinantes primarios de la intención de realizar un comportamiento: la actitud hacia la ejecución de la conducta y la norma subjetiva (control social). Si se pretende predecir una conducta, tanto la actitud como la norma subjetiva tendrán que corresponder a la intención en términos de acción, dirección, contexto y tiempo. Por ejemplo, si se desea conocer si un sujeto intentará siempre (tiempo) dejar (acción) de fumar (dirección) cuando esté acompañado (contexto), tiene que medirse la actitud y la norma subjetiva con respecto a eso. “Yo siempre dejaré de fumar cuando esté acompañado”. Mientras algunas intenciones pueden ser primariamente influidas por consideraciones actitudinales, otras pueden ser influidas por normas, y algunas otras pueden ser influidas por ambas variables.

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

Para muchos propósitos puede ser suficiente explicar las actitudes y la norma subjetiva como referentes de las intenciones y la conducta. Un entendimiento más profundo de los factores que influyen en la conducta, sin embargo, requiere que se busquen los determinantes de las actitudes y de los componentes normativos. Esta búsqueda lleva a considerar las creencias que los individuos sostienen sobre sí mismos y sobre el mundo en que viven. Se ha asumido que los seres humanos usan o procesan esta información de una manera razonable en su esfuerzo por enfrentar su ambiente. Las creencias se encuentran detrás de las actitudes de una persona y las normas subjetivas determinan, finalmente, las intenciones y la conducta.

De los muchos tipos de creencias que un sujeto tiene, se han identificado dos que subyacen a la acción: creencias conductuales y creencias normativas.

Teoría de la Acción Planeada (TAP)

Ajzen (1991) agregó a los dos constructos conceptuales de la explicación de la conducta determinada por la intención conductual (las actitudes hacia la ejecución de la conducta y la presión normativa), un elemento más: el control conductual. Estos tres elementos son interdependientes y actúan sobre la ejecución. Las actitudes hacia la conducta median los efectos de las creencias, lo cual pudiera tener varios efectos. Uno de ellos es el peso de la evaluación subjetiva de las consecuencias (evaluación); otro es la percepción de las normas mediante las cuales el acto pudiera ser aprobado o desaprobado por los otros significativos (creencias normativas) y, por último, el peso de la motivación dado por la evaluación subjetiva (motivación para cumplir). Además propone que la percepción del control tiene un efecto directo sobre la conducta y modela la relación entre intención y conducta.

Para Ajzen (2005), generalmente las intenciones son buenos predictores de muchos tipos de conductas diferentes. Más allá de confirmar que la conducta en cuestión está en alguna medida bajo el mando volitivo, no es ninguna novedad que las personas hacen lo que piensan hacer. El interés es entender la conducta humana, no sólo predecirla; se intenta identificar las determinantes de las intenciones conductuales. Como una extensión de la teoría de la acción razonada, la teoría de acción planeada (Ajzen 1991, 2005) da dirección a la posibilidad del mando volitivo incompleto, incorporando la estructura del control conductual percibido.

Como en la teoría de acción razonada, la teoría de la acción planeada se basa en la aceptación de que los seres humanos normalmente se comportan de una manera sensata, que toman en cuenta la información disponible e implícita o explícitamente consideran las implicaciones de sus acciones. Consistente con este supuesto, y con base en los resultados, la teoría postula que la intención de una persona para realizar (o para no realizar) una conducta es el más importante determinante de esa acción.

Según la teoría de la acción planeada, las intenciones (y las conductas) están en función de tres determinantes básicos: uno de naturaleza personal, otro que refleja la influencia social, y un tercero que tiene que ver con la cuestión del mando. El factor personal está relacionado con las actitudes individuales hacia la conducta. A diferencia de las actitudes generales hacia las instituciones, personas u objetos que han sido estudiados por los psicólogos sociales, esta actitud es la evaluación positiva o negativa de la conducta particular de interés. El segundo determinante de la intención es la percepción personal de la presión social para realizar o no realizar la conducta en consideración. Dado que se trata del percibir las prescripciones normativas, este factor es aceptado como control conductual percibido. En términos generales, las personas intentan efectuar una conducta cuando la evalúan positivamente, cuando experimentan presión social para realizarla, y cuando creen que tienen los medios y oportunidades para hacerlo.

La teoría afirma que la importancia relativa de la actitud hacia la conducta, de la norma subjetiva y de la percepción del control percibido depende en parte de la intención bajo estudio. Para algunos, las actitudes son más importantes que las consideraciones normativas, mientras que para otros, las intenciones normativas son predominantes. De forma similar, cuando percibimos control conductual, es más importante para algunas conductas que para otras. En ocasiones, se necesitan únicamente uno o dos de los factores para explicar la intención, mientras que en otros, los tres son importantes. Además, los pesos relativos de los factores pueden variar de una persona a otra o de una población a otra (véase la figura 2).

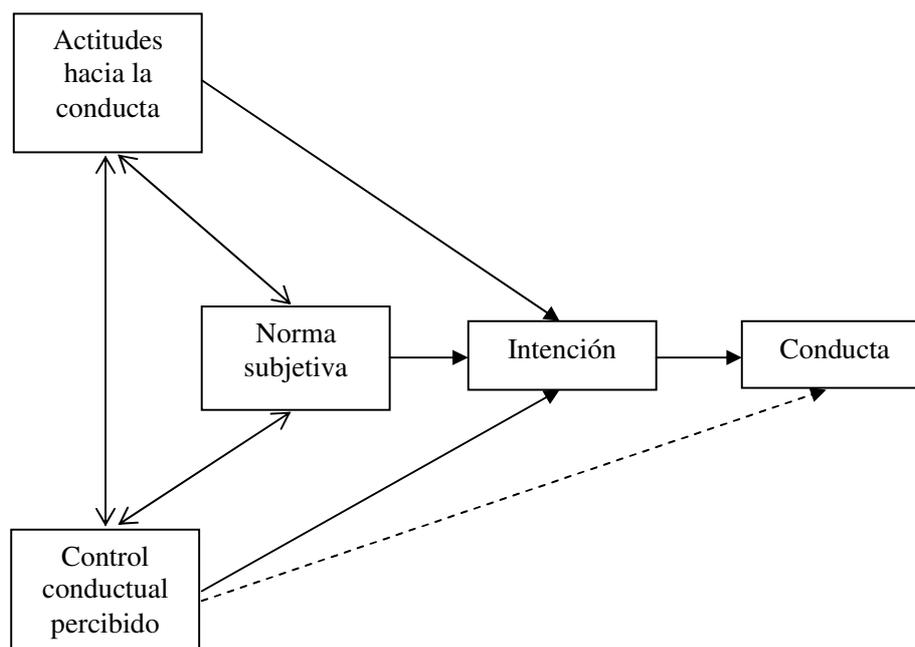


Fig. 2. Representación gráfica de la teoría de la acción planeada.
Fuente: Ajzen, 2005, pág. 118.

La teoría de la acción planeada no trata directamente con la cantidad de control que tiene una persona sobre una situación dada, sino que considera los posibles efectos del control conductual percibido en el logro de las metas conductuales. Mientras que las intenciones reflejan primariamente buenas disposiciones individuales para probar una conducta dada, el control percibido es como llevar dentro una restricción realista. Las percepciones de control conductual corresponden razonablemente bien al control real y proporcionan información útil sobre las intenciones expresadas.

La teoría asume que el control conductual percibido tiene implicaciones motivadoras para las intenciones. Es poco probable que si las personas no creen tener los recursos ni las oportunidades de realizar una cierta conducta formen intenciones conductuales fuertes, aun cuando mantengan actitudes favorables hacia la conducta y consideren que otros aprobarían la ejecución de tal conducta. Por tanto, existe una asociación entre el control conductual percibido y la intención que no es mediada por la actitud ni por la norma subjetiva. En la figura 3 se representa esta expectativa con la flecha que une el control conductual percibido y la intención.

En muchas ocasiones, una conducta no sólo depende de la motivación para realizarla sino también del control adecuado de la conducta en cuestión. La percepción de control conductual puede ayudar a predecir el logro de una meta independientemente de la intención conductual. En otros términos, el control conductual percibido puede influir en la conducta indirectamente, vía las intenciones, pero también puede usarse para predecir la conducta directamente porque se le considera un sustituto cercano o parcial del control real.

En algunas situaciones, el control conductual percibido no es realista. Es probable que éste sea el caso cuando el individuo tiene poca información sobre la conducta, cuando los requisitos o los recursos disponibles han cambiado o cuando se han incorporado a la situación nuevos elementos no familiares. Bajo estas condiciones, una medida de percepción conductual puede mentir y agregar poco a la exactitud de la predicción conductual. La flecha punteada en la figura 3 indica que el eslabón entre el control conductual percibido y la conducta esperada sólo puede surgir cuando hay algún acuerdo entre las percepciones de control y el control personal real sobre la conducta.

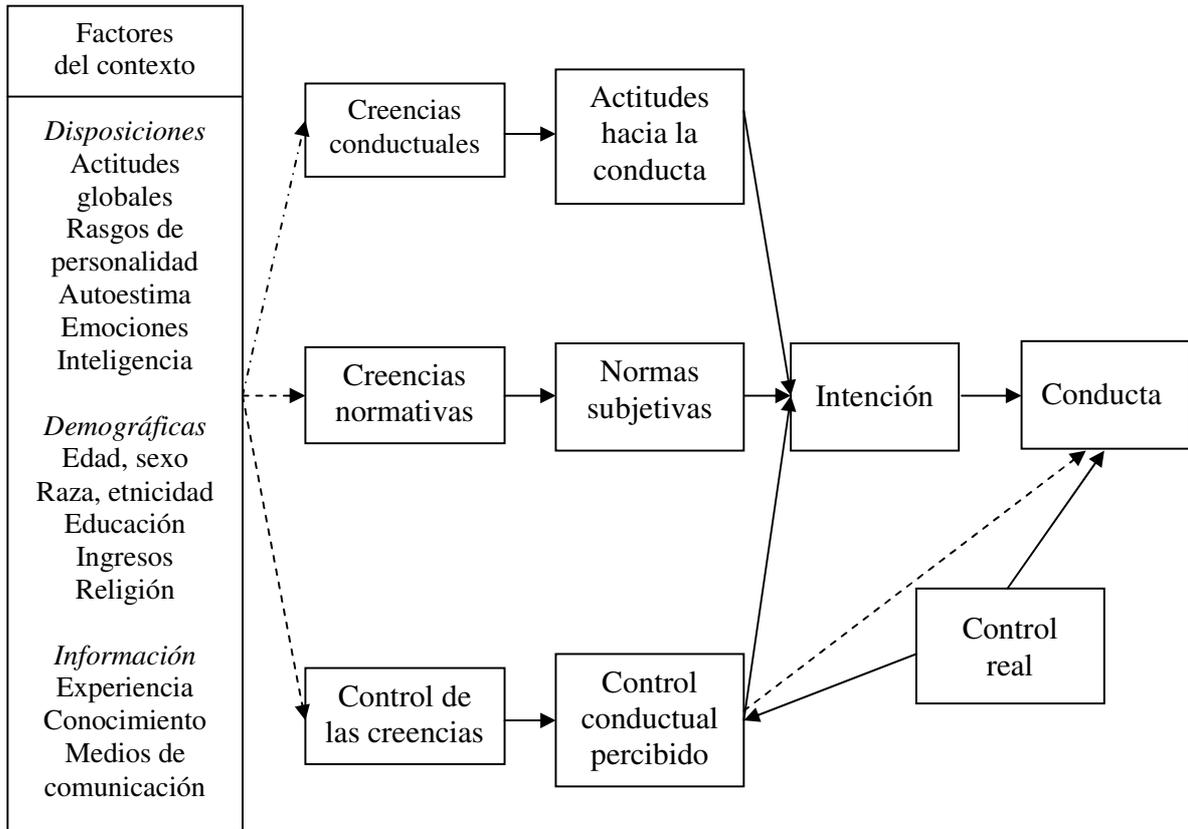


Fig. 3. Rasgos importantes de la teoría de la acción planeada.

Fuente: Ajzen, Albarracín (2007), pág. 6.

2. EL TABACO

Origen del tabaco

La planta del tabaco pertenece al género *nicotiana*, de las solanáceas; es la única en la familia capaz de sintetizar el potente alcaloide nicotina, que conserva aún en sus hojas secas. Es originaria de América, donde se usaba con fines rituales y medicinales. Fueron Rodrigo de Jerez y Luis de Torres los primeros en contar la manera en que los nativos lo consumían, enrollando las hojas en forma de mosquete e inhalaban su humo (Méndez y Flores, 1990; OMS, 1997).

Inicialmente, fue introducido en Europa en 1570 por Jean Nicot (a quien debe su nombre la nicotina), que era embajador francés en Portugal. La nicotina fue aislada por primera vez por Poseel y Reiman en el año 1828. En 1843, Mathieu Orfila inició las primeras experiencias farmacológicas con ella. A principio del siglo XVIII, el tabaco se consumía en pipas y en forma de rapé. La estrategia de producción industrial del cigarro se inició a mediados del siglo XIX y la primera fábrica estuvo ubicada en Sevilla.

En la actualidad, la producción industrial de cigarros se hace cada vez más sofisticada a fin de conciliar las demandas, por un lado, de las productoras, y por el otro de los organismos internacionales de salud para disminuir el daño a la salud. Se trata de bajar los niveles de alquitrán y de nicotina, así como de sustituir su acción sobre el paladar con múltiples sustancias químicas (alrededor de 500). Puesto que es en el proceso de combustión donde se produce la mayor cantidad de tóxicos para organismo, la producción de "cigarros sin humo" (smokeless), "cigarrillos ecológicos" o "cigarrillos limpios" (incluye el tabaco mascado) ha aumentado en los últimos años. Sin embargo, aunque dañan menos el medio ambiente, no dejan de ser igualmente peligrosos para la salud.

Composición del cigarro

La OMS (Organización Mundial de la Salud, 1997) señala que al inhalar el humo de un cigarro, lo que en realidad se hace es permitir que numerosas sustancias químicas se introduzcan en órganos vitales como el cerebro, los pulmones, el corazón y los vasos sanguíneos. El cuerpo es expuesto a más de 4,000 sustancias, como monóxido de carbono, arsénico, formol, plomo y cianuro, de las cuales alrededor de 40 producen cáncer (Méndez y Flores 1990).

La nicotina, uno de los principales ingredientes del tabaco, es una droga que produce una gran dependencia, tan fuerte como la originada por la heroína o la cocaína (Pérez-Estable, 2002). La nicotina aumenta la cantidad de dopamina en el cerebro, que produce una sensación de bienestar. También activa las glándulas suprarrenales, de modo que éstas producen hormonas que sometan al corazón a mayor esfuerzo, incrementando la presión y la frecuencia cardíaca.

