



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**HABILIDADES PARA LA VIDA Y CONSUMO DE TABACO EN  
ADOLESCENTES DE BACHILLERATO\***

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T A :**  
**G U I L L E R M O G A R C Í A G O N Z Á L E Z**

**Directora de tesis:** Dra. Lilia Bertha Alfaro Martínez  
**Revisora de tesis:** Dra. Patricia Andrade Palos

**Sinodales:** Lic. María Concepción Conde Álvarez  
Dra. Mariana Gutiérrez Lara  
Dra. Tania Esmeralda Rocha Sánchez





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**\*ESTE TRABAJO SE REALIZÓ GRACIAS AL APOYO DEL MACROPROYECTO:  
“DESARROLLO DE NUEVOS MODELOS PARA LA PREVENCIÓN  
Y EL TRATAMIENTO DE CONDUCTAS ADICTIVAS”.**

# AGRADECIMIENTOS

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, en lo particular a la **Facultad de Estudios Superiores Iztacala** y a la **Facultad de Psicología**, por haberme brindado los conocimientos necesarios para desempeñar a bien la profesión.

A todos los profesores que me dieron sus conocimientos y me brindaron su apoyo tanto en lo personal como en lo profesional. En particular extendo el agradecimiento a **Rosa Aurora Mier Zamudio, Alma Delia Pérez Serrano, Susana Robles Montijo, Roque Olivares Vázquez, Isaura López Segura, Rosa María Campos Morales, Irma Yolanda del Río Portilla, Tania Rocha Sánchez, Martha Elba Sánchez Oviedo, Juan Varela Juárez y Mariana Gutiérrez Lara.**

Un agradecimiento especial a la **Dra. Lilia B. Alfaro Martínez** por haber creído en mí y darme la oportunidad de crecer y desarrollarme en lo profesional.

A la **Dra. Patricia Andrade Palos** por enseñarme a sacar lo mejor de mí y terminar este proyecto.

A **mis padres**, por el esfuerzo que hicieron para darme la oportunidad de haber concluido mi formación profesional.

A **mis amigos**, que siempre estuvieron a mi lado en las buenas y las malas, siempre apoyándome a terminar los trabajos escolares, dar un consejo o pasar un buen rato juntos.

A **todas las personas involucradas** en este proyecto que de alguna u otra manera me apoyaron a la culminación del mismo.

# DEDICATORIA

Dedico este trabajo a la memoria de **Mónica Rodríguez Pérez †**. Gracias por enseñarme que siempre una hay luz al otro lado del camino.

# ÍNDICE

---

**RESUMEN**

**ABSTRAC**

**INTRODUCCIÓN**

**i**

---

**CAPÍTULO 1:**

**ADOLESCENCIA**

**1**

---

1.1 Concepto de adolescencia

1.2 Características de la adolescencia

1.2.1 Procesos físicos

1.2.2 Procesos cognoscitivos

1.3 Desarrollo de la personalidad

1.3.1 Teoría Psicoanalítica

1.3.2 Teoría Psicosocial

1.3.3 Teoría del Aprendizaje Social

**CAPÍTULO 2:**

**TABAQUISMO**

**9**

---

2.1 Consumo de tabaco

2.2 Uso, abuso y dependencia hacia las drogas

2.3 Factores de riesgo para el consumo de tabaco

2.4 Panorama Internacional: Convenio Marco para el control del tabaco

2.5 Panorama epidemiológico en México

2.6 Normatividad sobre el uso y consumo de tabaco en México

**CAPÍTULO 3:**

**HABILIDADES PARA LA VIDA (HAV)**

**27**

---

3.1 Teorías involucradas en los programas de habilidades para la vida en la prevención de adicciones

3.1.1 Teoría del aprendizaje social

3.1.2 Teoría de la conducta problema

3.1.3 Teoría de acción razonada

3.1.4 Teoría de la conducta planificada

3.1.5 Teoría evolutiva de Kandel

3.2 Enfoques tradicionales

3.2.1 Modelo Informativo

- 3.3 Enfoques psicosociales
  - 3.3.1 Modelo Afectivo
  - 3.3.2 Modelo de Influencias sociales
  - 3.3.3 Modelo Cognitivo-conductual
  - 3.3.4 Modelo de Habilidades para la vida (HAV)
- 3.4 Modelo de Habilidades para la vida (HAV)

**CAPÍTULO 4:**

**MÉTODO**

**45**

---

- 4.1 Justificación y planteamiento del problema
- 4.2 Objetivo
- 4.3 Hipótesis del trabajo
- 4.4 Definición conceptual y operacional de variables
  - 4.4.1 Variables de clasificación
  - 4.4.2 Variables dependientes
- 4.5 Diseño
- 4.6 Tipo de estudio
- 4.7 Escenario
- 4.8 Tipo de muestra
- 4.9 Participantes
- 4.10 Instrumento
- 4.11 Procedimiento

**CAPÍTULO 5:**

**RESULTADOS**

**54**

---

- 5.1 Patrón de consumo
- 5.2 Análisis de varianza

**CAPÍTULO 6:**

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

**67**

---

- 6.1 Patrón de consumo de tabaco
- 6.2 Habilidades para la vida

---

**Limitaciones y sugerencias**

**Consideraciones éticas**

**Anexos**

**Referencias**

## RESUMEN

El tabaquismo es un problema de salud que está aumentando drásticamente en países en desarrollo, atacando principalmente a adolescentes entre los 12 y 17 años de edad y que abarca tanto hombres como mujeres de los diferentes estratos económicos y sociales, dejando a su paso diferentes problemas personales y sociales tales como: un bajo rendimiento académico, o la inserción a experimentar en otro tipo de drogas; además de altos costos en atención a personas que hayan desarrollado complicaciones de salud a raíz de esta conducta. Bajo este contexto, el enfoque que está dando resultados en la prevención de adicciones en adolescentes es el de Habilidades para la Vida. Dado el panorama anterior, el propósito de este estudio es evaluar si existen diferencias significativas en las Habilidades para la vida que tienen los adolescentes y su frecuencia en el consumo de tabaco.

En este estudio participaron 5650 adolescentes estudiantes de un bachillerato público de la Ciudad de México, con una edad promedio de 17 años, 50.7% mujeres y 47.6% hombres seleccionados de forma aleatoria. Para medir las habilidades para la vida se utilizó el instrumento de Habilidades para la Vida (HAV) de Andrade et al. (no publicado) el cual, está estructurado por seis factores de habilidades genéricas: planeación del futuro ( $\alpha=.76$ ), autocontrol ( $\alpha=.74$ ), asertividad ( $\alpha=.77$ ), expresión de emociones ( $\alpha=.77$ ), manejo del enojo ( $\alpha=.70$ ) y solución de problemas ( $\alpha=.68$ ) y tres factores de habilidades específicas: aceptación de la presión de amigos ( $\alpha=.80$ ), aceptación de la presión de la pareja ( $\alpha=.54$ ) y resistencia a la presión de amigos y/o pareja ( $\alpha=.57$ ).

Asímismo, se midió el patrón de consumo de tabaco con indicadores de la ENA 2002: no consumidores, consumidores que no han fumado en el último mes, consumidores que han fumado entre 1 y 5 días en el último mes, entre 6 y 19 días y más de 20 días. Para conocer si existían diferencias significativas entre las habilidades para la vida y el consumo se aplicó un Análisis de Varianza de una sola vía (*ONE WAY*).

Los resultados mostraron que tanto hombres y mujeres iniciaron su consumo de tabaco a los 15 años. El grupo de no fumadores obtuvo puntajes significativamente más altos en: planeación del futuro, autocontrol, manejo del enojo, solución de problemas y resistencia a la presión; mientras que las habilidades de asertividad y expresión de emociones puntuaron en una proporción mayor los grupos de consumidores de tabaco. Al hacer el análisis por sexo, se encontró que las mujeres obtuvieron puntajes mayores en habilidades de planeación del futuro, expresión de emociones, manejo del enojo, solución de problemas y resistencia a la presión; mientras que los hombres percibieron tener mayores habilidades de autocontrol y manejo del enojo.

Estas evidencias permitirán tener un marco de referencia para poder implementar nuevos programas de prevención con población de adolescentes escolarizados mexicanos, enfocados en estas habilidades para la vida y así poder contribuir de manera efectiva en el desarrollo de una cultura de prevención de adicciones en el país.

**Palabras clave: Habilidades para la vida, adolescentes, prevención, tabaco**



## ABSTRACT

The tobacco addiction is a health problem that is increasing drastically in developing countries, mainly attacking males and females teenagers between 12 and 17 years old of different economic and social layers, leaving to the teenagers personal and social problems such as a low scholastic yield, or the beginning to try another drugs, also high cost of people treatment regarding health complications due to this addiction. Under this context, the approach that is showing results in preventions of addictions with teenagers is the life skills.

Taking in account the last panorama, the purpose of this study is evaluate if we can find significant differences in the life skills in teenagers and the frequency of tobacco consume.