Mortalidad atribuible al tabaquismo

En el mundo, se atribuyen al tabaco 4.9 millones de muertes por año, y se espera que esta cifra se incremente a más de 10 millones para el año 2030. Según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2007), el tabaquismo representa la segunda causa de muerte en el mundo y la principal causa prevenible. El 70% de las muertes por tabaco ocurren en países en vías de desarrollo (Warren, 2003). Según Shettler (2005), el consumo de tabaco en Estados Unidos causa más de 430,000 muertes cada año, casi una de cada cinco muertes que ocurren en ese país (Kim, Yu, Chen, Kim, Brintnall y Vance, 2000). En México, se estima que alrededor de 165 personas fallecen a diario por causas relacionadas con el consumo del tabaco (Kuri, González, Hoy y Cortés, 2006).

El consumo de tabaco y la exposición al humo inducen a una elevada morbilidad y mortalidad por enfermedades, en particular del sistema circulatorio y respiratorio, entre ellas, las neoplasias. La relación entre el consumo del tabaco y el incremento del riesgo de padecer cáncer es significativa; desde 1950, al analizar el incremento de muertes por cáncer

pulmonar de médicos en Inglaterra, se reconoció en el tabaco la causa directa de dicho aumento, y fue confirmado por el Surgeon General Report de Estados Unidos, según el cual el tabaquismo es un importante factor de riesgo prevenible de enfermedad y muerte. Se señala que el tabaquismo causa por lo menos 80% de los cánceres de pulmón en los países desarrollados (Organización Mundial de la Salud WHO, 2007).

El efecto del tabaquismo en la población mexicana como problema de salud pública se basa en las tasas de morbilidad y mortalidad de padecimientos relacionados con su consumo. Desde hace varios años, la enfermedad isquémica del corazón y los tumores malignos de pulmón, bronquios y tráquea ocupan los primeros lugares en la mortalidad general. Si bien en el país es incipiente la determinación del riesgo atribuible al consumo del tabaco en trastornos como la afección isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y el cáncer, un estudio de mortalidad proporcional y determinación de fracción atribuible realizado en la delegación Coyoacán en la ciudad de México ofrece información al respecto. En esta investigación se encontró que 30% de las personas que fallecieron en 1998 en dicha delegación había fumado durante los últimos 10 años de su vida y que 18% fumó durante el año anterior al deceso. Se calculó un riesgo atribuible por tabaquismo de 45% en la población general para las enfermedades del sistema circulatorio (angina de pecho, hemorragia cerebral, aterosclerosis, embolia y trombosis arteriales), de 60% para las enfermedades del sistema respiratorio y de 85% para las neoplasias (Kuri, Alegre, Mata y Hernández-Ávila, 2002).

A partir de esta evidencia se han realizado cálculos de la mortalidad para medir los efectos de la epidemia por el consumo de tabaco en México (v. gr., Kuri et al., 2006). El número total de muertes anuales atribuibles al tabaquismo por enfermedades concomitantes es de más de 60 mil (165 muertes al día), 38% de éstas a consecuencia de enfermedad isquémica del corazón, 29% a enfisema, bronquitis crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 23% a enfermedad cerebrovascular y 10% a cáncer de pulmón, bronquios y traquea.

Belsasso (2005) señala que, a partir de 1980, los padecimientos cardíacos constituyen la principal causa de muerte en México y corresponden a 15.4% de las defunciones; más de la mitad de éstas (62.4%) se relacionan con cardiopatía isquémica, patología relacionada

directamente con el tabaquismo. La cantidad de cigarrillos consumidos diariamente aumenta considerablemente la probabilidad de desarrollar cáncer pulmonar. El número de años de fumar, la edad en que se inició el consumo, la forma de inhalación y la cantidad de nicotina y alquitranes contenidos en los cigarrillos fumados han demostrado su peligrosidad.

En los últimos años ha aumentado significativamente la tasa de muerte por esta causa en ambos sexos, la cual es de 2.5 hombres por una mujer. Sin embargo, esta relación está cambiando debido al aumento del tabaquismo en las mujeres. La mortalidad por tumores malignos entre 1992 y 1998 en labio, cavidad bucal y faringe tendió a aumentar, llegando a registrarse en ese último año, 735 muertes por dichas causas (Belsasso, 2005).

Enfermedades causadas por el tabaco

Las sustancias contenidas en el cigarro afectan a todo el cuerpo y pueden producir numerosas enfermedades, entre ellas: cáncer de pulmón y otros tipos de cáncer, bloqueo de las arterias del corazón, ocasionando ataques cardíacos, derrame cerebral, enfisema pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), úlceras estomacales, osteoporosis (particularmente entre las mujeres). Además, el alquitrán del cigarrillo produce manchas y caries en los dientes y problemas en las encías que pueden provocar la caída de los dientes (Pérez- Estable, 2002).

Consecuencias económicas

La epidemia de tabaquismo implica graves consecuencias económicas, sobre todo en países emergentes. Estos costos incluyen los de la atención de las enfermedades secundarias al tabaquismo, la muerte en edades productivas y la disminución de la productividad en los enfermos, entre otros. En un estudio realizado en hospitales de la Secretaría de Salud (Valdés, Lazcano y Hernández, 2005), se calculó un costo anual por atención médica para la institución de 1,464 dólares para enfermedades cardiovasculares, 628 dólares para el cáncer de pulmón y 210 dólares para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Shettler (2005) señala que en Estados Unidos los costos para la nación son entre 50 y 73 mil millones de dólares en facturas médicas exclusivamente. Kim et al. (2000) afirman que en

ese país el fumar implica cada año 100 mil millones de dólares en costos de salud y pérdida de productividad.

Además, existe una relación estrecha entre el tabaquismo y la pobreza, ya que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2007), las familias de escasos recursos invierten hasta 10% del gasto familiar para adquirir tabaco, lo que a su vez altera la dinámica familiar al disponer de menores recursos para la alimentación, la educación y la atención a la salud. En México, la Encuesta de Ingresos y Gastos muestra que los hogares con menor ingreso emplean una mayor proporción de éste en el consumo de tabaco (Vázquez, Sesma y Hernández, 2002).

Epidemiología del tabaco

Tabaquismo en el mundo

Se calcula que alrededor de 1,300 millones de personas en el mundo consumen tabaco; de ellas, casi 1,000 millones son hombres y 250 millones son mujeres (v. gr., Kuri et al., 2006). En los hombres, la edad de inicio va siendo mayor, mientras que en las mujeres, cada vez es menor (Joossens, Sasco, Salvador y Villalbí, 1999).

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

En el mundo, se observan diferencias de género importantes en el consumo del tabaco: son fumadores 47% de los hombres y 12% de las mujeres; en países desarrollados las cifras son 42% de hombres y 24% de mujeres, y en los países emergentes, 48% de hombres y 7% de mujeres (Warren, 2003).

En 2005, 21.6% de los jóvenes entre 13 y 15 años eran fumadores y tuvieron un consumo per cápita de 647 cigarros al año. En este rango de edad, las mujeres fumaron casi tanto como los hombres (20.3% y 22%, respectivamente) (PAHO, 2006).

Tabaquismo en América

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2001) señala que 800,000 personas fuman en América y 10% de muertes en la región están relacionadas al tabaco. Datos recientes muestran que el consumo actual de tabaco alcanza a la tercera parte de la población urbana de los países de América Latina, Estados Unidos y Canadá (PAHO, 2006). Dichos datos revelan, además, que mientras en los países de América del Norte (Estados Unidos y Canadá) se observa una disminución continua del uso actual, los países del Cono Sur evidencian los índices más elevados de consumo, seguidos por los países Andinos. Se observa asimismo que dicha situación ha tendido a mantenerse estable durante el segundo quinquenio de la década.

En Estados Unidos, 20.9% de todos los adultos son fumadores. De éstos, 24% tiene entre 18 y 24 años de edad, y otro 24% entre 25 y 44 años (Powe, Ross y Cooper, 2007). Kim et al. (2000) señalan que fumar es principalmente una conducta masculina en los coreano-norteamericanos, ya que cerca de 90% de las mujeres de esa población nunca han fumado.

Se ha señalado que aún cuando se ha podido obtener datos que permiten ubicar a la situación epidemiológica específica de algunos países dentro del contexto de la Región, un número importante de países no cuenta actualmente con la información necesaria que les permita señalar con precisión cuál es el impacto real del tabaco sobre sus poblaciones específicas. Esta situación es ocasionada por factores que afectan los sistemas de información en salud, desde la recolección de datos hasta la entrega oportuna a los organismos pertinentes, e involucra aspectos de tecnología científica y hasta actitudinales, generando consecuencias sobre los planes y políticas para afrontar el problema.

Tabaquismo en México

A partir de 1988, en México se ha fortalecido la vigilancia epidemiológica de las adicciones, lo cual permite contar con una visión más clara del tabaquismo en el país. Por consiguiente, es posible idear mejores lineamientos para evitar la epidemia. Se cuenta con información periódica sobre el tabaquismo desde 1988, a partir de las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA), estudios en grupos poblacionales específicos e investigaciones de accesibilidad al producto por menores de edad, entre otras fuentes. Las Encuestas Nacionales de Adicciones de 1988, 1993 y 1998 se llevaron a cabo en personas de 12 a 65 años de edad de áreas urbanas. Estas encuestas se basan en un diseño muestral probabilístico, polietápico y estratificado por conglomerados. La Encuesta Nacional de Adicciones 2002 ya incluyó datos del área rural, además de la urbana, y posee un marco de representación estadística nacional. En 1990 se estableció de manera formal en México el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), cuyo objetivo es acercarse a la conducta de consumo de sustancias lícitas e ilícitas de la población. En 2001 se incorporó en este sistema la información proveniente de las clínicas de tabaco, como parte de la producción de información y vigilancia periódica de la epidemia del tabaquismo en México (Kuri et al., 2006).

Los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (INEGI, 2004) indican que casi 14 millones (26.4%) de personas del área urbana entre 12 y 65 años de edad son fumadoras activas. A pesar de que se observa con claridad un incremento del número de fumadores, de nueve millones en 1988 a casi 14 millones en 2002, la prevalencia sólo muestra un leve aumento, de 25.8% en 1988 a 26.4% en 2002. En el área rural, la mayoría de las personas de 12 a 65 años de edad son no fumadores (70.7%). La edad de los fumadores del área urbana es de 18 a 29 años de edad (40.8%).

La prevalencia de fumadores de 18 a 65 años de edad es de 30.2% (12.9 millones) en el área urbana. Por sexo, es de 45.3% en hombres y 18.4% en mujeres. En el área rural, 16.6% (2.2 millones) es fumador (32.3% de hombres y 4.2% de mujeres). En las áreas urbanas, los fumadores son jóvenes de 18 a 29 años de edad (40.8%). En el área rural, la mayor parte de los fumadores se encuentra en los extremos de la vida: 28.8% en el grupo de 18 a 29 años y 27.1% en los de 50 a 65 años.

El inicio del tabaquismo en áreas urbanas tuvo lugar a temprana edad, cuando eran menores: 41.1% entre los 15 y 17 años. Sólo 3.7% inició entre los 26 y 35 años y 1.3% a edades mayores de 35 años; en el área rural, 39.7% comenzó entre los 18 y 25 años. Una proporción semejante en las dos áreas empezó entre los 11 y 14 años de edad (12% en el urbano y 15% en el rural). La edad de inicio por sexo muestra diferencias: en ambas áreas, los hombres inician el consumo a edades más tempranas, en comparación con las mujeres.

Adultos fumadores muestran un patrón de consumo de cigarros similar al de los adolescentes en las zonas urbana y rural: en la primera, 64% fuma 1-5 cigarros; y en la segunda, 52.6%.

En cuanto a la escolaridad de los fumadores adultos del área urbana fue mayor respecto del área rural: 26.6% ha cursado la secundaria en la zona urbana, mientras que en el área rural sólo lo han hecho 18%.

Tabaquismo en jóvenes

En un estudio efectuado en diferentes ciudades del país en estudiantes de secundaria (Valdés, Meneses, Lazcano, Hernández y Hernández, 2004) se encontró que 53.0% de ellos habían fumado cigarros alguna vez (hombres: 51.2%, mujeres: 53.4%); 24.0% consumían algún producto del tabaco en el momento de la entrevista (hombres: 25.3%, mujeres: 21.4%), y que 20.2% fumaban cigarros (hombres: 20.1%, mujeres: 19.3%).

Para Kuri et al. (2006), el inicio del consumo de tabaco a edad temprana implica la integración de un grupo de fumadores muy jóvenes (para quienes es ilegal), que se diferencia del consumo de los adultos. Cerca de un millón de adolescentes de 12 a 17 años en el área urbana son fumadores (10.1%), con una mayor presencia en los hombres (15.4%) respecto de las mujeres (4.8%). En el área rural, la presencia de fumadores menores de edad es menor (6.1%), y se observa el mismo patrón de mayor consumo en los varones (11.3% en hombres contra 1% en mujeres).

Casi la mitad de los adolescentes (47.6%) comenzó a fumar entre los 15 y 17 años, y en el área rural esta cifra es mayor (50.5%). En ambas áreas, 10% de los hombres inició el hábito antes de los 11 años; ninguna mujer comenzó el hábito a esta edad. Un gran

porcentaje de los adolescentes sólo fuma 1-5 cigarros por día (86.5%). En el área rural, todos los adolescentes fumadores consumen también sólo de 1 a 5 cigarros cada día. En relación con la escolaridad de los fumadores adolescentes, en el área urbana 35.4% cuentan con preparatoria, en tanto que en el área rural la cifra es de 1.4%.

Tabaquismo en personal de salud

El personal de salud desempeña un indudable liderazgo en su comunidad, por lo que sus creencias, actitudes y comportamientos, en particular con respecto al consumo de tabaco, tienen un fuerte efecto sobre sus pacientes. En México se han realizado desde hace 25 años estudios de tabaquismo en el personal de salud. Puente (1986) efectuó una encuesta en el personal médico de siete hospitales de tercer nivel y se encontró que por lo menos siete de cada 10 habían fumado alguna vez en su vida. En otro estudio realizado por Tapia, De la Rosa, García y Kuri (2007) se reportó que la prevalencia de consumo de tabaco entre los médicos era de 27%, es decir, casi uno de cada tres médicos era fumador, seis de cada 10 de los médicos fumadores, lo hacían de manera cotidiana y más de 50% fumaba, en promedio, de uno a cinco cigarros por día. Sansores (1999) aplicó una encuesta a los trabajadores de los institutos nacionales de salud y encontró que la prevalencia de fumadores fue de 28%. En 2004 se encontró en personal de sanidad militar del tercer nivel de atención una prevalencia de 14.8%, la cual es inferior a las cifras de estudios similares aplicados en personal de salud no militar.

Tapia et al. (2007) aplicaron encuestas a estudiantes aspirantes a la residencia médica y observaron que 20% de ellos eran fumadores actuales y 34% ex fumadores, y que más de dos terceras partes fumaban de uno a cinco cigarros por día (fumadores menores). En cuanto a su intervención ante el consumo de tabaco, seis de cada 10 (62%) de los médicos fumadores no les preguntaban a sus pacientes si fuman y sólo tres de cada 10 (33%) habían instituido tratamiento especializado en algún paciente fumador.

Los resultados del estudio de Rivas y Cadarsi (1995) mostraron que la prevalencia de fumadores en estudiantes de medicina hombres es superior al promedio de la población en general. En el caso de las estudiantes mujeres fumadoras, la imitación de los modelos familiares y sociales tuvo mayor importancia en la adquisición y conservación de la

conducta tabáquica; en ellas existía un bajo interés por dejar de fumar. En el grupo total de estudiantes, la información y el consejo médico no funcionan como estímulos importantes en el abandono del tabaquismo. El hecho de fumar y de dejar de hacerlo dependía en mayor medida de motivaciones sociales o psicosociales que de una preocupación por la propia salud.

Humo de segunda mano

En los últimos años se han documentado ampliamente los trastornos ocasionados por tabaquismo pasivo o la exposición ambiental al humo del tabaco. Un fumador involuntario es el sujeto no fumador que se expone al humo del tabaco de personas fumadoras al convivir con éstas. Se considera que el humo ambiental del tabaco contiene en esencia las mismas sustancias carcinógenas y los agentes tóxicos que inhalan directamente los fumadores, de tal manera que cuando una persona que no fuma se ve expuesta al humo del tabaco en un ambiente cerrado incrementa el riesgo de padecer el mismo tipo de enfermedades a las que se ve expuesto el fumador (Belsasso, 2005).

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2002 (INEGI, 2004) reportó que el 42.5% de la población era fumador pasivo expuesto al tabaco en su casa. Cinco años después, 41% de la población era fumador involuntario, casi todos sin antecedentes de fumar (71%) y del sexo femenino. De estos fumadores pasivos, 31% tenía menos de 18 años. En la ENA 1998 (SSA-CONADIC, 2000) se encontró que 52.6% de la población era fumador pasivo, en su mayoría mujeres, y para 2002 los fumadores pasivos representaron sólo 36.1%. Esta última cifra pareciera indicar un éxito de las campañas para evitar ser una víctima de los fumadores.

Kim et al. (2000) afirma que el humo de segunda mano contribuye con aproximadamente con el 30% de todas las muertes de cáncer y significativamente a otras enfermedades crónicas mayores, incluso enfermedades del corazón, enfermedades cerebrovasculares, bronquitis crónica, y enfisema. Para Pérez-Estable (2002), cada año el humo del cigarrillo es responsable de aproximadamente 3,000 muertes por cáncer de pulmón y de 35,000 a 40,000 muertes por ataques cardíacos en personas que no fuman.

Hijos y cónyuges de los fumadores forman parte del grupo de fumadores involuntarios, sobre todo en el interior de sus propios hogares.

Los hijos de madres fumadoras nacen con un peso promedio menor al de los hijos de madres no fumadoras, y se ha comprobado que existe un aumento en los niveles de carboxihemoglobina en la sangre fetal, lo que se traduce en hipoxia fetal. Los partos prematuros y mortalidad perinatal atribuidos al tabaco se incrementan notablemente en relación con los hijos de madres no fumadoras. Se ha reportado entre un 10% y un 20% de aumento en el riesgo de aborto espontáneo, así como un incremento en la frecuencia del desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragias durante el embarazo y ruptura prematura de membranas. En estudios bioquímicos se ha encontrado que los niños de padres fumadores están expuestos a carcinogénicos durante la gestación y la primera infancia. También se ha observado que jóvenes hijos de padres fumadores son más susceptibles de padecer algún tipo de cáncer que los niños de padres no fumadores (Belsasso, 2005).

La probabilidad de presentar infecciones respiratorias agudas se incrementa en los hijos de padres que fuman dentro de su casa; con respecto a los niños no expuestos a la inhalación del humo del tabaco, existiendo una relación proporcional entre el número de infecciones respiratorias agudas, en los niños expuestos y la cantidad de cigarrillos consumidos intramuros por sus padres (Fernández, Villalba, Flores, Lezama, Martínez, 1992). También corren más riesgos de contraer infecciones de oído y asma.

Los adultos expuestos en forma crónica al humo del tabaco ajeno también se enfrentan a riesgos de cáncer de pulmón y de enfermedad cardiovascular (Belsasso, 2005). Tal es el caso de no fumadores que trabajan compartiendo espacios con fumadores o que laboran en puestos de servicio a fumadores.

La cantidad de sustancias a las que se encuentra expuesto el fumador involuntario están determinadas por factores como el tipo de emisor del humo —pipa, puro o cigarro—, las características del mismo, sin filtro o con filtro, cantidad de alquitrán y nicotina, y otros aspectos propios del producto consumido, así como las características inherentes al sitio de exposición, es decir, tamaño del lugar, ventilación, tiempo de exposición y número de fumadores, entre otros (Belsasso, 2005).

Control del tabaquismo

Desde hace algunas décadas, gobiernos de todo el mundo están realizando valiosos esfuerzos para controlar la epidemia tabáquica. Se pretende reducir el número de fumadores, retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco, incrementar la protección a los no fumadores, disminuir el consumo de tabaco y fomentar la cesación (v. gr., Kuri et al., 2006). En la lucha contra el tabaquismo es indispensable contar con información y análisis permanentes, con objeto de orientar las medidas de prevención y control, a fin de fortalecer la política fiscal del tabaco, eliminar la publicidad de los productos, crear ambientes y espacios libres de humo, evitar el acceso de los adolescentes al producto, suministrar información de manera permanente a la población sobre los daños, ofrecer opciones de tratamiento a los fumadores y propiciar la sustitución de cultivos.

La prevención del consumo de tabaco comúnmente se efectúa desde la escuela primaria, y durante los siguientes grados escolares, en donde se ofrece a los estudiantes información respecto del tabaco y sus efectos sobre la salud. Sin embargo, existen otros elementos psicosociales, como la curiosidad de los niños y adolescentes, y la presión de los amigos, que juegan un papel importante en el inicio del consumo de tabaco.

Se ha encontrado consistentemente que mientras más pronto se empiece a fumar, hay mayores riesgos de que se fume durante la vida adulta. Por consiguiente, se ha prestado especial atención a las intervenciones preventivas del tabaquismo, las cuales ya han empezado a dar algunos resultados (Min y James, 1994).

Si bien el personal de salud dispone de la suficiente información acerca del daño que el tabaco provoca en la salud, su comportamiento adictivo es similar al del resto de la población. Por tanto, se requiere realizar acciones específicas para disminuir su índice de tabaquismo en beneficio de su propia salud y la de sus pacientes. Las acciones deberán orientarse a los estudiantes de medicina y de otras licenciaturas relacionadas con este campo, así como en personal que labore en diferentes instituciones de atención a la salud.

Los mensajes que apuntan únicamente a la asociación tabaquismo – riesgos para la salud tienen pocas probabilidades de éxito, pues pasan por alto las complejas motivaciones que subyacen al comportamiento tabáquico. En consecuencia, es necesario intervenir con acciones de manejo de estrés y de otras variables psicosociales como medidas preventivas y terapéuticas del tabaquismo.

3. CREENCIAS Y TABAQUISMO

Diversos estudios han mostrado que las creencias distinguen de manera marcada a los fumadores de los no fumadores y aparecen como factores protectores o de riesgo.

Creencias respecto de los efectos del tabaco sobre la salud

Los chicos que piensan que fumar por uno o dos años y después dejar el cigarro no entraña riesgos para su salud, tienen casi cuatro veces más probabilidades de volverse fumadores que aquellos que están convencidos de que fumar es dañino (Valdés et al., 2006).

Kim et al. (2000) preguntaron a 400 hombres y 159 mujeres sus creencias en relación con las enfermedades asociadas con el tabaco. Más del 90% de los entrevistados señalaron la relación entre fumar y cáncer pulmonar, enfisema, y bronquitis, pero estuvieron menos seguros de que el fumar se relacionaba con cáncer de boca y enfermedades cardíacas (70% y 68%, respectivamente). La gran mayoría estuvo de acuerdo con las afirmaciones: “Al fumar una mujer embarazada puede dañar al bebé” (98%), “Las personas no deben fumar en lugares donde pueden causar daños a otros” (98%), “El fumador pasivo es dañado” (94%), y “La mayoría de las muertes del cáncer pulmonar son causadas por fumar” (88%). Independientemente de si eran fumadores o no, los participantes sostuvieron la creencia de que fumar es dañino para la salud.

Eiser, Eiser, Gammage y Morgan (1989) encontraron en un estudio con 10,579 escolares entre 11 y 16 años, que los fumadores, comparados con los no fumadores en términos del locus de control, creyeron menos en el control de “los poderosos” y más en el control personal y en la importancia del azar en la salud. Con respecto a las situaciones relativas a las enfermedades, los fumadores se preocupaban más que los no fumadores por

evitar que sus amigos los vieran enfermos, pero en menor medida por fumar en la escuela o ser una molestia para los demás; asimismo, estaban menos convencidos de los beneficios de las conductas preventivas para conservar la salud, como comer bien y realizar ejercicio. Los autores reportaron diferencias de género: las niñas se preocupaban mucho más que los chicos por todos los aspectos relativos a la enfermedad y a cómo mantenerse sanas. Ellas se mostraron particularmente convencidas de los beneficios de la limpieza y de la buena comida. Sin embargo, creían menos en el poder de “los poderosos” o en el control personal sobre la salud. Con base en estos resultados, las altas tasas de fumadoras entre las chicas no pueden atribuirse a una falta de interés por el cuidado de la salud.

Con respecto a las creencias sobre el humo de tabaco ambiental, Valdés et al. (2006) reportaron que 73.8% de los entrevistados creían que el humo de los cigarrillos de los demás era dañino para ellos y 46.9% pensaban que fumar en lugares públicos debería prohibirse. En el estudio de Kim et al. (2000), cuando se preguntó a los entrevistados “¿Qué haría usted si alguien estuviera fumando en un lugar público y no hubiera ninguna regla que lo impidiera”, 58% de los no fumadores y 48% de los exfumadores respondieron que se marcharía.

Chalmers, Seguire y Brown (2002) investigaron las creencias acerca de fumar en estudiantes de enfermería. Quienes no fumaban estaban más de acuerdo que quienes sí lo hacían, los fumadores necesitaban la ayuda de la familia y los amigos para dejar de fumar, que la salud de la sociedad debe protegerse con leyes que impidan fumar y las enfermeras deben poner el ejemplo como no fumadoras. Las enfermeras que no fumaban tendían a promover más comportamientos saludables, como la actividad física, la buena nutrición y la liberación de la tensión.

Creencias sobre la vulnerabilidad a los efectos del tabaco

Weinberger, Greene, Mamlin y Jerin (1981) estudiaron las creencias de 120 fumadores y exfumadores. Encontraron que los ex-fumadores veían el fumar como un problema serio de salud, y se sentían personalmente susceptibles a sus efectos adversos. Los fumadores moderados (de 1 a 10 cigarrillos al día) también veían el fumar como un serio problema, pero no se percibían vulnerables a sus efectos. Los ex-fumadores informaron, además, que sus

médicos no les aconsejaron dejar de fumar; los fumadores afirmaron que les gustaría recibir tales consejos.

Comúnmente, las personas creen que los demás están en riesgo y no reconocen su propia vulnerabilidad. Es difícil superar este optimismo poco realista sobre la vulnerabilidad personal. Tal optimismo puede ser dañino para los jóvenes fumadores, ya que disminuye el riesgo que perciben por fumar, pero sería beneficioso para los fumadores consuetudinarios, dado que con frecuencia necesitan numerosos esfuerzos para lograr tener éxito en su propósito de dejar de fumar. Los adolescentes empiezan a fumar sin una idea clara respecto del tiempo que lo harán. No creen que les será difícil dejarlo y continúan experimentando con el tabaco hasta que la adicción se establece. En ese momento, dejar de fumar constituye un obstáculo tal que jamás esperaron.

Creencias sobre el tabaco como droga

Dos creencias distinguen con claridad a los fumadores de los no fumadores. Una de ellas tiene que ver con la consideración del tabaco como una droga. Los que responden que no saben si el tabaco es o no una droga, tienen el doble de probabilidades de convertirse en fumadores, mientras que para los que responden que no, las probabilidades superan el triple. La otra creencia se refiere a considerar que se es muy joven para fumar. Los que responden que no saben tienen más del doble de probabilidades de volverse fumadores, y los que responden que no, tienen cuatro veces más probabilidades de serlo (Valdés et al., 2006).

Creencias sobre el atractivo y sociabilidad de los fumadores

En su investigación con estudiantes de secundaria, Valdez et al. (2006) encontraron que quienes consideran que las adolescentes que fuman consiguen más amistades tienen 20% más de probabilidades de convertirse en fumadores. Por lo contrario, los chicos que creen que los adolescentes que no fuman gozan de más amistades tienen 46% menos probabilidades de ser fumadores. Respecto del atractivo percibido en los fumadores, quienes piensan que fumar determina que las adolescentes luzcan menos atractivas tienen

41% menos probabilidades de ser fumadores; algo similar, pero más acentuado, ocurre con los que ven a los fumadores varones como menos atractivos. Los jóvenes que creen que una mujer que fuma es más popular, inteligente o sexy, tienen nueve veces más probabilidades de ser fumadores que los que piensan que una fumadora es alguien a quien le falta confianza en sí misma, que está nerviosa o que no es inteligente. Se presenta también esta asociación con respecto a las creencias sobre el hombre fumador.

Tapia et al. (2007) reportaron que cuando se preguntó a médicos fumadores y no fumadores si creían que los fumadores eran más aceptados socialmente y si los fumadores eran más atractivos sexualmente, los fumadores estuvieron significativamente más de acuerdo con estas afirmaciones que los no fumadores.

Powe et al. (2007) afirman que las creencias más comunes de los jóvenes en relación con las consecuencias del tabaco son positivas: 1) fumar hace a un hombre parecer más masculino; 2) fumar ayuda a sentirse menos ansioso; 3) fumar sirve para controlar el peso. Además, los varones suelen asociar el fumar con la confianza en sí mismo y con beneficios emocionales.

Creencias sobre la permisividad para fumar

En su investigación, Ma, Shive, Legos y Tan (2003) encontraron que los adolescentes que fumaban sentían que si se les encontraba fumando en la escuela, ni la dirección escolar ni sus padres les impondrían un castigo. Las creencias de las figuras de autoridad influyen significativamente en los chicos, aquellos cuyos padres creen que los cigarros no son malos, tienen más probabilidades de ser fumadores.

Creencias sobre los cigarros “light”

Kropp y Halpern-Felsher (2004) compararon las creencias sostenidas por los jóvenes respecto de los cigarros regulares contra los “light”, los cuales fueron introducidos al mercado en los años cincuenta y han sido comercializados falsamente como más saludables y como una alternativa segura para dejar de fumar. Estos autores encontraron que mientras que los adolescentes perciben riesgos serios asociados con fumar cigarros regulares, como

cáncer pulmonar, ataques cardíacos, tos, problemas para respirar o arrugas prematuras, creen que los cigarros “ligh” no les causan tantos problemas, que podrían fumar por más tiempo y que con ellos podrían dejar de fumar más fácilmente.

Creencias sobre el poder adictivo del tabaco

Es más probable (84%) que los fumadores, en comparación con los no fumadores, consideren que es muy difícil dejar de fumar una vez que se empieza (v. gr., Valdés et al., 2006).