In this study participated 5650 teenagers studying in Public High School of Mexico City, age average 17 years old, 50.7% females 47.6% males both selected in random way. To measure the life skills it was used the instrument called Life Skills (HAV) of Andrade *et al.*, (not published) which is structured in six factors of generic skills: future planning ( $\alpha=.76$ ), self-control ( $\alpha=.74$ ), assertiveness ( $\alpha=.77$ ), managing emotions ( $\alpha=.77$ ), anger management ( $\alpha=.70$ ), and problem solving ( $\alpha=.68$ ), and three factors of specific skills: peers pressure acceptance ( $\alpha=.80$ ), couple pressure acceptance ( $\alpha=.54$ ) and peer/couple pressure ( $\alpha=.57$ ).

Likewise, was measure the consume of tobacco patron with indicators of the National Addictions Survey 2002: not consumers, consumers that have not smoke in the last month, consumers that have smoke between 1 and 5 days in the last month, between 6 and 19 days and more than 20 days. To know if exist significant differences between life skills and tobacco consume, was applied and Variance Analysis in One Way.

Results show that both males and females initiated their tobacco consume at 15 years old. The non smokers groups had significant high scores in the skills of: future planning, self-control, angry management, solution of problems and pressure resistance, while the skills of assertiveness and managing emotions scored in high proportion the smoker group. Making the analysis taking in account the gender of the teenagers the females got high scores in the skills of future planning, managing emotions, anger management, problem solving and resistance of pressure while males have more skills in self-control and anger management.

This evidence allow to have a reference frame to be able to implement new programs of prevention of addictions in Mexican Scholars teenagers, focused in this life skills and by this way contribute in a effective way in the development of a culture of preventions of addictions in the Country.

**Keywords: Life Skills, teenagers, prevention, tobacco addiction.**

## INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco se considera un problema de salud pública a nivel mundial, debido a que representa la segunda causa principal de muerte según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1999). Se señaló que para el año 2020 el tabaquismo causará el doble de defunciones que las actuales, alrededor de diez millones de muertes.

En México, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002), reportó que el inicio de consumo de tabaco, se presenta entre los 12 y 17 años de edad en la cual los hombres obtuvieron un porcentaje mayor (15.4%) que las mujeres (4.8%). Estudios realizados en diferentes países, indicaron que se ha incrementado el porcentaje de adolescentes que se inician en el consumo de tabaco, de igual forma se señala que las mujeres se están iniciando a edades más tempranas (Fraga, Ramos y Barros, 2006; Mendoza y López-Pérez, 2007;). Tener un amigo fumador, conseguir un estatus dentro de un grupo de amigos y tener padres o hermanos fumadores, son factores que influyen directamente para iniciarse en el consumo de tabaco (Arillo-Santillán, Fernández, Hernández-Ávila, Tapia-Uribe, Cruz-Valdés y Lazcano-Ponce, 2002; Caballero-Hidalgo, González, Pinilla y Barber, 2004; Martínez-Mantilla, Amaya-Naranjo, Campillo, Díaz-Martínez y Campos-Arias, A., 2008).

Bajo este panorama, diversas instituciones a nivel internacional y local, han diseñado una serie de políticas que han tenido como resultado la elaboración de programas de promoción para la salud, a través de diversas campañas publicitarias con el objetivo de reducir el número de experimentadores y consumidores de tabaco, principalmente en la población adolescente, por ser la más expuesta. Asimismo expertos en la materia, han hecho diferentes propuestas de prevención. La que se ha considerado más efectiva se enfoca principalmente a la identificación de habilidades sociales, cognitivas y emocionales. De esta manera la OMS, (1993) planteó un programa de Habilidades para la vida, las cuales definió como “aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo que nos permita enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria”. Las clasificó en: capacidad de tomar decisiones, habilidad para resolver problemas, pensamiento creativo, pensamiento crítico, comunicación efectiva,

habilidades para las relaciones interpersonales, conocimiento de sí mismo, empatía, habilidad de manejar emociones y tensiones.

En la actualidad, varios países han retomado el enfoque de Habilidades para la Vida y elaborado programas para prevenir el tabaquismo (Botvin, y Griffin, 2005; Eisen et al., 2003; Pentz et al., 1998; Sussman, 2004; Pick et al., 2003; OEA, 2005; CONACE, 2005; IAFA, 2000; Caricom, 2005; Lions-Quest, 1984; NSIC, 2006; Hane et al., 2004; Hein de Vries, 2006).

Con relación a lo expuesto anteriormente, el objetivo de este estudio es evaluar las diferencias entre los factores sociodemográficos (edad y sexo), con el patrón de consumo de tabaco y las habilidades para la vida. Lo referido anteriormente permite contextualizar el contenido de este trabajo, el cual está conformado por siete capítulos:

En el primer capítulo se describe de manera general la conceptualización de la adolescencia desde diferentes perspectivas teóricas. Se describen las características físicas que se presentan en esta etapa, así como los procesos cognoscitivos de la edad. Dada la diversidad de enfoques para poder explicar la adolescencia y la dinámica del problema de consumo de tabaco, se consideró como base la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977, 1986), la cual plantea que los comportamientos de las personas son el resultado de procesos de aprendizaje (que generalmente inicia con la observación de los comportamientos de un modelo), a través de la relación del individuo con su entorno y por los resultados obtenidos, la persona creará expectativas alrededor de la conducta así cuanto más motivado se encuentre el sujeto, mayor será el número de veces que tienda a repetirla.

En el segundo capítulo se plantea el tema del tabaquismo. Se hace una breve reseña acerca de la historia del tabaco y cómo es que evolucionó su consumo a lo largo de los años. Conscientes de la problemática de este tema, se hace una revisión bibliográfica sobre algunas medidas preventivas en cuestión de legislación, que han elaborado diferentes instituciones alrededor del mundo (Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Secretaría de Salud (SSA), Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), Secretaría de Educación Pública (SEP), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), etc.), preocupados por el consumo de esta sustancia; así como conceptos básicos de las adicciones que darán pie a evaluar los factores de riesgo en un adolescente (Clayton, 1991; Botvin, Goldberg Botvin y Dusembury, 1993; Arjonilla, Pelcastre y Orozco, 2000; Muñoz-Rivas, 2002). Finalmente se presentan datos estadísticos que indican la manera en como está evolucionando este fenómeno alrededor del mundo y en particular en nuestro país.

El tercer capítulo trata sobre las habilidades para la vida y los modelos teóricos más comunes en cuanto a prevención de adicciones se refieren (OPS, 2001). Para ello se hace una revisión de las principales teorías que comúnmente han sido utilizadas; algunas de ellas con mayor énfasis en los resultados de las conductas mientras que otras indican la importancia del contexto cultural, de las normas sociales y de la adquisición de diferentes habilidades (solución de problemas, comunicación interpersonal, solución de conflictos, etc.), como elementos claves para un desarrollo humano fuera de adicciones. Como resultado de estas teorías, y de acuerdo al punto de vista del US Department of Health and Human Services, el Public Health Service, National Institutes of Health y el National Cancer Institute de Estados Unidos (cit., en INSP, 2004), se hace una exploración de las características de los enfoques tradicionales y los enfoques psicosociales para comenzar a entender el modelo, así como los elementos clave para desarrollar programas de prevención basados en este modelo.

Asímismo se citan algunos programas de prevención puestos en marcha en diferentes países y México, con resultados positivos. Posteriormente, se explica un modelo propuesto por un grupo de investigadores de Estados Unidos (Griffin, Botvin, Scheier, et. al., 2002), quienes proponen un programa de entrenamiento en habilidades para la vida, basado en tres principales habilidades: personales, de automanejo, sociales y de información (relacionadas con las drogas). Por último se hace una conceptualización de las habilidades más usadas en los programas de prevención basados en este modelo, ya que con base en esta conceptualización es que partimos para hacer esta investigación.

En el capítulo cuatro se muestran la justificación y planteamiento del problema, basados en la revisión de diferentes estudios científicos (Bayés, 1992; OMS, 1993, 2001; Botvin, 2004), lo que nos lleva a plantear los objetivos de esta investigación, éstos son: presentar la validez y confiabilidad de las escalas de habilidades para la vida en estudiantes de bachillerato, así como evaluar las diferencias y relaciones que existen entre los factores sociodemográficos (edad, sexo, turno), el patrón de consumo y las habilidades para la vida, de esta manera, se plantean las hipótesis de trabajo, donde se espera encontrar relaciones y diferencias significativas entre las Habilidades para la vida y el consumo de tabaco.

El capítulo cinco, habla del método utilizado. Se describe cómo están conformadas las escalas de datos sociodemográficos (edad, sexo, turno), el patrón de consumo y la escala de Habilidades para la vida. Se describe el tipo de estudio utilizado, el escenario, la muestra y el procedimiento.