Los adolescentes fumadores creen que no tendrán problemas si fuman sólo un año o dos y que fumar un cigarro ocasionalmente no causa ningún daño. También creen que el cigarro les ayuda a relajarse y a reducir la tensión, a controlar su peso, así como a sentirse a gusto en las fiestas y en otras situaciones sociales. Además, los fumadores consideran que podría dejar de fumar cuando quisieran y que sus papás no pondrían objeción para que fumaran cuando fueran mayores (Min y James, 1994).

Los fumadores generalmente consideran que la adicción al cigarro ocurre rápidamente y que es difícil dejarlo (Weinstein, Slovic y Gibson, 2004). Sin embargo, los fumadores jóvenes tienden a creer que son menos adictos que el fumador promedio y que tendrían menos dificultad que los demás para dejar de fumar. Tanto los fumadores jóvenes como los adultos que quieren dejar de fumar sobrestiman la probabilidad de que tendrán éxito en su propósito durante el año siguiente. Pocos de ellos piensan en el tiempo que les llevará y el momento en que empezarán a dejar de fumar (Thompson, Fredickson y Bishop, 2003).

Influencia de la publicidad sobre las creencias

Una fuente importante de creencias en relación con el tabaco es la publicidad emitida por las compañías tabacaleras. Los estereotipos presentados muestran con frecuencia a mujeres esbeltas y sensuales y a hombres viriles y atractivos, con posesiones llamativas, haciendo creer, principalmente a los jóvenes, que el tabaco se asocia con bienestar físico y social (Califano, 1995).

El consumo de productos de tabaco se encuentra estrechamente asociado con la exposición de la persona a la comercialización de éstos. Las cuantiosas ventas de cigarros en el mundo se deben, en gran medida, a la publicidad ejercida por las compañías transnacionales de tabaco, la cual es dirigida primordialmente a la población adolescente, por medio de revistas de moda y patrocinios de eventos deportivos. Valdés et al. (2004) encontraron que, en los últimos 30 días, los jóvenes estudiantes de secundaria dijeron haber visto anuncios de cigarros en carteleras (85.8%) o en periódicos o revistas (73.1%); 17.6% de los entrevistados afirmaron que poseían un objeto con un logotipo de una marca de cigarros y 11.9% manifestaron que un representante de una compañía tabacalera les había ofrecido gratuitamente cigarros.

Según Warren (2003), las empresas tabacaleras han identificado a las mujeres y a las adolescentes en los países en vías de desarrollo y particularmente en Asia como un inmenso mercado sin explotar. El autor afirma que un informe reciente revela la estrategia de la industria la cual está encaminada a vender sus productos principalmente en China, India e Indonesia. Se considera que vender cigarros a las mujeres representa actualmente la mayor oportunidad de negocios en el mundo. En sus mensajes, las tabacaleras asocian el consumo de tabaco con la independencia femenina, el glamour y el romance.

Los países con mayor prevalencia de jóvenes fumadores son aquéllos en los que los adolescentes están más expuestos a la influencia de la publicidad directa tanto en muros como en publicaciones escritas. Según la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (OPS, 2001, véase cuadro 1), en todos los países de América al menos la mitad de los jóvenes de 13 a 15 años de edad están expuestos a la publicidad directa de las compañías tabacaleras. En México, 92.4% de los jóvenes de 13 a 15 años han visto publicidad de tabaco en bardas y 86.7% en periódicos y revistas. Además, uno de cada cuatro adolescentes (25.7%) posee algún objeto con el logotipo de una marca de cigarros. Al menos uno de cada siete jóvenes de la mayoría de los países posee objetos publicitarios con el nombre o el logo de una marca de tabaco. La mayor parte de estos objetos sólo puede obtenerse directamente de las propias compañías. Estos datos muestran que los adolescentes están sometidos a la promoción de productos del tabaco, lo cual influye significativamente en sus creencias. Aun en el supuesto de que dicha industria no buscase intencionadamente esta exposición, los datos indican la dificultad de excluir a los jóvenes

de las audiencias a las que va dirigida la publicidad y, por lo tanto, la ineficacia de las medidas que permiten la publicidad teóricamente dirigida sólo a los adultos.

Cuadro 1. Prevalencia (%) de conocimientos, actitudes, deshabituación y exposición a la publicidad en jóvenes de 13 a 15 años en las Américas

	Cree que los fumadores tienen más amigos	Quiere dejar de fumar	Lo intentó en el último año	Vio publicidad en bardas	Vio publicidad en periódicos o revistas	Tiene objeto con logotipo	Le ofrecieron tabaco gratis
ÁREA ANDINA							
Bolivia, Cochabamba	18.1	56.3	59.8	87.6	80.0	17.9	11.6
Bolivia, La Paz	18.2	64.7	66.9	88.2	82.0	19.3	13.9
Bolivia, Santacruz	16.9	69.8	63.7	89.4	81.1	20.2	11.9
Perú, Huancayo	13.4	75.1	68.0	69.1	75.8	12.0	11.7
Perú, Lima	13.4	67.7	63.4	78.3	84.0	13.3	9.3
Perú, Trujillo	14.3	78.3	76.5	71.8	78.1	11.3	10.0
Perú, Tarapoto	15.1	86.3	80.3	75.5	81.3	8.0	9.3
Venezuela	11.7	69.6	69.4	79.6	78.8	14.8	10.4
CONO SUR							
Argentina, Buenos Aires	8.6	47.4	51.6	89.8	89.5	18.3	10.4
Chile, Coquimbo	18.1	51.7	61.2	83.6	79.3	11.3	9.9
Chile, Santiago	17.4	44.3	59.7	88.2	80.7	12.2	8.9
Chile, Valparaiso	20.7	50.8	61.3	86.2	77.2	11.2	10.3
Uruguay, Maldonado	12.9	58.7	63.6	94.4	87.3	16.9	21.8
Uruguay, Montevideo	11.4	52.1	58.2	91.7	84.9	18.7	19.8
Uruguay, Rivera	12.8	65.5	60.6	90.4	82.6	24.0	19.8
Uruguay, Colonia	10.2	46.0	50.4	89.7	81.6	16.3	17.4
AMÉRICA CENTRAL							
Costa Rica	18.0	61.9	65.8	91.9	85.5	13.4	7.8
MÉXICO							
Monterrey	14.1	54.4	58.5	92.4	86.7	25.7	12.1
CARIBE LATINO							
Cuba	10.4	58.8	65.6	67.4	63.6	13.5	7.5
Haití	16.9	83.1	81.4	64.1	61.7	20.5	11.2
CARIBE							
Antigua y Barbuda	27.2	*	*	73.5	57.2	15.0	11.5

CREENCIAS Y TABAQUISMO EN UNIVERSITARIOS
Juan Martínez Berriozábal

Bahamas	35.8	75.2	77.3	63.2	62.8	15.3	10.8
Barbados	25.6	50.2	64.6	70.0	69.6	14.8	8.3
Dominica	33.4	54.8	52.4	*	57.4	21.0	12.2
Grenada	27.0	72.1	69.8	60.2	55.6	15.9	12.9
Guyana	27.4	*	*	80.3	79.4	17.5	12.6
Jamaica	31.9	73.3	68.1	65.9	61.2	13.7	8.6
Montserrat	27.8	*	*	51.5	38.9	15.3	13.4
San Vicente	29.8	77.8	83.9	65.9	60.5	16.7	9.8
Santa Lucía	34.4	75.7	*	65.7	56.4	18.0	12.6
Suriname	29.2	75.0	68.3	77.3	74.4	22.6	13.8
Trinidad y Tobago	32.2	69.4	76.5	83.6	80.3	19.4	11.1
AMÉRICA DEL NORTE							
Estados Unidos	*	55.8	58.2	*	88.0	21.7	*

* Datos no disponibles.
Fuente: OPS, 2001.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2001) afirma que las campañas publicitarias de las compañías tabacaleras impactan las creencias de los jóvenes, en particular las de los adolescentes. Se encontró que la mitad de los estudiantes que participaron en su estudio efectuado en Perú dijeron haber visto mensajes antitabaco en medios de comunicación, y dos de cada diez vieron muchos avisos antitabaco en eventos deportivos, conciertos y otros eventos, o en carteleras y bardas para anuncios.

En México, los adolescentes fumadores afirman estar en absoluto desacuerdo con que se prohíba la producción de cigarrillos en forma definitiva (v. gr., Valdés et al., 2006). Quienes consideran que las tabacaleras son las culpables de que los jóvenes fumen tienen 16% menos probabilidades de ser fumadores. Los fumadores son quienes más convencimiento muestran respecto de que las tabacaleras se preocupan por la salud de quienes consumen su producto y que dicha industria no oculta que los cigarrillos son adictivos.

Netemeyer, Craig, Andrews y Burton (2005) indicaron que la consideración de dejar de fumar estaba afectada por las creencias inducidas por la publicidad engañosa de la industria de tabaco y por el número de niños con los que se convive. Los anuncios basados en las creencias específicas de dejar de fumar pueden ser el acercamiento más eficaz para reforzar la consideración de dejar de fumar entre fumadores adultos, particularmente aquéllos que conviven con niños en casa.

II. INVESTIGACIÓN

Objetivos

1. Determinar las creencias que poseen estudiantes universitarios acerca de las consecuencias del tabaco y las características de los fumadores
2. Establecer la relación existente entre las creencias respecto de las consecuencias del tabaco y las características de los fumadores sobre la conducta de fumar.
3. Identificar la relación existente entre las variables demográficas (sexo, edad y actividad laboral), el promedio de calificaciones, el tabaquismo en el hogar y la autopercepción de rasgos de personalidad sobre las creencias respecto de las consecuencias del tabaco y las características de los fumadores sobre la conducta de fumar.
4. Identificar el efecto que tienen las variables demográficas (sexo, edad y actividad laboral), el promedio de calificaciones, el tabaquismo en el hogar y la autopercepción de rasgos de personalidad sobre la conducta tabáquica.

Preguntas de investigación

1. ¿Las creencias que los jóvenes universitarios poseen sobre las consecuencias del tabaco y las características de los fumadores se relacionan con su conducta de fumar?
2. ¿Existe relación entre la intención de los jóvenes de fumar en el futuro y sus creencias acerca de las consecuencias del tabaco y su conducta tabáquica?
3. ¿Las creencias que los participantes tienen sobre las consecuencias del tabaco y las características de los fumadores están relacionadas con sus variables demográficas

(sexo, edad y actividad laboral), su promedio de calificaciones, el tabaquismo en su hogar y su autopercepción de rasgos de personalidad?

4. ¿Las variables demográficas (sexo, edad y actividad laboral), el promedio de calificaciones, el tabaquismo en el hogar y la autopercepción de rasgos de personalidad están relacionadas con el comportamiento tabáquico de los jóvenes?

Hipótesis

1. Las creencias que los jóvenes universitarios poseen sobre las consecuencias del tabaco y las características de los fumadores se relacionan con su conducta de fumar.
2. Existe relación entre la intención de los jóvenes de fumar en el futuro y sus creencias acerca de las consecuencias del tabaco y su conducta tabáquica.
3. Las creencias sobre las consecuencias del tabaco y las características de los fumadores están relacionadas con las variables demográficas (sexo, edad y actividad laboral), el promedio de calificaciones, el tabaquismo en el hogar y la autopercepción de rasgos de personalidad.
4. Las variables demográficas (sexo, edad y actividad laboral), el promedio de calificaciones, el tabaquismo en el hogar y la autopercepción de rasgos de personalidad están relacionadas con el comportamiento tabáquico de los jóvenes.

VARIABLES

1. Variables sociodemográficas

Sexo: Hombre / mujer

Edad. Número de años cumplidos

Actividad laboral. Trabajo remunerado ejercido por el participante

2. Promedio de calificaciones

Último promedio de calificaciones obtenido por el participante

3. Tabaquismo en el hogar

Conducta de fumar del padre y de la madre

Aceptación del tabaco en el hogar

Aceptación de la conducta de fumar del joven en el hogar

4. Creencias sobre las consecuencias del tabaco

Creencia: Probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, valor, concepto o atributo (Fishbein y Ajzen, 1975).

Efectos negativos en la apariencia. Creer que el tabaco afecta el aspecto físico de la persona que fuma: produce mal olor, manchas en dedos, mal aliento, sabor desagradable.

Efectos negativos en la salud. Creer que el tabaco decremента la salud física: provoca tos, irrita la garganta, afecta el corazón, altera el sistema nervioso, disminuye condición física.

Efectos negativos en los demás: Creer que al fumar se daña la salud de los demás y se contamina el ambiente.

Efectos positivos fisiológicos. Creer que el tabaco elimina el hambre y el sueño, y tranquiliza y relaja.

Efectos positivos psicológicos. Creer que el fumar es placentero y ayuda a inspirarse para trabajar.

Efectos positivos sociales. Creer que fumar distrae y da seguridad y sociabilidad.

5. Creencias sobre las características de los fumadores

Seductor. Creer que la persona que fuma es atractiva, sexy, independiente, importante, adulta.

Dichoso. Creer que la persona que fuma disfruta la vida, es feliz, es entusiasta y está acompañada.

6. Conducta tabáquica

Adicción al tabaco: Reporte verbal del sujeto en relación con su conducta actual de fumar cigarros.

Cantidad de cigarros que fuma: algunos durante el año, algunos cada mes, algunos cada semana, algunos casi todos los días, la mitad de una cajetilla al día, una cajetilla o más al día.

Número de cigarros fumados el día anterior.

Intención de dejar de fumar.

Intentos de dejar de fumar.

7. Intención tabáquica

Predicción sobre la conducta de fumar en el futuro: 12 meses, 5 años y 10 años.

8. Autopercepción de características de personalidad

Nerviosismo, seguridad, tristeza, aceptación, impulsividad, soledad

MÉTODO

Participantes

Participaron en el estudio 122 estudiantes de tercer semestre de la carrera de Psicología de una universidad pública, 42.6% de ellos asistían al turno matutino y 57.4% al vespertino. El muestreo fue no probabilístico. Para ser incluidos en el estudio los jóvenes debían ser estudiantes regulares y expresar su voluntad de participar.

La mayoría de ellos fueron mujeres (73.8%), lo cual refleja la distribución porcentual por género en la carrera de Psicología, y su edad osciló entre los 18 y los 24 años. La quinta parte de ellos tenía una actividad laboral fuera de la universidad. La mitad de los estudiantes reportó un promedio de calificaciones entre 70 y 80 puntos, y la otra mitad entre 81 y 94 puntos.

Instrumentos

1. Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco

La escala fue desarrollada originalmente por Calleja (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) (véase anexo 1).

En el presente trabajo se efectuó una nueva validación, que se describe en la sección de resultados.

2. Escala de creencias sobre las características del fumador

La escala fue desarrollada originalmente por Calleja (1998). 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 (véase anexo 2).

En el presente trabajo se efectuó una nueva validación, que se describe en la sección de resultados.