En el capítulo seis se hace una descripción de cómo quedó estructurado el instrumento. Asimismo, se muestran los resultados obtenidos por el patrón de consumo y las diferencias por edad, sexo y turno. De la misma manera se presentan los resultados de la prueba *t de Student*, la cual nos mostró que existen diferencias significativas entre las variables sociodemográficas y las Habilidades para la vida. A través del Análisis de Varianza, se establecen las diferencias entre los adolescentes no consumidores y consumidores de tabaco y sus habilidades para la

vida que perciben. Por último la aplicación de la Correlación de *Pearson*, permitió conocer la relación entre las diferentes habilidades y el consumo de tabaco.

En el capítulo siete se aborda la discusión y las conclusiones finales de la investigación: tanto de la validez y confiabilidad del instrumento, el patrón de consumo de tabaco, los datos sociodemográficos y la forma en como se comportaron las Habilidades para la vida.

Finalmente, se abordan las limitaciones y sugerencias del estudio así como las consideraciones éticas llevadas a cabo durante el estudio.



# CAPÍTULO 1: ADOLESCENCIA



## 1.1 Concepto de adolescencia

La adolescencia es una de las etapas del desarrollo humano que promueve un especial interés en la psicología, por ser este lapso de vida el momento donde se generan cambios significativos determinantes en la personalidad de los individuos.

El significado etimológico de la palabra adolescencia es “junto al dolor” (proviene del verbo latín *adolescere* que significa “doler” y del prefijo *ad* que significa “junto a”). Tiene otras acepciones como “crecer”, “dolencia” o “padecer una enfermedad”. El concepto que se tiene de adolescencia como tal, es relativamente nuevo ya que apareció a partir de la segunda mitad del siglo XIX (Chapela, 1996).

Con base en diferentes investigaciones que denotan rasgos específicos de edad y en las que se evaluaron variables sociodemográficas que tienen que ver con la identificación de características propias del adolescente (p.ej. cambios físicos, situación étnica, situación geográfica), la OMS (1989) señaló que la adolescencia comprende un marco de edad entre los 10 y 19 años.

De acuerdo a Hamburg y Hamburg, 2004 (en Santrock, 2006), la adolescencia es una etapa de evaluación, toma de decisiones, compromiso, búsqueda de un espacio en el mundo y comprende procesos físicos, cognoscitivos y de personalidad.

## 1.2 Características de la adolescencia

### 1.2.1 Procesos físicos

Autores como Kimmel (1998), Mietzel (2005), Perinat (2003), Rice, (2000) y Santrock, (2006) afirman que la adolescencia es una etapa que surge después de la infancia con la aparición de signos biológicos, como la madurez esquelética, desarrollo de vello púbico o aumento del busto y comienzo de la menstruación en las chicas entre otros denominada pubertad. De esta manera, el término pubertad alude exclusivamente a los cambios biológicos.

Los principales cambios físicos que surgen en la pubertad tanto en hombres como en mujeres son los siguientes:

**Tabla 1. Cambios en la pubertad (Perinat, 2003)**

En las chicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Senos: el comienzo ocurre entre los 8 y 13 años; formas adultas entre los 13 y los 18 años.</li> <li>▪ Estirón: comienza entre los 9 y medio y los 15 años; talla adulta entre los 13 y los 17 años.</li> <li>▪ Vello púbico: aparición entre los 8 y medio y los 14 años; formas adultas entre los 12 y los 17 años.</li> <li>▪ Menarquía: entre los 10 y los 17 años; en promedio: 12 y medio – 13 años.</li> </ul>
En los chicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Testículos: comienzo entre los 9/10 y los 13 años; maduración completa entre los 13 y los 17 años.</li> <li>▪ Pene: comienzo entre los 13 y medio y los 14 y medio años; desarrollo completo entre los 13 y los 17 años.</li> <li>▪ Vello púbico: comienza entre los 10 y los 15 años; realización del modelo adulto: entre los 14 y los 18 años.</li> <li>▪ Estirón: comienzo entre los 10 y medio y los 16 años; la talla adulta se alcanza entre los 13 y medio y los 17 y medio años.</li> </ul>

Esta serie de cambios biológicos no aparecen de manera aislada en el cuerpo del joven. La adolescencia empieza con la pubertad y se inicia aproximadamente a los 11 ó 12 años de edad a los 19 o 21 años y entraña cambios importantes “interrelacionados en todos los ámbitos del desarrollo” (Papalia, Wendkos y Feldman, 2007, p. 431) como procesos cognoscitivos y de personalidad.

### 1.2.2 *Procesos cognoscitivos*

El *desarrollo cognitivo* según Piaget (1950, 1967, 1971, 1972, cit. en Rice 2000), es el resultado combinado de las influencias del entorno, la maduración del cerebro y sistema nervioso, donde la forma de pensar y actuar del individuo se adaptan al medio en el que se desenvuelve. En su propuesta teórica destaca cuatro etapas (sensorio-motriz, preoperacional, de operaciones concretas y operaciones formales) y utiliza cinco términos para describir la dinámica del desarrollo: esquema, adaptación, asimilación, acomodación y equilibrio (Morris, 2001).

De acuerdo con Piaget, la adolescencia se sitúa en la etapa de operaciones formales, a partir de los 11 años. Durante esta etapa, se superan las experiencias concretas y se tornan abstractas. Se es capaz de realizar introspección y pensar sobre los pensamientos, de usar la lógica sistemática y proposicional para resolver problemas y elaborar conclusiones. Se utiliza el razonamiento inductivo, ubicando un número de hechos juntos y construyendo teorías sobre la base de los mismos. En ésta etapa también los adolescentes pueden utilizar el razonamiento deductivo en el examen científico y poner a prueba teorías, y utilizar símbolos algebraicos así como el habla metafórica. Adicionalmente, pueden pensar sobre lo que podría ser hipotético, proyectando su futuro y hacer planes sobre él (Rice, 2000).

## 1.3 **Desarrollo de la personalidad:**

### 1.3.1 *Teoría psicoanalítica*

La teoría psicoanalítica clásica, fue creada por Sigmund Freud (1856-1939). De acuerdo a este enfoque, la personalidad se forma durante los primeros cinco o seis años de vida bajo la dirección de impulsos o fuentes innatas de energía (libido) que se revelan en diferentes zonas del cuerpo. Estos impulsos dan lugar a una secuencia universal de estadios psicosexuales: oral, anal, fálico, latencia y genital, que se relacionan con ciertas características de personalidad y diferencias individuales. Así la

formación de la personalidad implica un recorrido que lleva a cabo el niño por éstas etapas.

En la siguiente tabla se presentan los estadios psicosexuales.

<b>Tabla 2. Estadios psicosexuales (Rice F., 2000)</b>	
Oral	Abarca desde el nacimiento hasta el primer año de vida, la fuente principal de placer y satisfacción provienen de la actividad oral.
Anal	Está referida al segundo año de vida, el niño busca placer y satisfacción por medio de la actividad anal, con la eliminación ó retención de productos de desecho.
Fálica	Va desde el cuarto al sexto año de vida, el área genital es la principal fuente de placer y satisfacción.
Latencia	Comprende desde los 6 a los 12 años. El interés sexual permanece oculto y el niño se concentra en la escuela y en actividades lúdicas.
Genital	Los impulsos dan lugar a la búsqueda de otras personas como objetos sexuales para descargar la tensión.

De acuerdo a Freud (en Rice, 2000), el modo en que el niño atraviesa las distintas etapas del desarrollo depende fundamentalmente de las condiciones específicas del entorno, de la relación con la madre o de ambos progenitores.

### *1.3.2 Teoría Psicosocial*

Erikson hace énfasis entre los instintos innatos y las demandas sociales y sostiene que la cultura en la que se vive determinará los conflictos futuros del individuo. Integra el desarrollo de la personalidad en ocho fases de vida, las cuales se caracterizan por un conflicto típico (Mietzel, 2005). Cada una de ellas plantea al yo tareas que le permiten crecer cuando las lleva a cabo. El éxito en la resolución del conflicto en cada fase, tiene por consecuencia el desarrollo de ciertas “cualidades del yo” como por ejemplo, la confianza, independencia o iniciativa. Si embargo es difícil que las tareas evolutivas puedan resolverse por completo. Ocasionalmente, se manifiesta en todo ser humano la

desconfianza, la duda o los sentimientos de culpa. Lo fundamental para Erikson es que las cualidades positivas del yo prevalezcan sobre las negativas (Ver tabla 3).