3. Cuestionario de tabaquismo

El cuestionario consta de 41 reactivos distribuidos en cinco secciones (véase anexo 3):

- Datos generales: 5 reactivos
Explora variables sociodemográficas y calificaciones.
- Hábitos en el hogar: 4 reactivos
Explora el tabaquismo en la familia.
- ¿Tú fumas?: 22 reactivos
Explora la conducta tabáquica.
- ¿Cuántos cigarros fumarás?: 3 reactivos
Explora intención tabáquica.
- Tú eres una persona: 6 reactivos
Explora la autopercepción de características de personalidad.

Tipo de investigación y diseño

El estudio efectuado fue de tipo ex post facto, transversal. El diseño fue intragrupos, multivariado.

Procedimiento

1. Se solicitó autorización a la jefatura de carrera 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 y platicar 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 tres instrumentos del estudio.

RESULTADOS

A. VALIDACIÓN DE LAS ESCALAS

1. Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco

1.1 ANÁLISIS DE FRECUENCIAS

De las 27 afirmaciones que integraban la escala original, fueron eliminados los reactivos 12 “Provoca cáncer” y 14 “Te causa enfermedades pulmonares”, debido a que en la opción 10 se concentraron 82.9% y 83.8% de las respuestas, respectivamente (véase tabla 1).

Tabla 1.
Porcentajes de respuesta por reactivo de la
Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco

<i>Reactivo</i>	<i>Opciones de respuesta</i>									
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
1. Ayuda a inspirarse para trabajar	54.6	8.4	12.6	2.5	8.4	2.5	5.0	2.5	0.8	2.5
2. Ayuda a la digestión después de comer	57.3	6.0	6.8	3.4	9.4	3.4	4.3	0.9	2.6	6.0
3. Contamina el medio ambiente	0.8	1.7	0.0	0.0	4.1	2.5	5.8	5.0	3.3	76.9
4. Dañas la salud de los demás	0.8	0.0	0.0	0.0	3.3	3.3	4.9	2.5	9.0	76.2
5. Disminuye la actividad del cerebro	0.8	0.8	4.1	0.0	16.4	2.5	4.1	16.4	12.3	42.6
6. Es rico, muy placentero	25.0	5.8	11.7	4.2	19.2	6.7	5.0	9.0	1.7	11.7
7. Gastas mucho	4.1	1.7	0.0	0.8	6.6	4.1	5.0	16.5	7.4	53.7
8. Hueles horrible	4.2	2.5	1.6	0.8	7.4	1.7	7.5	9.2	10.8	54.2
9. Molestas a los demás	2.5	0.0	0.8	0.8	18.5	3.4	8.4	10.9	10.9	43.7
10. Pierdes condición física	2.5	0.8	0.8	0.0	7.4	2.5	4.1	9.9	10.7	61.2
11. Te afecta el corazón	1.7	0.0	0.0	1.7	6.6	0.8	4.1	8.3	11.6	65.3
12. Provoca cáncer	0.0	0.0	0.0	0.0	5.9	0.9	3.4	3.4	4.3	82.9
13. Te altera los nervios	5.8	1.7	0.0	1.7	13.3	5.0	4.2	10.8	10.0	47.5
14. Te causa enfermedades pulmonares	0.0	0.0	0.0	0.0	4.3	0.9	1.7	3.4	5.1	83.8
15. Te da seguridad	48.3	14.2	4.2	2.5	12.5	4.2	5.8	6.7	0.8	0.8
16. Te distrae	27.7	6.7	6.7	2.5	19.3	4.2	5.9	11.8	5.9	9.2
17. Te hace dependiente	23.3	3.3	2.5	1.7	4.2	1.7	1.7	13.3	5.0	43.3
18. Te irrita la garganta	5.0	1.7	3.3	2.5	8.3	3.3	7.4	14.0	10.7	43.8
19. Te hace parecer sociable	46.6	3.4	8.5	2.5	16.1	4.2	5.1	9.3	1.7	2.5
20. Te mata	5.0	1.7	1.7	0	8.3	2.5	6.6	13.2	2.5	58.7
21. Te provoca tos	3.4	5.1	1.7	2.5	7.6	3.4	9.3	11.9	12.7	42.4
22. Te quita el hambre	26.3	9.3	2.5	0.8	21.2	4.2	5.9	5.9	8.5	15.3
23. Te quita el sueño cuando estudias	33.3	4.3	7.7	1.7	22.2	2.6	6.0	3.4	3.4	15.4
24. Te tranquiliza, te relaja	27.1	6.8	3.4	3.4	16.9	4.2	4.2	5.9	9.3	18.6
25. Tienes mal aliento	1.7	1.7	0.8	0	11.9	1.7	9.3	5.1	10.2	57.6
26. Tienes mal sabor	5.1	0.9	3.4	0.9	12	1.7	8.5	4.3	8.5	54.7
27. Tus dedos y dientes se manchan	3.4	0.8	0	0.8	7.6	0.8	5.9	8.5	9.3	62.7

Asimismo, se efectuó la comparación de los grupos extremos (alto: >cuartil 3, y bajo <cuartil 1) con pruebas t para cada uno de los reactivos. Se encontró que todos discriminaron significativamente ($p<.05$) entre ambos grupos.

También se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach para la escala completa, eliminado sucesivamente cada uno de los reactivos. No se requirió eliminar ninguno de ellos (véase tabla 2).

Tabla 2.
Puntajes de consistencia interna para la *Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco*, obtenidos al eliminar el reactivo correspondiente

	<i>Reactivo</i>	<i>Alpha</i>
1.	Ayuda a inspirarse para trabajar	0.799
2.	Ayuda a la digestión después de comer	0.798
3.	Contaminas el medio ambiente	0.791
4.	Dañas la salud de los demás	0.792
5.	Disminuye la actividad del cerebro	0.791
6.	Es rico, muy placentero	0.803
7.	Gastas mucho	0.789
8.	Hueles horrible	0.786
9.	Molestas a los demás	0.786
10.	Pierdes condición	0.786
11.	Te afecta el corazón	0.789
12.	Te altera los nervios	0.798
13.	Te da seguridad	0.796
14.	Te distrae	0.797
15.	Te hace dependiente	0.794
16.	Te irrita la garganta	0.786
17.	Te hace parecer sociable	0.797
18.	Te mata	0.786
19.	Te provoca tos	0.778
20.	Te quita el hambre	0.788
21.	Te quita el sueño cuando estudias	0.791
22.	Te tranquiliza, te relaja	0.790
23.	Tienes mal aliento	0.783
24.	Tienes mal sabor	0.785
25.	Tus dedos y dientes se manchan	0.791

1.2 ANÁLISIS FACTORIAL

Se efectuó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax con los 25 reactivos restantes de la escala, el cual arrojó seis factores con valores eigen superiores a 1.0 y con cargas factoriales mayores a 0.40. Tales factores explicaron 61.29% de la varianza total. El reactivo 17 “Te hace dependiente” quedó ubicado solo en un séptimo factor, por lo que tuvo que ser eliminado. Los factores obtenidos con sus reactivos correspondientes se muestran en la tabla 3.

Tabla 3.
Subescalas y cargas factoriales obtenidas para los reactivos
de la *Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco*

<i>Reactivos</i>	<i>Factores</i>					
	Efectos negativos en la apariencia	Efectos negativos en la salud	Efectos positivos psicológicos	Efectos positivos fisiológicos	Efectos negativos en los demás	Efectos positivos sociales
26. Tienes mal sabor	.782					
27. Tus dedos y dientes se manchan.	.772					
25. Tienes mal aliento.	.759					
7. Gastas mucho	.689					
8. Hueles horrible	.664					
21. Te provoca tos		.679				
20. Te mata		.669				
13. Te altera los nervios		.653				
12. Te afecta el corazón		.637				
9. Molestas a los demás		.553				
10. Pierdes condición física.		.528				
18. Te irrita la garganta		.508				
2. Ayuda a la digestión después de comer			.776			
6. Es rico, muy placentero			.766			
2. Ayuda a inspirarse para trabajar			.759			
23. Te quita el sueño cuando estudias				.819		
24. Te tranquiliza, te relaja				.766		
22. Te quita el hambre				.741		
4. Dañas la salud de los demás.					.850	
3. Contaminas el medio ambiente.					.784	
5. Disminuye la actividad del cerebro					.631	
16. Te distrae						.864
15. Te da seguridad						.746
19. Te hace parecer sociable						.586

1.3 CONFIABILIDAD

El puntaje de consistencia interna obtenido para la escala total fue de 0.79; los correspondientes a cada una de las subescalas se presentan en la tabla 4.

Tabla 4.
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

<i>Subescala</i>	<i>Núm. de reactivos</i>	<i>Varianza explicada</i>	<i>α de Cronbach</i>
Efectos negativos en la apariencia	5	14.54%	0.84
Efectos negativos en la salud	7	13.24%	0.79
Efectos negativos en los demás	3	8.26%	0.70
Efectos positivos psicológicos	3	9.91%	0.75
Efectos positivos fisiológicos	3	8.54%	0.77
Efectos positivos sociales	3	7.36%	0.72
Total	24	61.87%	0.79

1.4 CORRELACIÓN ENTRE SUBESCALAS

Como se muestra en la tabla 5, las subescalas de efectos negativos (en la apariencia, en la salud y en los demás) correlacionaron positiva y significativamente entre sí. Lo mismo ocurrió con las de efectos positivos (psicológicos, fisiológicos y sociales), aunque los índices fueron menores. Entre los dos grupos, sólo uno de los pares (efectos negativos en la apariencia con efectos positivos psicológicos) correlacionó negativamente de manera significativa.

Tabla 5.
Índices de correlación entre las subescalas de la
Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco

	Efectos negativos en la apariencia	Efectos negativos en la salud	Efectos negativos en los demás	Efectos positivos psicológicos	Efectos positivos fisiológicos	Efectos positivos sociales
Efectos neg. en la apariencia	1.000					
Efectos negativos en la salud	.593**	1.000				
Efectos negativos en los demás	.390**	.416**	1.000			
Efectos positivos psicológicos	-.203*	-.134	-.008	1.000		
Efectos positivos fisiológicos	.043	.117	.156	.358**	1.000	
Efectos positivos sociales	-.053	.053	-.137	.283**	.223*	1.000

* $p=0.05$

** $p=0.01$

2. Escala de creencias sobre las características del fumador

2.1 ANÁLISIS DE FRECUENCIAS

Con base en el análisis de la distribución de frecuencias obtenida para cada uno de los reactivos que integraban la escala, fueron eliminados el 12 “Fuerte” y el 13 “Admirada”, en los cuales se concentraron 64.1% y 65.0% de las respuestas en la opción *Nada* (véase la tabla 6).

Tabla 6.
Porcentaje de respuestas para cada una de las opciones de los reactivos de la *Escala de creencias sobre las características del fumador*

<i>Reactivo</i>	<i>Opciones de respuesta</i>			
	<i>Muchísimo</i>	<i>Mucho</i>	<i>Poco</i>	<i>Nada</i>
1. Feliz	2.5	45.9	41.0	10.7
2. Sana	0.0	1.6	50.8	47.5
3. Atractiva	0.8	10.0	50.8	38.3
4. Independiente	0.8	19.5	35.6	44.1
5. Entusiasta	1.7	19.3	46.2	32.8
6. Adulta	2.5	16.0	36.1	45.4
7. Varonil	1.7	8.5	34.7	55.1
8. Acompañada	1.7	21.8	42.0	34.5
9. Disfruta la vida	2.6	24.8	47.0	25.6
10. Sexy	2.5	5.9	37.3	54.2
11. Importante	0.9	7.7	32.5	59.0
12. Fuerte	0.0	9.4	25.3	64.1
13. Admirada	0.9	7.7	26.5	65.0

Se efectuó también la comparación de los grupos extremos (alto: >cuartil 3, y bajo <cuartil 1) con pruebas t para cada uno de los reactivos. Se encontró que todos discriminaron significativamente ($p<.05$) entre ambos grupos.

Se obtuvieron los coeficientes alfa de Cronbach para la escala completa, eliminado sucesivamente cada uno de los reactivos. No se requirió eliminar ninguno de ellos (véase la tabla 7).

Tabla 7.
Puntajes de consistencia interna para la *Escala de creencias sobre las características del fumador*, obtenidos al eliminar el reactivo correspondiente

<i>Reactivo</i>	<i>Alpha</i>
1. Feliz	0.91
2. Sana	0.91
3. Atractiva	0.89
4. Independiente	0.89
5. Entusiasta	0.89
6. Adulta	0.89
7. Varonil	0.89
8. Acompañada	0.90
9. Disfruta la vida	0.89
10. Sexy	0.89
11. Importante	0.89

2.2 ANÁLISIS FACTORIAL

Se efectuó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax con los 11 reactivos restantes de la escala, el cual arrojó dos factores con valores eigen superiores a 1.0 y con cargas factoriales mayores a .40. Tales factores explicaron 63.72% de la varianza total. El reactivo 2 “Sana” tuvo una carga factorial menor de .40, por lo que fue eliminado. Los factores obtenidos con sus reactivos correspondientes se muestran en la tabla 8.

Tabla 8.
Subescalas y cargas factoriales obtenidas para los reactivos de la *Escala de creencias sobre las características del fumador*

<i>Reactivos</i>	<i>Factores</i>	
	<i>Seductor</i>	<i>Dichoso</i>
10. Sexy	.856	
7. Varonil	.848	
11. Importante	.777	
3. Atractiva	.755	
4. Independiente	.731	
6. Adulta	.726	
1. Feliz		.808
9. Disfruta la vida		.759
8. Acompañada		.707
5. Entusiasta		.707

2.3 CONFIABILIDAD

El puntaje de consistencia interna obtenido para la escala total fue de .91; los correspondientes a cada una de las subescalas se presentan en la tabla 9.

Tabla 9.
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

<i>Subescala</i>	<i>Núm. de reactivos</i>	<i>Varianza explicada</i>	<i>∞ de Cronbach</i>
Seductor	6	42.43%	0.91
Dichoso	4	21.29%	0.83
Total	10	63.72%	0.91

2.4 CORRELACIÓN ENTRE SUBESCALAS

La correlación obtenida entre las subescalas Seductor y Dichoso fue altamente significativa ($r=.658$, $p=.001$). Sólo la subescala Dichoso correlacionó significativamente con una de las subescalas de la Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco, la de efectos positivos psicológicos ($r=-.220$, $p=.05$).

B. ANALISIS DESCRIPTIVO

Tabaquismo en el hogar

Cuatro de cada diez participantes (42.4%) afirmaron que su padre fuma, mientras que 13.7% dijeron tener una madre fumadora (véase tabla 10).

Tabla 10.
Conducta tabáquica del padre y la madre de los entrevistados
(Porcentaje)

	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>
Fuma mucho	15.0	9.8
Fuma poco	27.4	3.9
No fuma pero fumó	25.7	14.8
No fuma, nunca ha fumado	31.9	61.5
Total	100.0	100.0

Como se muestra en la tabla 11, en la mayoría de los hogares de los participantes (53.3%) la conducta de fumar es aceptada; el comportamiento tabáquico de los participantes lo es en el 35.5% de los casos.