**Tabla 3. Los ocho estadios de Erikson de la vida humana (Kimmel, 1998)**

Aspectos opuestos de cada fase	Valor emergente	Periodo de la vida
1. Integridad básica vs desconfianza	Esperanza	Niñez
2. Autonomía vs vergüenza y duda	Voluntad	Infancia temprana
3. Iniciativa vs culpa	Resolución	Edad de jugar
4. Destreza vs inferioridad	Competencia	Edad escolar
5. Identidad vs confusión (del rol) de la identidad	Fidelidad	Adolescencia
6. Intimidad vs aislamiento	Amor	Edad adulta temprana
7. Productividad vs estancamiento (autoabsorción)	Atención	Madurez
8. Integridad vs desesperación (y disgusto)	Juicio	Vejez

Durante la quinta fase de *identidad vs confusión --del rol-- de la identidad*, el autor señala el inicio de la pubertad y el aumento de la necesidad social de encontrar el propio rol de adulto sexual, productivo y responsable que además posee un conjunto razonablemente coherente de valores y actitudes hacia sí mismo. También se presenta la capacidad de pensar en abstracto sobre desarrollo cognitivo (Kimmel, 1998).

### 1.3.3 Teoría del Aprendizaje Social

Según las teorías cognoscitivo-sociales del aprendizaje, el ser humano organiza en forma interna sus expectativas y valores para dirigir su conducta. Este conjunto de normas personales es exclusivo de cada individuo, pues se origina en su historia personal. La conducta es el resultado de la interacción de cogniciones (lo que pensamos de una situación y la manera en que vemos nuestra conducta en ella), del

aprendizaje y de las expectativas pasadas, entre ellas el reforzamiento, el castigo y el modelamiento, así como del ambiente en el que nos desarrollamos.

Uno de los especialistas del aprendizaje social, Bandura (1977, 1986) considera que la conducta está determinada por factores externos (modelos, reforzadores) e internos (motivos, percepciones, expectativas) por medio de la observación y el modelamiento (Rossignoli-Susín, 1990). Plantea que los comportamientos de las personas son el resultado de procesos de aprendizaje a través de la interacción entre el individuo y su entorno. Este aprendizaje se inicia a partir de la observación e imitación de modelos. El modelado entonces se convierte en un proceso de socialización por el que se desarrollan los patrones habituales de respuesta. A medida que los niños crecen, imitan diferentes modelos de su entorno social.

Por ejemplo cuando un individuo consume por primera vez tabaco y obtiene resultados placenteros como relajarse o divertirse, tenderá a repetir esta conducta una y otra vez. De esta manera a través de la repetición estas situaciones quedarán asociadas a diferentes conductas, activando el consumo del tabaco.

Un ejemplo claro está en un estudio hecho en una institución de salud por Arjonilla, Pelcastre y Orozco (2000), quienes encontraron que en los motivos principales de los adolescentes fumadores eran el placer causado por el olor y el sabor del tabaco, el control de la ansiedad, ira y tristeza, calmar los nervios, tranquilizar y quita el coraje. En este mismo grupo, los participantes que fumaban opinan que el tabaco ocasiona que la mayoría empezara a fumar socialmente, inducido por su grupo de amigos, bajo un código de iniciación grupal.

Uno de los resultados que cabe resaltar es el que algunos participantes reportan que fumar tiene efectos benéficos, pues indican que no sólo les provee el placer que les produce fumar, sino también mayor capacidad de concentración y productividad.

Como se ha mencionado, los cambios físicos, psicológicos y sociales que se presentan en el adolescente, podrían ser factores de riesgo en el inicio del consumo de tabaco, por lo que el siguiente capítulo se centrará en explicar qué es el tabaquismo, cuáles son los factores de riesgo y cómo se encuentra el panorama epidemiológico en la actualidad entre los adolescentes.

# CAPÍTULO 2: TABAQUISMO



## 2.1 Consumo de tabaco

El tabaco es una planta de la familia de las solanáceas, del género nicotina, cuyas hojas anchas convenientemente tratadas pueden ser mascadas, aspiradas o fumadas. La planta del tabaco es originaria de América, en donde se tienen registros del primer cultivo en el año 6000 a.c. (Olivares Rodríguez, 2006).

Es indudable la importancia que nuestros pueblos prehispánicos daban al tabaco y cómo éste fue uno de los productos más novedosos en Europa, desde que las primeras remesas de semilla de tabaco fueron enviadas, por encargo del misionero español Ramón Pané, desde la isla denominada La Española, hoy República Dominicana, a Sevilla, España.

Con la revolución industrial, a finales del siglo XIX, se da el surgimiento de la industria tabacalera moderna y su crecimiento a lo largo y ancho del planeta, con la consecuente repercusión e interacción política y económica en cada país donde se establece. La difusión del hábito, la conducta y la adicción de fumar, llevó en los años 50s del siglo XX a la realización de los primeros informes sobre la relación entre el tabaquismo y la salud de la población.

Es así como se encontró una relación evidente entre el consumo de este producto y la adquisición de enfermedades pulmonares y cardiovasculares. Con la aparición, en 1964, del Reporte del Cirujano General de los Estados Unidos sobre “Tabaquismo y Salud”, donde se destaca esta relación directa entre el tabaco y la enfermedad. Este reporte, concluía que fumar causaba cáncer de pulmón y de laringe (en hombres) y bronquitis crónica. En 1962, un reporte del royal College of Physicians, en el Reino Unido, llegó a esa conclusión en gran parte basándose en la misma evidencia, y otros expertos revisores publicaron en la década de los 50's que habían llegado a la determinación de que la asociación de fumar con cáncer de pulmón probablemente fuera causal (Samet, 2002).

La evidencia científica generada en los últimos cuarenta años ha sido contundente: el tabaco es hoy en día uno de los productos más nocivos para la salud, por lo que se ha convertido, en una de las principales causas de enfermedad y muerte (Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas, 2002).

De hecho, el tabaco es la segunda causa principal de mortalidad en el mundo. Actualmente provoca una de cada 10 defunciones de adultos en todo el mundo (unos 5 millones de defunciones por año). De mantenerse las pautas actuales de tabaquismo, el consumo de tabaco provocará unos 10 millones de defunciones por año para 2020 (OMS, 2008).

A esto habría que añadir el riesgo para la salud provocado para otras personas presentes (fumadores pasivos), como consecuencia de la inhalación del humo generado por la combustión de los cigarrillos consumidos por el fumador (Roales-Nieto, Calero-García, 1994).

El problema de las adicciones se ha incrementado en todo el mundo, sobre todo en la población adolescente (OMS-OPS, 1993; ENA, 2002; EMA, 2006) particularmente el alcoholismo y el tabaquismo, situación que genera la necesidad de atender esta problemática de salud pública, ya que se considera que son la entrada para el consumo de sustancias ilícitas. Además, como el alcohol y tabaco se consiguen fácilmente, el adolescente puede satisfacer sus deseos de alegrarse y tener sensaciones nuevas acompañados de cierta animación mental, aunque arriesga su salud gravemente. De hecho, el consumo de tabaco es el que más se asocia a muertes producidas por cardiopatías, enfermedades respiratorias, úlceras, cáncer, y osteoporosis.

## **2.2 Uso, abuso y dependencia hacia las drogas**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), droga es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento natural del sistema nervioso central y puede producir dependencia, ya sea física psicológica o ambas.

Entendemos por *uso* aquel tipo de consumo de drogas en el que, por la cantidad, frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se manifiestan consecuencias negativas en el consumidor ni en su entorno; por lo que no hay un uso problemático.

Pero cuando el uso de una droga se hace habitual, puede originar situaciones conflictivas surgiendo un problema de *abuso*, que se refiere a que la persona compromete su salud o tiene dificultades para funcionar como lo hacía hasta antes de usar la droga, ya que ahora necesitará de la sustancia y toda su vida gira en torno a ésta a pesar de las complicaciones que le pueda ocasionar originando así una dependencia.

La OMS (2001) nos dice que una *dependencia* es un estado en el cual la persona crea y mantiene el deseo por ingerir alguna droga. Si este deseo es mantenido por mecanismos metabólicos se desarrolla un síndrome de abstinencia cuando hay ausencia de la droga, lo que se denomina dependencia física. Bajo esta condición la droga se hace “normal” y necesaria para el organismo ya que ha llegado a convertirse en un estado de habituación a la presencia constante de dicha sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en la sangre para funcionar con “normalidad”. Por su parte, la dependencia psicológica es un deseo apremiante de repetir el consumo de una sustancia por razones emocionales para experimentar un estado afectivo placentero, de bienestar, de euforia, sociabilidad, etc., o liberarse de un estado negativo (estrés, timidez, enojo, aburrimiento, etc.).

La dependencia puede ser leve, moderada o severa según el tipo de droga, la cantidad que se utilice y la compulsión a tomarla de forma continua o periódica, para experimentar sus efectos psicológicos y algunas veces para evitar el malestar de su ausencia, pero siempre manteniendo consecuencias sobre el estado físico, mental o social.

La dependencia severa, física y psicológica a una droga, la cual se escapa del control voluntario de la persona se le denomina adicción. La OMS indica que este término corresponde a un esquema de comportamientos en el cual se da prioridad al uso de una droga frente a otros comportamientos considerados antes como más importantes.