Tabla 11.
Aceptación del tabaquismo en el hogar de los entrevistados
(Porcentaje)

	<i>Aceptación del tabaco en el hogar</i>	<i>Aceptación de la conducta de fumar del(la) joven</i>
Totalmente aceptado	5.7	2.5
Aceptado	53.3	35.5
Rechazado	32.8	40.5
Totalmente rechazado	8.2	21.5
Total	100.0	100.0

Conducta tabáquica

Fumadores

El 42.6% de los participantes afirmó ser fumador. De los varones fumaban el 50% y de las mujeres, el 40%. Dijeron haber empezado a fumar cuando cursaban la secundaria (24.0%) o el bachillerato (68.0%); muy pocos principiaron en la primaria (6.0%) y menos aún en la licenciatura (2.0%).

Las principales razones por las que iniciaron su hábito fueron la imitación, la curiosidad y el placer o gusto (29.4%, 31.4% y 19.6%, respectivamente). La sensación que reportaron haber experimentado cuando fumaron sus primeros cigarros fueron mareo, irritación, malestar, asfixia y asco. 43.1% de los(as) entrevistados(as) reportaron que su mejor amigo(a) fumaba cuando empezaron a fumar y 51.0% afirmó que su mejor amigo(a) actual fumaba también.

Respecto de la cantidad de cigarros, la mayoría de los entrevistados fumadores afirmaron fumar algunos casi todos los días (29.4%), algunos cada semana (31.4%) o algunos cada mes (21.6%). Ninguno reportó fumar una cajetilla o más al día. Cuando se les preguntó el número de cigarros que habían fumado ayer, 45.1% dijo que ninguno; quienes sí fumaron, consumieron uno (25.5%) o dos (15.7%) cigarros el día anterior.

Las marcas de cigarros preferidas por los entrevistados fueron Camel (54.9%) y Marlboro (21.6 %). Otras mencionadas fueron Benson (7.8%), Salem (2.0%) y Capri (2.0%). Algunos no tienen preferencia por una marca específica (11.8%).

Casi la mitad de los participantes (45.1%) reportaron que tenían el interés de dejar de fumar y que habían hecho intentos de abandonar el cigarro.

No fumadores

De los entrevistados que dijeron no fumar, 72.9% señaló que en alguna ocasión lo había hecho, principalmente cuando cursaba el bachillerato (51.1%) o la secundaria (31.9%). Casi todos (98.6%) afirmaron que para que fueran aceptados por sus amigos no era importante el hecho de que fumaran. 44.3% de ellos señaló que su mejor amigo era fumador.

Intención tabáquica

Cuando se preguntó a los entrevistados cuántos cigarros creían que fumarían dentro de los próximos 12 meses, 5 años y 10 años, cuatro de cada diez respondieron que ninguno (véase la tabla 12). Una décima parte señaló que fumaría algunos casi todos los días.

Tabla 12.
 Intención de fumar de los entrevistados
 (Porcentaje)

<i>Número de cigarros</i>	<i>Dentro de 12 meses</i>	<i>Dentro de 5 años</i>	<i>Dentro de 10 años</i>
Ninguno	41.7	39.5	41.2
Algunos durante el año	22.6	27.2	28.1
Algunos cada mes	10.4	11.4	14.0
Algunos cada semana	12.2	10.5	5.3
Algunos casi todos los días	12.2	9.6	7.0
La mitad de una cajetilla al día	0.9	1.8	4.4
Una cajetilla o más al día	0.0	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0

Autopercepción de características de personalidad

La mayoría de los entrevistados se consideran personas seguras y aceptadas, y poco nerviosas, tristes, impulsivas y poco solitarias (véase la tabla 13).

Tabla 13.
 Rasgos de personalidad que los entrevistados perciben que poseen
 (Porcentaje)

<i>Rasgo (media)</i>	<i>Opciones de respuesta</i>				<i>Total</i>
	<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Regular</i>	<i>Muy</i>	
Nervioso (2.57)	6.6	48.4	26.2	18.9	100.0
Seguro (3.00)	0.0	16.7	66.7	16.7	100.0
Triste (1.85)	29.5	56.6	13.1	0.8	100.0
Aceptado (3.05)	0.8	9.2	74.2	15.8	100.0
Impulsivo (2.56)	7.4	46.3	28.9	17.4	100.0
Solitario (1.90)	30.6	51.2	14.9	3.3	100.0

Creencias sobre las consecuencias del tabaco

En la tabla 14 se muestran las medias y las desviaciones estándar de cada uno de los factores de creencias en las consecuencias del tabaco. Éstas se midieron en una escala de 1 (totalmente falso) a 10 (totalmente verdadero). Las medias de los efectos negativos fueron superiores a 8, por lo que los jóvenes entrevistados creen que verdaderamente el tabaco tiene efectos negativos en la apariencia, en la salud y, en particular, en los demás. En cuanto a los factores de efectos positivos, las medias fueron inferiores a 5, lo que implica que los participantes tienden a creer que los efectos positivos psicológicos, fisiológicos y sociales del cigarro son falsos, aunque la dispersión en éstos es mayor que en los negativos.

Tabla 14.
Medias y desviaciones estándar obtenidas
en las creencias de los efectos del tabaco

<i>Creencias</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>
Efectos negativos en la apariencia	8.43	1.89
Efectos negativos en la salud	8.30	1.60
Efectos negativos en los demás	8.88	1.48
Efectos positivos psicológicos	3.39	2.25
Efectos positivos fisiológicos	4.94	2.80
Efectos positivos sociales	3.72	2.27

En cuanto a las creencias en las características de la persona que fuma, en el factor “Seductor” se encontró una media, en una escala 1 a 4, de 1.64 (d.e. = 0.61), y en el factor “Dichoso”, la media fue de 2.05 (d.e. = 0.62).

C. ANALISIS INFERENCIAL

Hipótesis 1.

Relación creencias-comportamiento tabáquico

Con el propósito de probar la primera hipótesis planteada que afirmaba que las creencias que los jóvenes poseen sobre las consecuencias del tabaco están relacionadas con su comportamiento tabáquico, se compararon las creencias del grupo de fumadores (n = 52, 42.6%) contra las de los no fumadores (n = 70, 57.4%). Sólo las diferencias entre los grupos en los efectos negativos en la apariencia y los efectos positivos psicológicos resultaron altamente significativas (véase la tabla 15). Los no fumadores obtuvieron una media mayor que los fumadores (9.14 vs. 7.54) en sus creencias en los efectos negativos del tabaco en la apariencia, y los fumadores creen más en los efectos positivos psicológicos del cigarro que los no fumadores (4.50 vs. 2.53).

Tabla 15.
 Medias obtenidas por los fumadores y los no fumadores
 en las creencias de los efectos del tabaco

<i>Creencias</i>	<i>Fumadores</i>	<i>No fumadores</i>	<i>Media teórica</i>	<i>Rango</i>	<i>t</i> (115 gl)
Efectos negativos en la apariencia	7.54	9.14	5.5	1-10	-4.977, <i>p</i> =.000
Efectos negativos en la salud	7.96	8.55	5.5	1-10	ns
Efectos negativos en los demás	8.80	8.95	5.5	1-10	ns
Efectos positivos psicológicos	4.50	2.53	5.5	1-10	5.187, <i>p</i> =.000
Efectos positivos fisiológicos	5.26	4.68	5.5	1-10	ns
Efectos positivos sociales	3.73	3.70	5.5	1-10	ns

Se obtuvieron los índices de correlación de cada uno de los efectos con el número de cigarros fumados ayer. Dos de las variables correlacionaron significativamente con el consumo de cigarros: los efectos negativos en la apariencia ($r=-.404$, $p=.01$) y los efectos positivos psicológicos ($r=.523$, $p=.01$).

Se efectuó un análisis de regresión múltiple incluyendo los efectos negativos en la apariencia, en la salud y en los demás, y los efectos positivos psicológicos, fisiológicos y sociales como predictores de la intención de fumar en los próximos doce meses de los jóvenes entrevistados. Se encontró que de las seis variables independientes incluidas en la ecuación de regresión dos resultaron predictores de la intención de fumar en el próximo año: efectos positivos psicológicos y efectos negativos en la apariencia, las cuales explicaron el 28.9% de la varianza (véase tabla 16).

Tabla 16.
Análisis de regresión de las creencias sobre los efectos del tabaco
sobre la intención de fumar en los próximos doce meses

<i>Variables independientes</i>	R^2	<i>Cambio en R^2</i>	F	gl	$Sig.$
Efectos positivos psicológicos	.244	.244	34.206	1, 106	.000
Efectos negativos en la apariencia	.289	.045	6.581	1, 105	.012

En relación con las creencias de las características de los fumadores, no se encontraron diferencias significativas entre fumadores y no fumadores en cuanto a considerarlos seductores y dichosos. Tampoco se obtuvieron correlaciones significativas entre estas variables y el número de cigarros fumados ayer.

Hipótesis 2

Relación intención de fumar en el futuro – creencias

Resultaron significativos los índices de correlación obtenidos entre la creencia en los efectos negativos en la apariencia y la intención de fumar durante los próximos doce meses ($r=-.326$, $p=.001$), cinco años ($r=-.346$, $p=.000$) y 10 años ($r=-.369$, $p=.000$). También fue significativa la relación entre las creencia en los efectos positivos psicológicos y la intención de fumar en el futuro (durante los próximos doce meses: $r=.494$, cinco años:

$r=.526$ y 10 años: $r=.496$, todas con $p=.000$). Es decir, mientras más creían los jóvenes en que el tabaco produce una apariencia desagradable, menos intención tenían de fumar en el futuro; por el contrario, a mayor creencia en que fumar lleva a obtener placer e inspiración para trabajar, correspondió mayor intención de fumar. El resto de las creencias no correlacionaron con la intención.

Relación intención de fumar en el futuro – conducta tabáquica

Los fumadores difirieron significativamente de los no fumadores en cuanto a su intención de fumar en el futuro, tanto dentro de 12 meses como dentro de cinco y 10 años (véase tabla 17).

Tabla 17.
Efectos del comportamiento tabáquico sobre la intención de fumar en el futuro

<i>Intención de fumar</i>	<i>Comportamiento tabáquico</i>	<i>Media</i>	<i>Media teórica</i>	<i>t</i> (112 gl)	<i>Sig.</i>
Dentro de 12 meses	Fumador	3.53	4	12.10,	$P=.000$
	No fumador	1.33	4		
Dentro de 5 años	Fumadora	3.26	4	8.71	$P=.000$
	No fumadora	1.46	4		
Dentro de 10 años	Fumador	3.07	4	6.95,	$P=.000$
	No fumador	1.50	4		

Hipótesis 3

La tercera hipótesis planteada establecía que las creencias sobre las consecuencias del tabaco y las características de los fumadores estarían relacionadas con las variables demográficas (sexo, edad y actividad laboral), el promedio de calificaciones, el tabaquismo en el hogar y la autopercepción de rasgos de personalidad.

Relación variables demográficas–creencias

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a sus creencias de los efectos del tabaco y de las características de los fumadores; sin embargo, pudo observarse una tendencia de las mujeres a obtener puntajes mayores que los hombres, excepto en los efectos negativos en la apariencia y en la salud (véase tabla 18).

Tabla 18.
Medias obtenidas por los hombres y las mujeres
en las creencias de los efectos del tabaco

<i>Creencias</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Efectos negativos en la apariencia	8.68	8.34
Efectos negativos en la salud	8.33	8.29
Efectos negativos en los demás	8.67	8.96
Efectos positivos psicológicos	3.18	3.47
Efectos positivos fisiológicos	4.50	5.09
Efectos positivos sociales	3.66	3.74

En relación con la edad, los participantes más jóvenes (de 18 a 20 años) obtuvieron significativamente mayores puntajes en sus creencias en los efectos negativos del cigarro en la salud que los de más edad (de 21 a 24 años). El resto de las comparaciones resultaron no significativas (véase tabla 19), aunque éstos últimos tendieron a mostrar creencias más positivas que los más jóvenes respecto de los efectos positivos de fumar. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a sus creencias en las características de los fumadores (seductor y dichoso).

Tabla 19.
Medias obtenidas por los participantes según su edad
en las creencias de los efectos del tabaco

<i>Creencias</i>	<i>18 a 20 años</i>	<i>21 a 24 años</i>	<i>Media teórica</i>	<i>Significancia</i>
Efectos negativos en la apariencia	8.42	8.46	5.5	Ns
Efectos negativos en la salud	8.61	7.82	5.5	$t(116)=2.669$ $p=.009$
Efectos negativos en los demás	8.99	8.73	5.5	Ns
Efectos positivos psicológicos	3.17	3.75	5.5	Ns
Efectos positivos fisiológicos	4.70	5.34	5.5	Ns
Efectos positivos sociales	3.66	3.80	5.5	Ns

Quienes trabajan no difirieron de quienes no trabajan en sus creencias respecto de los efectos del tabaco y de las características de los fumadores.

Relación calificaciones – creencias

No se encontraron correlaciones significativas entre el puntaje de calificaciones y las creencias sobre los efectos y sobre las características.

Relación tabaquismo en el hogar – creencias

Los estudiantes cuyos padres no fuman tienden a creer más en los efectos negativos del cigarro en la apariencia, en comparación con quienes tienen padres que fuman (media = 8.93 y 8.00, respectivamente). La conducta tabáquica de la madre influyó en las creencias de los jóvenes respecto de los efectos positivos psicológicos de fumar; la media de los que tienen una madre que fuma difirió significativamente de aquellos cuyas madres nunca han fumado (media = 4.22 y 3.12, respectivamente).

Cuando el tabaco es aceptado en su hogar, los jóvenes creen más en sus efectos positivos psicológicos que cuando se rechaza (media = 3.88 y 2.83, respectivamente). Asimismo, en los casos en que en la propia casa de los muchachos se acepta su conducta de fumar, sus creencias respecto de los efectos positivos psicológicos son significativamente mayores que en aquéllos donde se rechaza (media = 4.29 y 2.84, respectivamente). En la tabla 20 se resumen estos hallazgos.

Tabla 20.
Efectos de las variables de tabaquismo en el hogar sobre
las creencias de los efectos del tabaco y las características del fumador

<i>Creencias</i>	<i>Padre fuma</i>	<i>Madre fuma</i>	<i>Se acepta el tabaco</i>	<i>Se acepta que él fume</i>
Efectos negativos en la apariencia	$t(106) = 2.54,$ $p = .012$	ns	ns	ns
Efectos negativos en la salud	ns	ns	ns	ns
Efectos negativos en los demás	ns	ns	ns	ns
Efectos positivos psicológicos	ns	$t(115) = 2.33,$ $p = .021$	$t(114) = 2.79,$ $P = .006$	$t(114) = 2.71,$ $P = .008$
Efectos positivos fisiológicos	ns	ns	ns	ns
Efectos positivos sociales	ns	ns	ns	ns
Seductor	ns	ns	ns	ns
Dichoso	ns	ns	ns	ns

Relación autopercepción de características de personalidad – creencias

Algunas características de personalidad tuvieron efectos sobre las creencias. Quienes no se consideran nerviosos tuvieron puntajes más altos de creencias en los efectos positivos psicológicos del tabaco que los nerviosos o muy nerviosos (media = 4.60 vs. 3.02); lo mismo ocurrió con quienes se autoperciben como nada impulsivos, en comparación con los muy impulsivos (media = 4.1833 vs. 2.29). Tanto los muy impulsivos como los nada impulsivos mostraron creencias altas en los efectos positivos fisiológicos del cigarro (media = 6.08 y 6.23, respectivamente), en tanto que para los impulsivos y poco impulsivos fueron bajas (media = 4.45 y 4.68, respectivamente). Los solitarios creen en los efectos negativos del cigarro en la apariencia, en comparación con los nada solitarios (media = 8.43 vs. 5.65) y éstos en sus efectos positivos sociales (media = 7.0 vs. 2.98) (véase tabla 21).