El CIE-10 (OMS, 2005) refiere que para poder hablar de dependencia han de presentarse tres o más de los siguientes criterios en un periodo de 12 meses:

- Deseo intenso o compulsivo de consumir la sustancia.
- Dificultades para controlar el consumo de la sustancia, sea con respecto a su inicio, a su finalización o a su magnitud.
- Estado fisiológico de abstinencia al detener o reducir el consumo de la sustancia, puesto de manifiesto por el síndrome de continencia característico de esa sustancia o por el consumo de la misma sustancia (u otra muy parecida), con la intención de evitar o aliviar los síntomas al no ingerirla.
- Presencia de tolerancia, que hace que sean necesarias mayores dosis de la sustancia psicoactiva para lograr los efectos producidos originalmente por dosis menores.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer y de diversión a causa del consumo de la sustancia psicoactiva y aumento del tiempo necesario para obtener o tomar la sustancia, o para recuperarse de sus efectos.
  
- Persistencia en el consumo de la sustancia, pese a la existencia de pruebas evidentes de sus consecuencias perjudiciales, como el enfisema pulmonar, o cáncer de laringe o lengua causados por el consumo excesivo de tabaco, los estados de animo depresivos consecutivos al gran consumo de una sustancia o el deterioro de la función cognitiva relacionado con el consumo de una sustancia. Debe investigarse si el consumidor es o podría llegar a ser consciente de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

Anteriormente, la dependencia de sustancias no se consideraba como un trastorno cerebral, del mismo modo que las enfermedades psiquiátricas y mentales tampoco se consideraban como tal. No obstante, con los progresos recientes de la neurociencia ha quedado claro que la dependencia de sustancias es un trastorno cerebral, tanto como cualquier otra enfermedad neurológica y psiquiátrica (OMS, 2004).

### **2.3 Factores de riesgo para el consumo de tabaco**

Para muchas personas, el consumo de tabaco es una conducta que los lleva a tener un sentimiento de bienestar pasajero o de situación social. Sin embargo, esta adicción provoca daños a la salud tanto a corto como a largo plazo terminando en muchas ocasiones en enfermedades fatales.

En México, el consumo de tabaco es una de las principales causas de muerte evitable y de discapacidad, relacionadas con enfermedades como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el enfisema pulmonar, el cáncer de pulmón y de laringe y enfermedades del corazón y cerebrovasculares. Se estima que los fumadores mueren de manera prematura y pierden en promedio de 20 a 25 años de vida productiva (Villalobos y Rojas, 2007). La edad de inicio de consumo de tabaco se da generalmente durante la adolescencia (Berruecos-Villalobos, 2007; Castaño-Castrillón, Páez-Cala, Pinzón-Montes, Rojo-Buatamante, Sánchez-Castrillón, Torres-Ríos y cols., 2007; Kuri-Morales, González-Roldán, Hoy, Cortés-Ramírez, 2006; Maddaleno, Morello, Infante-Espinola, 2003); por lo que existe la necesidad de analizar cuales son los factores de riesgo durante esta etapa para que se de el consumo.

Según Clayton (1992), los factores de riesgo, bien se pueden definir como “un atributo y/o una característica individual, condicional situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso o abuso de drogas”.

En diferentes estudios (Griffin, Botvin, Díaz y Epstein, 1999; Hop, Duncan, Duncan y Stoolmiller, 1996; Kandel y Wu, 1995; Oygard, Kleep, Tell y Vellard, 1995) sobre los factores que predicen la iniciación al consumo de tabaco en estudiantes de secundaria en Estados Unidos, indican que los principales determinantes son la adicción al cigarro por parte de la madre, aspiraciones leves de tabaco y experimentación con otras sustancias, por parte de los amigos.

Otro factor de riesgo que también se ha estudiado, es el sexo de los adolescentes (Feingold, 1994; Flay, Hu, Sidiqui, Day, Hedeker, et. al., 1995). Los resultados principales muestran que en el caso de los hombres se consume más tabaco y se inician a más temprana edad que las mujeres (Caballero-Hidalgo, González, Pinilla y Barber, 2005; Font-Mayolas y Planes-Pedra, 2000; Kuri-Morales, González-Roldán, Hoy y Cortés Ramírez, 2006; Reddy-Jacobs, Téllez-Rojo, Meneses-González, Campusano-Rincón y Hernández-Ávila, 2006; Talay y Altin, 2008; Villalobos y Rojas, 2007), las cuales están más influenciadas por actitudes antitabaco por parte de la familia o amigos, ya que la aprobación social de que una mujer fume, es más reprobada que en el grupo de hombres. Asimismo, los resultados de estos estudios indican que los hombres que consumían cigarrillos a la par con marihuana, el riesgo de aparición de una dependencia era más alto que en el grupo de mujeres.

En otro estudio sobre la relación entre la publicidad y el consumo de tabaco Botvin, Goldberg Botvin y Dusenbury (1993), encontraron que cuando los adolescentes se encuentran más dispuestos a la publicidad de cigarrillos, predice en mayor grado su consumo o aumenta la frecuencia de veces durante el día ya que el mensaje implícito es que el adolescente se identifica con el ideal de persona, la auto-imagen y el sentirse bien consigo mismo. Muchos jóvenes son conscientes del peligro que implica el probar un cigarrillo. Algunas de las respuestas típicas al ser cuestionados por su consumo de tabaco son: porque el resto de su grupo fuma, para sentirse sofisticado, por curiosidad, porque estaba tenso y nervioso, porque le gusta fumar o porque lo tenía prohibido (Perinat, 2003).

Por su parte, Arjonilla, Pelcastre y Orozco (2000) encontraron que los adolescentes que consumen tabaco, reportan que el fumar no sólo les produce placer, sino también mayor capacidad de concentración y productividad intelectual. Dichas percepciones son un factor de riesgo ante el consumo de tabaco.

Para Muñoz-Rivas (1998), quedan claros tres tipos de factores en la incidencia de la conducta de fumar: individuales, de influencia del entorno personal e influencia del entorno social.

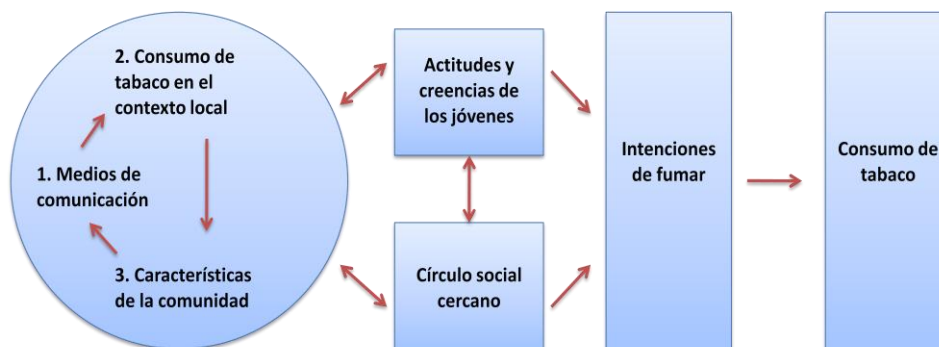
Entre los factores individuales, se encuentran actitudes de poca valoración al riesgo de contraer enfermedades ocasionadas por el consumo de tabaco, como una alternativa de satisfactor en situaciones de bajo rendimiento escolar, para relacionarse y comunicarse de manera satisfactoria con los demás, nivel de autocontrol en cuanto a la decisión de fumar o no fumar, actitud hacia el tabaco, y el deseo de parecer de un grupo social mayor al que se pertenece.

En cuanto a los factores asociados a la influencia del entorno personal, se encuentran el consumo de tabaco por parte de la familia, causado por imitación o por invitación de alguno de los miembros de la familia; las actitudes de los padres hacia el consumo de sus hijos, que pueden ser no permisivas y puedan ser utilizadas por los adolescentes como pretexto para independizarse o rebelarse como motivo de afirmación personal pero que también puede tener una actitud de disminución de la conducta, es decir, mientras exista una relación positiva con los padres, un estrecho vínculo afectivo, una comunicación efectiva entre los miembros de la familia y normas claras acerca del uso de drogas, el adolescente tendrá menor probabilidad de iniciarse en el consumo de alguna sustancia, lo cual ha sido referido por diferentes autores (Muñoz-Rivas y Graña-Gómez 2001; Nuño-Gutiérrez, Álvarez-Nemegyei, Velázquez-Castañeda y Tapia-Curiel, 2008; Ramírez-Ruíz y De Andrade, 2005)

Como influencia del entorno social se encuentra la publicidad dando a conocer el producto a la vez que crea la conciencia de que fumar es algo normal (Figura 1). Por ejemplo, en un informe del Centro de Investigación de Philip Morris USA enuncia que “al menos una parte del éxito de su producto durante su periodo de mayor crecimiento

fue porque se convirtió en la marca de elección entre los adolescentes, los cuales se adhirieron a ella conforme crecieron”, siendo para el negocio del tabaco el adolescente su potencial consumidor de mañana (Daniel, Johnston y Levy, 1981). Así a mediados de los ochentas, la estrategia para fomentar el crecimiento de la marca consistió en aumentar su presencia dentro de la televisión, así como su patrocinio en eventos deportivos como la Fórmula Uno, los campeonatos de tenis y la Copa Mundial de Fútbol 1986 de la cual México fue anfitrión (Phillip Morris International, 1985).

**Figura 1. Factores de riesgo que influyen en el consumo de tabaco entre los adolescentes.**



1. Medios de comunicación pagados y no pagados: contenido, importancia y tono
2. Políticas, programas, servicios, mercadeo y promociones
3. Influencias políticas, económicas, demográficas y culturales

(Tomado de Wakefield M, Clegg K, Ferry-McElrath Y, et. al. Effects of tobacco-related press coverage on youth smoking attitudes and behaviors. 132<sup>nd</sup> American Public Health Association Annual Meeting. Washington, DC., 2004, cit. en Boletín para el Control del Tabaco No. 6, INSP, 2004)



Las mujeres, en especial las adolescentes, han sido particularmente vulnerables a las tácticas publicitarias de la industria tabacalera. El cine, la televisión y la publicidad directa, han creado la imagen de una mujer fumadora sexy, misteriosa, bella, moderna e independiente. Se debe hacer conciencia entre las mujeres de que el tabaquismo, como cualquier adicción, más que independencia implica esclavitud, y que más que ofrecer belleza y glamour, mancha los dientes e impregna el aliento, el cabello y la ropa con un olor desagradable.

Otro factor es la disponibilidad del producto que puede ser obtenido en la mayoría de establecimientos de manera fácil o el nivel socioeconómico del consumidor ya que hay diversos estudios que demuestran que la falta de oportunidades laborales y la pobreza tienen una importante repercusión en el consumo de drogas, o el que el adolescente deje prematuramente sus estudios.

Un factor que hay que considerar es el del género, pues se ha visto en diferentes investigaciones (Fraga, Ramos y Barros, 2006; Mendoza y López-Pérez, 2007) que los hombres tienen más probabilidades de iniciarse en el consumo de tabaco que las mujeres, aunque estudios más recientes están reportando una tendencia a la alza en el inicio de consumo por parte de las mujeres, es decir, a medida que la edad avanza, el grupo de mujeres comienza su consumo de tabaco (Calleja y Aguilar, 2008; Jané-Checa, 2004; Marrón-Tundidor, Pérez-Trullén, Rubio-Aranda, Clemente-Jiménez, Machín-Machín y Herrero-Labarga, 2003; Mendoza y López-Pérez, 2007; Valdés-Salgado, Micher, Hernández, Hernández y Hernández-Ávila, 2002).

Jané-Checa (2004) afirma que la iniciación de las mujeres en el tabaquismo depende de tres factores principales: los socioculturales, donde engloba aspectos como la influencia de los padres hacia los hijos, en los pares el número de mejores amigos siendo el factor más importante, el entorno socioeconómico y cultural de los jóvenes ya que entre menos educación hayan recibido mayor la probabilidad de fumar (Calleja y Aguilar, 2008; Mendoza y López-Pérez, 2008). En cuanto a los factores personales y psicológicos, se encuentran la autoestima, la autoimagen y predisposición al estrés, ya que las adolescentes se encuentran preocupadas principalmente por el estereotipo de

moda y por resaltar de entre su grupo de pares y la idea errónea de que el fumar les ayuda a controlar su peso y mantenerse delgadas. En los factores ambientales se encuentran principalmente el uso de la publicidad como patrón a seguir entre las mujeres, pues la autora menciona que hacen uso de estereotipos y diferentes características positivas (independencia, liberación, autoridad, belleza) que hacen que la mujer se identifique con esa iconografía y tienda a imitar esa imagen que le ha sido vendida. Es por ello que hoy en día los diferentes medios de publicidad han creado la imagen de que una mujer poderosa y exitosa, es aquella que fuma y que dependiendo de la marca de cigarrillos que consuma, es el estatus que genera en su medio social.

Según el Primer Informe sobre Tabaquismo en México de 2005, entre los adolescentes mexicanos los principales factores que inciden en el inicio del hábito tabáquico son el consumo de alcohol, el pertenecer a un nivel socioeconómico alto y presentar un bajo rendimiento escolar. Estos factores han sido estudiados previamente en grupos de adolescentes en Estados Unidos (Jackson, Sher, Cooper y Wood, 2002) y Europa (De Vries, Mudde, Kremers, Wetzels, Uiters, Ariza y cols., 2003) donde el alcoholismo, así como el consumo de drogas ilegales, predicen fuertemente el inicio del tabaquismo.

Sin embargo, la persistencia de la ingesta de cigarrillos se encuentra vinculada al alcohol en la misma proporción que el tabaquismo se encuentra en función del alcohol.

## **2.4 Panorama Internacional:**

### **Convenio Marco para el Control del Tabaco**

Por los graves problemas de salud vinculados al tabaco, numerosas naciones han adoptado leyes para controlar su venta y consumo. Es precisamente durante los años correspondientes al desarrollo capitalista de la postguerra que se comienzan a conocer los primeros estudios sobre los efectos del consumo de tabaco para la salud.

En 1951, se dio inicio al estudio más importante en el tema del tabaquismo por los doctores Doll y Hill denominado *Coherente Prospectivo*, realizado a médicos británicos

---

centrados en la preocupación por el incremento de muertes a causa del cáncer de pulmón. En conclusión, el estudio arroja que alrededor del 50% de los fumadores morirá por culpa de esta práctica variando la esperanza de vida en proporción inversa a la cantidad fumada.

La reacción internacional a raíz de los datos arrojados por el estudio *Doll* (1950, en López, 1999), detonó el interés por la investigación en relación a la inhalación voluntaria e involuntaria del humo de tabaco con gran impacto tras la publicación de los resultados obtenidos en diferentes partes del mundo. Ya para la década de los 60s, la Asociación de Cirugía de Estados Unidos comenzó a publicar investigaciones vinculando el consumo de tabaco con el cáncer de pulmón y con otras enfermedades coronarias.

En la década de los 70s cuando, a raíz del interés de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por informar a la población e implementar medidas económicas y legislativas para atacar su consumo, se inician las acciones internacionales cobrando cada vez mayor fuerza.

Tras casi cuatro años de negociaciones, el 21 de mayo de 2003 fue presentado el Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT), primer tratado multilateral iniciado por la Asamblea Mundial de Salud (AMS), cuerpo que gobierna la OMS. El objetivo de este Convenio y de sus protocolos, tal y como lo expresa su artículo tercero, es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición del humo de tabaco, y proporcionar un marco para las medidas de control de tabaco que habrán de aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo del mismo (Valdés-Salgado, Lazcano-Ponce, Hernández-Avila, 2005).

México participó en la sexta reunión del Órgano de Negociación Intergubernamental (ONI) de la OMS que se llevó a cabo del 17 al 28 de febrero de 2003 y que tuvo como

tema el Convenio Marco para el Control del Tabaco. En esta reunión, los estados miembros de dicha Organización ratificaron su compromiso de impulsar acciones tendientes a reducir el número de muertes por tabaquismo, lo cual para el 2010 permitirá evitar más de 10 millones de decesos al año (CONADIC, Boletín 2002). De esta manera, durante la 56ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS), que se celebró del 19 al 28 de mayo del mismo año en Ginebra, Suiza, el CMCT, fue aprobado por unanimidad de 192 Estados miembros el día 21 del mismo mes.

Por lo anterior, se establece que el objetivo del CMCT es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales, y económicas del consumo del tabaco y de la exposición al humo del mismo. Su contenido abarca lo referente a las áreas involucradas en la producción, la comercialización, el consumo y pone especial énfasis en las medidas de reducción de la demanda (promoción, publicidad y patrocinio, empaquetado y etiquetado) de la oferta (comercio y salud), del comercio ilícito de productos, así como en la protección del medio ambiente, en el establecimiento de la responsabilidad, en la cooperación técnica y científica y en la comunicación de información y de recursos financieros.

México se encuentra dentro de los Estados miembros y mediante la firma del titular de la Secretaría de Salud, el día 12 de agosto de 2003 en la ciudad de Nueva York, EUA, se adhirió al instrumento en mención, cerca de la fecha de ratificación el 14 de abril de 2004 por parte del Senado de la República y que una vez publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de febrero de 2005, adquirió el rango de ley. Es por ello que en recientes fechas se ha adecuado el marco jurídico nacional en el tema de consumo de tabaco, para dar cumplimiento al Tratado a través de diversos programas y restricciones al consumo del tabaco en lugares públicos, con la intención de disminuir el consumo del tabaco.

## 2.5 Panorama Epidemiológico en México

En todo el mundo, hoy día fuman alrededor de 1,100 millones de personas y se prevé que en el año 2025 el número supere los 1,600 millones. En los países con mayores niveles de ingreso, la práctica de fumar experimenta un descenso paulatino desde hace decenios, aun que sigue aumentando en algunos grupos de población. En los países de ingreso medio y bajo, por el contrario, el consumo de cigarrillos aumenta cada vez más (OMS, 2000).