Tabla 21.

Efectos de la autopercepción de características de personalidad sobre las creencias de los efectos del tabaco y las características del fumador

<i>Creencias</i>	<i>Nervioso</i>	<i>Seguro</i>	<i>Triste</i>	<i>Aceptado</i>	<i>Impulsivo</i>	<i>Solitario</i>
Efectos negativos en la apariencia	ns	ns	ns	ns	Ns	$F(3, 112) = 3.46, p = .019$
Efectos negativos en la salud	ns	ns	ns	ns	Ns	ns
Efectos negativos en los demás	ns	ns	ns	ns	Ns	ns
Efectos positivos psicológicos	$F(3, 113) = 2.67, p = .050$	ns	ns	ns	$F(3, 112) = 4.21, p = .007$	ns
Efectos positivos fisiológicos	ns	ns	ns	ns	$F(3, 112) = 4.69, p = .049$	ns
Efectos positivos sociales	ns	ns	ns	ns	ns	$F(3, 113) = 6.21, p = .001$
Seductor	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Dichoso	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Hipótesis 4

La cuarta hipótesis propuesta planteaba que las variables demográficas (sexo, edad y actividad laboral), el promedio de calificaciones, el tabaquismo en el hogar y la autopercepción de rasgos de personalidad se encuentran relacionados con el comportamiento tabáquico de los jóvenes. Para probarla se tomaron dos indicadores: ser o no fumador, y para éstos últimos, el número de cigarrillos consumidos el día anterior.

Relación variables demográficas – comportamiento tabáquico

El ser o no fumador no estuvo relacionado con el sexo, la edad o la ocupación de los entrevistados. En el caso de los fumadores, tampoco hubo relación entre estas variables y el número de cigarrillos consumidos el día anterior.

Relación calificaciones – comportamiento tabáquico

El promedio de calificaciones no difirió entre los fumadores y los no fumadores. Las calificaciones de los fumadores no correlacionaron con el número de cigarros que consumieron el día anterior.

Relación tabaquismo en el hogar – comportamiento tabáquico

Los jóvenes fumadores cuyos padres y madres también lo son, reportaron haber consumido el día anterior un mayor número de cigarros que los que tenían padres y madres no fumadores (véase tabla 22).

El hecho de que el tabaco sea aceptado en el hogar y el que se acepte en casa que el joven fume tuvieron influencia significativa en el número de cigarros que los participantes fumadores reportaron haber consumido el día anterior.

Tabla 22.
Efectos de las variables de tabaquismo en el hogar
sobre el número de cigarro que el joven fumó ayer

<i>Variables</i>		<i>Media</i>	<i>Media teórica</i>	<i>Significancia</i>
Padre	Fumador	2.85	2.5	$t(44) = 2.23,$ $p = .031$
	No fumador	2.00	2.5	
Madre	Fumadora	3.14	2.5	$t(49) = 1.97,$ $p = .050$
	No fumadora	2.22	2.5	
Tabaco en el hogar	Aceptado	2.85	2.5	$t(49) = 2.65,$ $p = .011$
	No aceptado	1.70	2.5	
Conducta de fumar del joven	Aceptada	3.08	2.5	$t(49) = 2.86,$ $p = .006$
	No aceptada	1.92	2.5	

Relación autopercepción de características de personalidad – número de cigarros que fumó ayer

Ninguna de las características de personalidad autopercebidas se relacionó con el número de cigarros que los participantes fumadores reportaron haber consumido el día anterior.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La prevalencia de fumadores entre los estudiantes de la muestra (42.6%) resultó similar a la de la población general en México reportada por la Encuesta Nacional de Adicciones para jóvenes de 18 a 29 años (INEGI, 2004), la cual es de 40.8%. Sin embargo, la proporción de mujeres que fuman es mayor en este estudio, lo cual confirma lo reportado en otros estudios respecto de la tendencia creciente del tabaquismo femenino (PAHO, 2006). Una tercera parte de los fumadores consumía cigarrillos cotidianamente, aunque no más de una cajetilla al día. No se encontraron fumadores severos, como ocurre en la población general. Casi la mitad había intentado dejar de fumar.

Siete de cada 10 fumadores dijeron que habían empezado a fumar cuando cursaban el bachillerato, es decir, entre los 15 y los 17 años, edad más temprana que la señalada en INEGI 2002. Los principales motivos por los que iniciaron son los mismos que los señalados en otros estudios: imitación o curiosidad (Becoña, Palomares y García, 2000).

Se ha encontrado consistentemente que el riesgo de fumar se asocia con tener amigos fumadores (Alexander, Piazza, Mekos y Valente, 2001). En el presente estudio, alrededor de la mitad de los fumadores (51.0%) dijeron que su mejor amigo era fumador, lo cual confirma la importancia de la influencia social en el comportamiento tabáquico de los jóvenes. Los esfuerzos de tratamiento y prevención tendrían que tomar en cuenta este factor al diseñar sus programas.

Seis de cada diez participantes señalaron que tenían la intención de fumar en el futuro, no en grandes cantidades sino sólo algunos. Para quienes dijeron que podrían fumar algunos durante el año o cada mes, se observa una tendencia creciente a largo plazo, y para los que señalaron que fumarían algunos cada semana o casi todos los días, una tendencia decreciente.

Ennet, Bauman, Foshee, Pemberton y Hicks (2001) afirman que la conducta de fumar de los padres constituye un factor determinante en el consumo de tabaco de los jóvenes.

Padres y madres que fuman tienden a tener hijos fumadores. De acuerdo con los reportes de los participantes, hay tres veces más padres fumadores que madres fumadoras (13.7%), aunque éstas tienden a fumar mucho y los padres, poco. Quienes perciben que sus padres desaprueban totalmente el tabaco es menos probable que se conviertan en fumadores regulares (Fletcher y Jefferies, 1999). En los hogares de los entrevistados, fumar es comúnmente aceptado (58%), y se acepta que los jóvenes fumen en cuatro de cada 10 casos.

Si bien se contaba ya con escalas para evaluar las creencias relacionadas con el consumo de tabaco en estudiantes universitarios en México (Calleja, 1998), 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 pública). Debe considerarse, sin embargo, la limitación que el tamaño de la muestra (122 participantes) impone a la generalización de los hallazgos.

La conformación factorial de la “Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco” obtenida en el presente estudio resultó consistente, aunque diferente, de la reportada por Calleja (1998), quien encontró cuatro factores: Daños a la salud (denominado aquí Efectos negativos en la salud), Apariencia (Efectos negativos en la apariencia), Daños a otros (Efectos negativos en los demás) y Beneficios (que integra Efectos positivos psicológicos, fisiológicos y sociales). De tal manera que la escala quedó finalmente integrada por seis subescalas: tres de efectos negativos (en la salud, en la apariencia y en los demás), y tres de efectos positivos (psicológicos, fisiológicos y sociales), lo cual la hace más específica, aunque consistente en relación con la original. Tres de los reactivos iniciales fueron eliminados por no cumplir los requisitos psicométricos, por lo que la escala final constó de 24. El índice de consistencia ($\alpha = .79$) y el porcentaje de varianza explicada (61.87) fueron adecuados. Los efectos positivos correlacionaron significativamente entre sí y lo mismo ocurrió con los negativos, pero no unos contra otros, lo cual implica que las creencias en las consecuencias positivas son independientes de las creencias de los efectos negativos de fumar.

En general, los entrevistados creyeron que fumar tiene consecuencias negativas tanto en la salud propia y la de los demás como en la apariencia, ya que las medias en estas subescalas fueron mayores a 8 (en una escala de 1 a 10). En cambio, sus creencias en los

efectos positivos del cigarro fueron bajos (menores de 4); la creencia en los efectos fisiológicos fue más alta (4.9) que en los sociales (3.7) y psicológicos (3.4)

La “Escala de creencias sobre las características del fumador” quedó conformada por 10 reactivos (tres de los 13 de la escala original fueron eliminados), agrupados en dos factores: Seductor y Dichoso, los cuales correlacionaron significativamente. Esta estructura factorial fue similar a la reportada originalmente. Se obtuvo un índice de consistencia interna alto ($\alpha = .91$), y el porcentaje de varianza explicada fue satisfactoria (63.72).

En una escala de 1 a 4, el promedio de creencia en que el fumador es dichoso fue de 2, y de que es seductor fue aún más baja (1.64).

Respecto de la relación entre los factores de ambas escalas, creer que fumar produce efectos psicológicos positivos correlacionó negativa y significativamente con la creencia de que los fumadores son dichosos, es decir, que quienes creen que fumar es rico, placentero, inspirador, no creen que quien fuma disfruta la vida, es feliz, y entusiasta. Será necesario explorar más ampliamente esta relación en futuros estudios.

Los resultados obtenidos probaron la primera hipótesis, la cual planteaba la relación entre las creencias de los jóvenes sobre las consecuencias de fumar y su comportamiento tabáquico. Tanto los fumadores como los no fumadores poseen creencias similarmente altas respecto de que el tabaco produce problemas de salud y afecta a los demás, y unos y otros tienen creencias bajas respecto de los efectos relajantes, estimulantes y de eliminación del apetito por el tabaco y de que fumar proporciona seguridad y sociabilidad.

Sin embargo, los no fumadores creen más en los efectos negativos del tabaco en la apariencia (manchas en dedos y dientes, mal aliento, mal olor, mal sabor y mucho gasto), y los fumadores creen más en los efectos positivos psicológicos (que fumar es rico y placentero, que ayuda a inspirarse para trabajar y a la digestión). Para los fumadores, la correlación de estas dos creencias con el número de cigarros fumados el día anterior fue significativa: mientras más cigarros fuman, más creen en los efectos positivos psicológicos del tabaco y menos creen en los efectos negativos en la apariencia. También en el análisis de regresión efectuado, estas dos creencias resultaron predictores confiables del número de cigarros que se fuman y explicaron una alta proporción de varianza de esta conducta. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Slovic (2000), quien reportó que es más

probable que quienes fuman tengan creencias positivas acerca del tabaco y menos probable que crean en los efectos negativos del cigarro. Wang y Eddy (1994) han señalado que las creencias de los fumadores respecto de que el tabaco les ayuda a relajarse y a reducir el estrés son importantes factores de riesgo del tabaquismo regular y que deben modificarse si se pretende cambiar tal conducta.

A diferencia de Botvin, Botvin y Baker (1983), que observaron una relación directa entre la imagen que los jóvenes poseen sobre los fumadores y su conducta tabáquica, en el presente estudio, los fumadores y los no fumadores no difirieron en cuanto a considerar a los fumadores como seductores o dichosos. En ambos casos, los puntajes fueron bajos.

Se esperaba que las creencias correlacionaran con la intención de fumar (hipótesis 2). Nuevamente, sólo las creencias en los efectos negativos en la apariencia y en los positivos psicológicos correlacionaron significativamente con las intenciones de fumar, las primeras negativamente y las segundas positivamente. Además, los fumadores obtuvieron puntajes más altos que los no fumadores en intención de fumar en el futuro. Se requiere efectuar nuevos estudios que consideren todos los elementos indicados por Ajzen (2005) en su Teoría de la Acción Planeada, incluyendo la norma subjetiva y el control conductual, a fin de probarla en estudiantes universitarios mexicanos respecto del comportamiento tabáquico.

En cuanto al efecto de las variables sociodemográficas sobre las creencias, planteado en la hipótesis 3, aunque no se encontraron diferencias significativas por sexo, los hombres tendieron a creer más en los efectos negativos y las mujeres más en los positivos. Por edad, los más jóvenes (de 18 a 20 años) tendieron a creer más en los efectos negativos (principalmente sobre la salud), y los mayores (de 21 a 24 años) en los positivos. Habrá que explorar más estas tendencias en investigaciones futuras. El tener o no un trabajo remunerado no afectó las creencias de los participantes. Tampoco lo hicieron los puntajes de calificaciones escolares. Ninguna de estas variables estuvo relacionada con las creencias sobre las características del fumador.

La creencia en los efectos negativos en la apariencia estuvo afectada por tener un padre fumador (para quienes lo tienen esta creencia es menor), en tanto que la creencia en los efectos positivos psicológicos fue mayor en los entrevistados cuya madre fuma, lo cual

fue reportado también por Kuri et al. (2006), y en aquéllos en cuyo hogar se acepta el tabaco y que el mismo fume. El resto de las creencias no se vieron influidas por el tabaquismo en el hogar.

Los jóvenes que se autoperceben como solitarios creen más en los efectos negativos en la apariencia y en los positivos sociales, y quienes se perciben como nerviosos o impulsivos creen más en los efectos positivos psicológicos y fisiológicos del tabaco. Se ha reportado ya (O'Byrne, Haddock, Poston y Mid American Heart Institute, 2002), que la impulsividad y la ansiedad son factores de riesgo claves para el inicio y mantenimiento del consumo de tabaco.

Respecto de la relación entre las variables estudiadas con el consumo de tabaco, éste no se vio afectado por el sexo, la edad o actividad laboral; tampoco por el promedio de calificaciones ni los rasgos de personalidad autopercebidos. En cambio, las cuatro variables de tabaquismo en el hogar implicaron diferencias significativas: tener padre o madre fumador(a), el hecho de que se acepte el tabaco en el hogar y, particularmente, la aceptación en la familia de la conducta de fumar del entrevistado.

Es interesante destacar que en la presente investigación las variables sociodemográficas no tuvieron efecto sobre las creencias ni sobre la conducta tabáquica, como comúnmente se reporta en la literatura (e.g., Madrigal de León, Rasmussen-Cruz, Álvarez -Nemegyel y Nuño-Gutiérrez, 2005; Grogan, Conner, Fry, Gough y Higgins, 2007).

En conclusión, de todas las creencias estudiadas, las que mostraron afectar consistentemente la conducta de fumar de los jóvenes universitarios y su intención de fumar en el futuro fueron las relacionadas con las consecuencias negativas del tabaco en la apariencia y con las positivas psicológicas. En estas creencias, y en el propio comportamiento tabáquico, influyó significativamente el hecho de que el padre o la madre fumaran y que el tabaquismo sea aceptado en el hogar, en particular, el del propio joven.