A escala global, el tabaquismo cuesta a las Instituciones de salud más de 200 mil millones de dólares por año y origina al menos siete muertes por minuto debido a las enfermedades asociadas a su consumo.

Actualmente, el tabaco mata a 1 de cada 10 adultos en todo el mundo, proyectándose esta cifra a 1 de cada 6 para el 2030 o antes. Esto equivale a un total de 10 millones de defunciones anuales, superando con esto cualquier otra cifra similar (OMS, 2000).

En México, el número total de fallecimientos anuales por enfermedades asociadas es de más de 53 mil, lo que equivale aproximadamente a 147 muertes diarias, de acuerdo con el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), de la Secretaría de Salud en 2006.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 2002 en población urbana, muestran que 26.4% de los individuos de 12 a 65 años de edad fuma, 18.2% es ex fumador y 55.4% es no fumadora. En el área urbana, 9.2 millones de consumidores de este producto son hombres, es decir, cuatro de cada diez, y 4.6 millones son mujeres, que representa una de cada seis. Asimismo, desde 1988 se observa en el área urbana la misma tendencia de fumadores por sexo y son sobre todo los hombres los que fuman más (66.4% de hombres y 33.6% de mujeres en 2002). Sin embargo, se observa un mayor consumo de tabaco en las mujeres, ya que en 1988 sólo 29% de los fumadores correspondía a mujeres. De manera similar, en el área rural casi todos los fumadores son masculinos (86.5% de hombres y 13.5% de mujeres) (Tabla 4).

De acuerdo con la encuesta llamada *Tabacómetro* (De la Rivera, 2007), financiada por Pfizer, hecha en siete ciudades representativas de la población nacional (Ciudad de México, Guadalajara, Hermosillo, Mérida, Monterrey, Tijuana y Veracruz) realizada en mil 323 personas mayores de 18 años de nivel medio y alto, de los cuales 908 son fumadores, más de la mitad consideró que no es difícil dejar de fumar, no obstante, de 42% que en algún momento intentó dejarlo, casi 70% recayó antes de cumplir un año de abstinencia. La encuesta también mostró que los fumadores llevaban, en promedio, 13 años con la adicción y 80% tenía menos de 25 años cuando inició y lo hizo por curiosidad, interés o tentación en el caso de los hombres, y las mujeres por presión del grupo social o por verse más maduras.

Cabe destacar que de acuerdo con un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública sobre los costos vinculados con los diversos padecimientos que el tabaquismo causa, así como los asociados al proceso de rehabilitación de estas enfermedades, la atención médica por esta causa representa entre el 6% y 15% del gasto total en salud. Se estima que los costos brutos asociados al tabaquismo se encuentran en el rango entre el 0.10% y el 1.1% del producto interno bruto (PIB) es decir, aproximadamente 29 mil millones de pesos.

Como se ha mencionado, el uso y abuso del tabaco no se limitan a la población adulta, debido a que cada vez existen más niños y adolescentes consumidores, por ejemplo existen diversos estudios que indican que en México (Alfaro, 2004; EMA, 2006; ENA, 2002, Medina-Mora, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván-Castillo y Tapia-Conyer, 2003), la iniciación del tabaquismo se produce cada vez a menor edad, actualmente en la pubertad alrededor de los 10 años. En un estudio realizado en un bachillerato público por Alfaro y cols. en 2005 en una muestra de 1750 adolescentes con un rango de edad entre los 14 y 24 años de edad, mostró que el 54% de la muestra fuma tabaco (Kuri-Morales, González-Roldán, Hoy, Cortés-Ramírez, 2006).

**Tabla 4. Prevalencia del tabaquismo en Encuestas Nacionales de Salud. México, 1988, 1993, 1998 y 2002**

Encuestas Nacionales de Adicciones	Prevalencia		
	Fumadores (área urbana)	Por sexo	
		Hombres	Mujeres
<b>1988</b>	25.8%	38.3%	14.4%
<b>1993</b>	25.1%	38.3%	14.2%
<b>1998</b>	27.7%	42.9%	16.3%
<b>2002</b>	26.4	39.1%	16.1%

Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones/SSA, 1988, 1993, 1998 y 2002. Tomado de: Epidemiología del tabaquismo en México, 2006.

Específicamente en la población fumadora, el 22% indica que la frecuencia con que lo hace es poco frecuente (alguna vez en la vida), mientras el 14% lo hace medianamente frecuente (cada dos o tres meses) y el 33% restante, dice hacerlo de manera muy frecuente (diario o casi diario).

La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud (EMTJ) fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante su iniciativa “Liberarse del Tabaco”, en colaboración con la Oficina sobre Tabaco y Salud (OSH) de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. En los países Latinoamericanos y del Caribe de habla inglesa se ha aplicado con la asistencia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); se trata de una herramienta para evaluar la tendencia del consumo de tabaco en adolescentes y constituye una estrategia de vigilancia epidemiológica para los distintos países, ya que utiliza una metodología común y un mismo cuestionario. Los objetivos de esta encuesta son la medición de la prevalencia del consumo de tabaco, la exposición al humo ambiental de tabaco, el conocimiento y actitudes y los factores que hacen que la juventud sea susceptible al consumo de tabaco. Durante los años 1999, 2000 y 2001 se obtuvo información de 23 países de la región de las Américas; 12 del Caribe, 10 de América Latina y los Estados Unidos.

Dada la importancia creciente del tabaquismo en los adolescentes y la necesidad de conocer con mayor profundidad la frecuencia y los factores vinculados con el consumo de tabaco en ese segmento de la población, México decidió sumarse a este esfuerzo internacional ampliando la cobertura tradicional de dicha encuesta a 10 áreas geográficas distribuidas tanto en el norte como en el centro y sur del país. Este esfuerzo ha sido posible gracias a la colaboración estrecha entre el Consejo Nacional de Adicciones (CONADIC), la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INP), bajo la coordinación del Instituto Nacional de Salud Pública.

Los hallazgos presentados en la Encuesta Nacional sobre tabaquismo en Jóvenes, México 2003 ofrecen información fundamental y constituyen un foco de atención para redoblar esfuerzos en todos los ámbitos que competen a la lucha contra el tabaquismo. Es necesario multiplicar las acciones al respecto, sobre todo cuando es posible leer en este informe que, en lugares públicos, cuatro de cada diez adolescentes entre 13 y 15 años de edad están expuestos al humo de tabaco ambiental; que hay indicios de adicción a la nicotina a edades cada vez más tempranas, o que actualmente las mujeres fuman en la misma proporción que los hombres. En resumen, aquí se evidencia que no hay suficiente protección para los no fumadores, los cigarrillos son accesibles para los menores de edad, la publicidad continúa siendo intensa, los adolescentes son muy sensibles a ésta última y que aún predomina un amplio desconocimiento sobre esta adicción.

Como se ha observado, el hábito de fumar del adolescente está relacionado con diferentes tipos de factores como el entorno de rebeldía contra prohibiciones, resaltar feminidad o masculinidad, para sentirse grande, por la necesidad de lograr aceptación en su grupo y/o su particularidad psicológica de explorar, experimentar e identificarse con hábitos de adultos, además de la influencia de amigos, lo cual explica el porqué la edad de inicio de fumar se produce precozmente.



En consecuencia tenemos que el consumo de tabaco en los adolescentes, depende de una gama amplia de factores que puede sistematizarse dentro de un marco referencial cultural, económico y social. Hay claras diferencias individuales: no todos los individuos responden de la misma forma al consumo de tabaco, ni el mismo individuo responde de la misma manera durante o después de su adolescencia; pero lo que si es un hecho es que es un problema grave de salud que afecta a los jóvenes.

## **2.6 Normatividad sobre el uso y consumo de tabaco en México**

Bajo el contexto anterior, diversas Instituciones en México se han dado a la tarea de proponer una serie de normas que regulen la compra, venta, distribución y mercadotecnia de productos relacionados con el consumo de tabaco en la población (Consejo Nacional de Adicciones, CONADIC; Instituto Mexicano de la Juventud IMJ; Secretaría de Salud, SSA). Tales acciones han culminado en una serie de reglamentos y leyes que desde el año 2000 han entrado en vigor, como medida preventiva de diversas enfermedades causadas por el consumo de tabaco. Tal es el caso de los programas actuales implementados por autoridades mexicanas, (Ley Antitabaco) con el objetivo de disminuir el consumo de tabaco en lugares públicos y cerrados.

Esta serie de normas pretende, crear una cultura de no tabaco para disminuir tanto el consumo del mismo, como el número de accidentes ocasionados por el consumo de tabaco combinado con alcohol u otras sustancias. Es por ello que diversos estudiosos del tema hacen hincapié en la importancia de desarrollar y fortalecer diferentes habilidades (p. e., planeación del futuro, autocontrol, asertividad, manejo del enojo, expresión de emociones, solución de problemas, resistencia a la presión) en las personas, para no incidir en el consumo del tabaco. De hecho, existen diferentes teorías y modelos derivados de estas, que tratan de prevenir las adicciones a través del fortalecimiento de diferentes habilidades cognitivas, afectivas y sociales.