Estos hallazgos podrían aplicarse provechosamente en el diseño de programas que contemplen, desde la perspectiva de Ajzen y Fishbein (1980), las creencias conductuales y las creencias normativas, cuya modificación podría inducir a los fumadores a dejar de fumar. También podría utilizarse para prevenir el tabaquismo en chicos de secundaria y preparatoria, enfatizando que el tabaco produce, a corto plazo, una apariencia desagradable,

como manchas en los dedos y en los dientes, mal aliento y mal olor, y atacando la creencia del placer y la inspiración que los jóvenes asocian con el fumar. Además, proporcionar a los universitarios el conocimiento de la gran influencia que tiene la permisividad del tabaquismo en el hogar lo cual podría contribuir a que adopten medidas para que sus futuros hijos no se conviertan en fumadores y eviten así los devastadores efectos del tabaco en las próximas generaciones.

ANEXOS

1. Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco INICIAL

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

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

**2. Escala de creencias
sobre las consecuencias del tabaco
FINAL**

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

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

**3. Escala de creencias
sobre las características del fumador
INICIAL**

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

**4. Escala de creencias
sobre las características del fumador
FINAL**

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

CUESTIONARIO DE TABAQUISMO EL HÁBITO DE FUMAR

Fecha:

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

DATOS GENERALES

1. Edad: _____
2. Sexo: Masc. () Fem. ()
3. Grado: _____
4. Grupo _____
5. Último promedio de calificaciones: _____

Fecha: _____

HÁBITOS EN EL HOGAR

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

OPINIONES

Escala de creencias sobre las características del fumador

Para tí, una persona que fuma es:

	Muchísimo	Mucho	Poco	Nada
10. Feliz	()	()	()	()
11. Sana	()	()	()	()
12. Atractiva	()	()	()	()
13. Independiente	()	()	()	()
14. Entusiasta	()	()	()	()
15. Adulta	()	()	()	()
16. Varonil	()	()	()	()
17. Acompañada	()	()	()	()
18. Disfruta la vida	()	()	()	()
19. Sexy	()	()	()	()
20. Importante	()	()	()	()
21. Fuerte	()	()	()	()
22. Admirada	()	()	()	()

¿Otro?

Escala de creencias sobre las consecuencias del tabaco

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

23. _____ Ayuda a inspirarse para trabajar
24. _____ Ayuda a la digestión después de comer
25. _____ Contaminas el medio ambiente
26. _____ Dañas la salud de los demás
27. _____ Disminuye la actividad del cerebro
28. _____ Es rico, muy placentero
29. _____ Gastas mucho
30. _____ Hueles horrible
31. _____ Molestas a los demás
32. _____ Pierdes condición física
33. _____ Provoca cáncer
34. _____ Te afecta el corazón
35. _____ Te altera los nervios
36. _____ Te causa enfermedades pulmonares
37. _____ Te da seguridad
38. _____ Te distrae
39. _____ Te hace dependiente
40. _____ Te irrita la garganta
41. _____ Te hace parecer sociable
42. _____ Te mata
43. _____ Te provoca tos
44. _____ Te quita el hambre
45. _____ Te quita el sueño cuando estudias
46. _____ Te tranquiliza, te relaja
47. _____ Tienes mal aliento
48. _____ Tienes mal sabor
49. _____ Tus dientes y dedos se manchan

¿Otro?

72. ¿Recuerdas algún anuncio de cigarros?

Sí () ¿Cuál? _____ ¿En qué medio? Periódico ()
 No () Televisión ()
 Radio ()

73. ¿Has visto u oído los mensajes de advertencia para proteger la salud:

en los anuncios de cigarros? No () Sí () ¿Cuál? _____

en las cajetillas de cigarros? No () Sí () ¿Cuál? _____

74. ¿Cuál es tu opinión sobre esos mensajes? _____

Tú eres una persona

75. Muy nerviosa Nerviosa Poco nerviosa Nada nerviosa
 () () () ()

76. Muy segura Segura Poco segura Nada segura
 () () () ()

77. Muy triste Triste Poco triste Nada triste
 () () () ()

78. Muy aceptada Aceptada Poco aceptada Nada aceptada
 () () () ()

79. Muy impulsiva Impulsiva Poco impulsiva Nada impulsiva
 () () () ()

80. Muy solitaria Solitaria Poco solitaria Nada solitaria
 () () () ()

¿Cuántos cigarros crees que fumarás dentro de:

81. 12 meses?

Ninguno ()
 Algunos durante el año ()
 Algunos cada mes ()
 Algunos cada semana ()
 Algunos casi todos los días ()
 La mitad de una cajetilla al día ()
 Una cajetilla o más al día ()

82. 5 años?

Ninguno ()
 Algunos durante el año ()
 Algunos cada mes ()
 Algunos cada semana ()
 Algunos casi todos los días ()
 La mitad de una cajetilla al día ()
 Una cajetilla o más al día ()

83. 10 años?

Ninguno ()
 Algunos durante el año ()
 Algunos cada mes ()
 Algunos cada semana ()
 Algunos casi todos los días ()
 La mitad de una cajetilla al día ()
 Una cajetilla o más al día ()

Comentarios:

REFERENCIAS

- Anderson, R.L. & Fishbein, M. (1967). Prediction of attitude from the number, strength, and evaluative aspect of beliefs about the attitude object: A comparison of summation and congruity theories. In M. Fishbein (Ed). *Readings in attitude theory and measurement*. New York: John Wiley and Sons, 437-443.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- – – (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- – – (2005). *Attitude, personality and behavior*. Milton Keynes, UK: Open University Press.
- – – & Albarracín, D. (2007). Predicting and changing behavior: A reasoned action approach. En Ajzen, I., Albarracín, D. & Hornick, R. (Edit.) *Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach*. Mahwah, NJ: Erlbaum Associates.
- Alexander, C., Piazza, M., Mekos, D. & Valente, T. (2001). Peers, schools, and adolescent cigarette smoking. *Journal of Adolescent Health*, 29, 22-30.
- Álvaro, J. L. y Garrido, A. (2003). *Psicología social*. México: Mc Graw Hill.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J.I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M.P. (2000). *Tabaco y salud: Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Belsasso, G. (2005). El tabaquismo en México. Acciones institucionales en materia de tabaquismo. *CONADIC Informa*. Recuperado el 14 de octubre de 2005, de www.conadic.gob.mx/doctos/img/CONgbe1.jpg.
- Botvin, G. J., Botvin, E. M. & Baker, C. (1983). Developmental changes in attitudes toward cigarette smoker during early adolescence. *Psychological Reports*, 55: 547-553.
- Chalmers, K., Seguire, M. & Brown, J. (2002). Tobacco use and baccalaureate nursing students: A study of their attitudes, beliefs and personal behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 17–24.
- Califano, J. (1995). The wrong way to stay slim. *The New England Journal of Medicine*, 333, 1214-1221.
- Calleja, N. (1998). Creencias sobre las consecuencias del tabaco. *La Psicología Social en México*, 8, 254-259.

- Echevarría, A. (1991). *Psicología social sociocognitiva*. Bilbao: Desclée de Broker.
- Eiser, J., Eiser CH., Gammage, P., & Morgan, M. (1989) Health locus of control and health beliefs in relation to adolescent smoking. *British Journal of Addiction*, 84, 1059-1065.
- Ennett, S. T., Bauman, K. E., Foshee, V. A., Pemberton, M., & Hicks, K. A. (2001). Parent-child communication about adolescent tobacco and alcohol use: What do parents say and does it affect youth behavior? *Journal of Marriage and Family*, 63, 48-62.
- Fernández, V. M., Villalba, C. J., Flores, S. S., Lezama C. M., Martínez, R. L. (1992). Frequency of Acute Respiratory Infections in Children of Parents who Smoke and Children of Non-Smoking Parents. *Tobacco or Health*. 537-540. Plenum Publishing Corporation.
- Fishbein, M. (1967a). 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.
- Fishbein, M. (1967b). Attitude and prediction of behavior. In M. Fishbein, (Ed). *Readings in attitude theory and measurement*. New York: John Wiley, 477-491.
- — — & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fletcher, A. C., & Jefferies, B. C. (1999). Parental mediators of associations between perceived parental authoritative parenting and early adolescent substance use. *Journal of Early Adolescence*, 19, 465-487.
- Grogan, S., Conner, M., Fry, G., Gough, B. & Higgins, A. (2007). Gender differences in smoking: A longitudinal study of beliefs predicting smoking in 11-15 year olds. *Psychology & Health*, 22, 83-105.
- INEGI (Instituto Nacional de Geografía e Informática) (2004). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. Aguascalientes: INEGI.
- Jones, E. E. y Gerard, B. H. (1992). *Fundamentos de psicología social*. México: Limusa.
- Joossens, L., Sasco, A., Salvador, T. y Villalbí, J. R. (1999). Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. *Revista Española de Salud Pública*, 73, 3-11.
- Kim, K. K., Yu, S. H. E., Chen, H. E., Kim, J., Brintnall, R., & Vance, S. (2000). Smoking behavior, knowledge, and beliefs among Korean Americans. *Cancer Practice*, 8, 223-230.
- Kropp, R. Y. & Halpern-Felsher B. L. (2004). Adolescents' beliefs about the risks involved in smoking "light" cigarettes. *Pediatrics*, 114, e445-e451.
- Kuri-Morales, P. A., Alegre-Díaz, J., Mata-Miranda, M. P. y Hernández-Ávila, M. (2002). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en México. *Salud Pública México*, 44, supl. 1, S29-S33.
- Kuri-Morales, P. A., González-Roldán, J. F., Hoy, M. J. y Cortés-Ramírez, M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública de México*, 48, 91-98.

- Ma, G. X., Shive, St., Legos, P., & Tan, Y. (2003). Ethnic differences in adolescent smoking behaviors, sources of tobacco, knowledge and attitudes toward restriction policies. *Addictive Behaviors*, 28, 249-268.
- Madrigal de León, E., Rasmussen-Cruz, B., Álvarez Nemegeyel, J. y Nuño-Gutiérrez, L. (2005). *Salud Mental*, 28, 64-70.
- Min, Q. W. & James, M. E. (1994). Predicting smoking status by smoking-related attitudes and beliefs for middle school youth in the United States. *Wellness Perspectives*, 10, 34-44.
- Méndez, G. F. y Flores, G. L. (1990). *Tabaquismo*. Su repercusión en aparatos y sistemas. México: Trillas.
- Netemeyer, G. R., Craig, A. J. & Burton, S. (2005). Effects of antismoking advertising-based beliefs on adult smokers' consideration of quitting. *American Journal of Public Health*, 95, 1062-1066.
- PAHO (Pan American Health Organization) (2006). Youth smoking prevalence. Recuperado el 27 de septiembre de 2007 de: www.paho.org/tobacco/CountriesTopic.asp?Countryld=270&Topicdd=664
- O'Byrne, K., Haddock, K., Poston, W. y Mid American Heart Institute (2002). Parenting style and adolescent smoking. *Journal of Adolescent Health*, 30, 418-425.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1997). *Tabaquismo. Una amenaza constante para la salud*. Comunicación para la salud No 12. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2001). Encuesta mundial sobre tabaquismo en la juventud: Estado de su ejecución en América Latina y el Caribe. *Boletín Epidemiológico*, 22, 12-14.
- Pérez-Estable, E. J. (2002). *Guía para dejar de fumar*. National Cancer Institute. Recuperado el 20 de octubre de 2005 de: www.cancer.gov.
- Perlman, D. y Cosby, P. (1987). *Psicología social*. México: Trillas.
- Powe, B.D., Ross, L. & Cooper, D.L. (2007). Attitudes and beliefs about smoking among african-american college students at historically black colleges and universities. *Journal of the National Medical Association*, 99, 338-344.
- Puente, F. G. (1986). Tabaquismo en México. *Boletín de la Oficina Sanitaria de Panamericana*, 101, 234-246.
- Rivas, F. G. y Cardaci, D. (1995). Género y tabaquismo en estudiantes de medicina de una universidad mexicana. México: Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco.
- Sansores, R. H., Villalba C. J. y Herrera, K. L. (1999). Prevalence of cigarette smoking among employees of the Mexican National Institutes of Health. *Salud Pública de México*, 41, 381-388.

- Schütz, H. & Six, B. (1996). How strong is the relationship between prejudice and discrimination? A meta-analytic answer. *International Journal of Intercultural Relations*, 20, 441-462.
- Shettler, L. C. (2005). *Risk and protective factors for adolescent smoking in rural versus urban environments*. Thesis of Master Degree of Science in Human Development. Virginia Polytechnic Institute and State University, USA.
- Slovic, P. (2000). What does it mean to know a cumulative risk? Adolescents' perceptions of short-term and long-term consequences of smoking. *Journal of Behavioral Decision Making*, 13, 259-266.
- SSA-CONADIC (2000). *Programa Nacional contra las Adicciones: Programa contra el Tabaquismo*. México: Secretaría de Salud - Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- Tapia, C., De la Rosa, G., García, T. y Kuri, P. A. (2007). Cigarro: El conocimiento y actitudes entre los médicos mexicanos. *El Periódico de la Asociación Médica Nacional*, 99, 507-512.
- Thompson, B., Thompson, A.L., Thompson, J., Fredickson, Ch., & Bishop. S. (2003). Heavy smokers: A qualitative analysis of attitudes and beliefs concerning cessation and continued smoking. *Nicotine & Tobacco Research*, 5, 923-933.
- Thurstone, L. L. (1931). The measurement of attitudes. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 26, 249-269.
- Valdés, R., Meneses, G. F., Lazcano, E., Hernández, M. I., Hernández, M. (2004). Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes México 2003. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública
- , Lazcano, E. C. y Hernández, M. (2005). Primer Informe sobre el Combate al Tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco, México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- , Thrasher, J., Sánchez, L. M., Lazcano, E., Reynales, L. M., Meneses, F. y Hernández, M. (2006). Los retos del Convenio Marco para el Control del Tabaco en México: Un diagnóstico a partir de la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes. *Salud Pública de México*, 48 (Supl. 1), S5-S16.
- , Reynales, L. M., Lazcano, E. C. y Hernández, M. (2007). Antes y después del Convenio Marco en México: Una comparación desde la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes 2003 y 2006. *Salud Publica de México*, 49 (Supl. 2), S155-S169.
- Vázquez, L. A., Sesma, S. Hernández, M. (2002). El consumo de tabaco en los hogares en México: Resultados de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1984-2000. *Salud Pública de México*, 44, 76-81.
- Wang, M. Q. & Eddy, J. M. (1994). Predicting smoking status by smoking-related attitudes and beliefs for middle school youth in the United States. *Wellness Perspectives*, 10, 10-34.

- Warren, W. Ch. (2003). Differences in worldwide tobacco use by gender: Findings from the Global Youth Tobacco Survey. *Journal of School Health, 73*, 207-215.
- Weinberger, M.,G., Greene, J., Mamlin, J. J. & Jerin, M. J. (1981). Health beliefs and smoking behavior. *American Journal of Public Health, 71*, 1253-1255.
- Weinstein, D. N., Slovic, P., & Gibson, G. (2004) Accuracy and optimism in smokers' beliefs about quitting. *Nicotine Tobacco Research, 6*, S375-S380.
- WHO (World Health Organization) (2007). Tobacco Free Initiative. Why is tobacco a public health priority? Recuperado el 25 de septiembre de 2007 de: [www. who org/ tobacco/health_priority/en/print.html](http://www.who.org/tobacco/health_priority/en/print.html).