**CAPÍTULO 3:**  
**HABILIDADES**  
**PARA LA VIDA**  
**(HAV)**

### **3.1 Teorías involucradas en los programas de Habilidades para la Vida en la prevención de adicciones**

Cada una de estas teorías provee una pieza importante en el desarrollo de habilidades para prevenir el consumo de drogas. Algunas teorías ponen mayor énfasis en los resultados de las conductas mientras que otras indican la importancia del contexto cultural, de las normas sociales y de la adquisición de habilidades (problemas, comunicación interpersonal y solución de conflictos) como elementos cruciales del desarrollo humano saludable. De acuerdo con Becoña (1999) el modelo más reciente que se ha propuesto para el estudio de las drogodependencias es el de habilidades generales, pues tiene el objetivo de prevenir el uso de drogas enfocándose a prevenir el consumo las llamadas “drogas de inicio” (alcohol, tabaco y marihuana) y que permite entrenar a los jóvenes no sólo en habilidades específicas sino generales para rechazar el ofrecimiento de distintas drogas. De acuerdo a esta propuesta, son varias las teorías que integran este modelo de prevención, destacándose las siguientes:

#### *3.1.1 Teoría del aprendizaje social (1977, 1986)*

Bandura considera que la conducta está modulada por factores externos (sociales, físicos y estímulos reforzadores) e internos (motivación, percepción, expectativas y normas de realización), que bajo un mecanismo de observación y modelación el sujeto en cuestión adquiere un aprendizaje y por ende una nueva conducta en su repertorio. De acuerdo al planteamiento del autor, la prevención debe utilizar modelos imitables, reforzamiento directo por no consumo de drogas, reforzamiento vicario y entrenamiento en destrezas sociales de resistencia a las presiones de grupo (Rossignoli-Susín, 1990).

De esta manera propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta (Bandura, 1977b, en Becoña, 1999): el primero constituido por los estímulos externos que afectarían a la conducta a través del condicionamiento clásico; en el segundo sistema las consecuencias de ésta conducta, ejercerán su influencia a través del condicionamiento operante y el tercer sistema lo integrarían los procesos cognoscitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.

Finalmente propuso una técnica de modelado para adquirir y eliminar conductas, mediante el aprendizaje de modelos, partiendo de los principios del aprendizaje vicario, ya que este tipo de aprendizaje puede hacerse con modelos reales o simbólicos. Para Bandura, el aprendizaje vicario es “el proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo –el modelo- actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo” (Perry y Furukawa, 1897, p.167, en Becoña, 1999).

### 3.1.2 Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977)

Formulada con base en una conducta no aprobada socialmente o inadecuada para el grupo de edad, fue lo que llevó a estos autores a formular dicha teoría (Rossignoli-Susín, 1990). Por conducta problema entienden aquella conducta que socialmente está definida como un problema, como un tema de preocupación o que es indeseable según las normas de la sociedad convencional o las instituciones de la autoridad adulta, que operan bajo factores sociodemográficos (estructura familiar, educación de los padres y ocupación de los mismos) y factores de socialización (ideología familiar, clima familiar, medios de comunicación, etc.) (Becoña, 1999).

Según los autores, existen tres sistemas de variables predictores: el *sistema de personalidad*, integrado por una estructura motivacional (logro académico, autonomía, afecto de los pares, expectativas), una estructura de creencias con posibilidad de control de la desviación (autoestima, locus de control, normas sociales), y una estructura de control personal (grado de tolerancia de la desviación, religiosidad y resolución ante las conflictivas funciones de la conducta problema). El segundo sistema se refiere al *ambiente social tal como es percibido*, conformado por una estructura distal (percepción del sistema de apoyo: padres o compañeros, de sus diferencias de control, expectativas y grado de compatibilidad de sus influencias) y una relativa a la conducta (modelos de los pares de la conducta problema y grado de aprobación de los padres y compañeros sobre la conducta particular). El tercer sistema (el conductual) presenta una estructura de conducta problema, destacando la actividad sexual, la bebida, el uso de drogas, el activismo político y la conducta desviada en general, añadiendo una estructura de conducta convencional, que afectaría al rendimiento académico y al nivel de implicación en actividades religiosas (Rossignoli-Susín, 1990).

### *3.1.3 Teoría de Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishben, 1980)*

El objetivo central de este modelo es la predicción de la conducta desde la actitud o actitudes del sujeto y de las normas subjetivas, mediadas por la intención conductual. Su concepción teórica está compuesta por elementos como actitud, creencias conductuales, evaluación de estas creencias conductuales, norma subjetiva, creencias normativas, motivación a acomodarse, intención conductual y conducta, aunados a cuatro actitudes principales: afecto, cognición (opiniones y creencias), intenciones conductuales y conducta (observada a través de los actos) (Becoña, 1999).

Esta teoría plantea que el determinante inmediato del consumo de sustancias es la intención. Ésta depende a su vez de qué actitudes tiene el individuo hacia el consumo, las cuales surgen como el resultado de dos variables: las expectativas sobre las consecuencias del consumo de drogas y el valor que esas consecuencias tengan para el sujeto. Por otro lado, las normas subjetivas en relación al consumo, también dependen de dos elementos clave: las creencias sobre si las otras personas significativas aprueban o no el consumo y la motivación del individuo para adaptarse a esas expectativas.

### *3.1.4 Teoría de la conducta Planificada (Ajzen, 1988)*

Esta teoría es una extensión de la teoría de acción razonada de Ajzen y Fishbein. En ésta propuesta el nuevo elemento que introduce el autor es el del control conductual percibido. Dicho factor puede también predecir junto con la intención conductual el consumo de sustancias, es decir, el control conductual percibido puede también predecir la conducta independientemente de la intención conductual cuando hay algún acuerdo entre las percepciones de control y el control que tiene la persona sobre la conducta. El autor prefiere que ésta condición sea considerada como una “intención de intentar realizar cierta conducta” (p. 132, en Becoña, 1999).

### *3.1.5 Modelo Evolutivo de Kandel (1992)*

Se basa en la idea de que el consumo de drogas sigue unan serie de etapas, donde el individuo comienza con algunas sustancias de iniciación (drogas legales como alcohol o tabaco) que

posteriormente le facilitan el consumo de otras como la marihuana y luego otras drogas ilegales. Su modelo indica que no es necesario que la secuencia ocurra de una manera semejante en todas las personas. Para esta autora existen diferencias influencias, como lo son la familia y los pares junto con factores individuales y de conductas desviadas y al contacto con las sustancias menciona, aparecen dos tipos de influencias las interpersonales e intrapersonales como la relación entre depresión y abuso de sustancias (Becoña 1999; 2007).

De esta manera las perspectivas teóricas que se centran en habilidades para la vida, ven a éstas como un medio para que los adolescentes participen activamente en su proceso de desarrollo y de construcción de normas sociales (OPS, 2001).

Según el *US Department of Health and Human Services, el Public Health Service, National Institutes of Health* y el *National Cancer Institute* de Estados Unidos (en Boletín núm 6 del INSP, 2004), los diferentes enfoques por los que se pueden clasificar los modelos de prevención de tabaco son los siguientes:

### **3.2. Enfoques tradicionales**

#### *3.2.1 Modelo Informativo*

Asume que al ofrecer información al adolescente sobre los daños que ocasiona el tabaco a la salud se logrará un cambio en cuanto a sus actitudes y creencias. Los programas informativos se apoyan en una variedad de recursos que incluyen películas, lecturas, discusiones, carteles, panfletos, artículos periodísticos o conferencias.

Básicamente ofrecen información sobre la composición y uso de los productos de tabaco, así como de su efecto en la salud. Aún cuando existe evidencia sobre la relación entre las creencias y actitudes y el comportamiento, el modelo informativo, considera que el conocimiento, es el principal determinante del comportamiento, pasando por alto los complejos factores sociales y personales que llevan a un adolescente a fumar.

### **3.3 Enfoques psicosociales**

#### *3.3.1 Modelo Afectivo*

Considera que el uso de tabaco está fuertemente relacionado por las actitudes. Reconoce que los jóvenes que empiezan a consumir tabaco o alguna otra droga, en general tienen una imagen negativa de sí mismos, muestran dificultades para alcanzar lo que se proponen y para tomar decisiones sanas y además se encuentran bajo múltiples factores de estrés provenientes de su ámbito social. Los programas que siguen este modelo intentan elevar la autoestima y la autoimagen de los adolescentes. Enseñan a manejar el estrés y a mejorar la toma de decisiones y el planteamiento de metas. En muchas ocasiones estos programas no incluyen información específica sobre el tabaco y sus efectos. El modelo afectivo emerge cuando los educadores e investigadores reconocen la ineficacia del modelo informativo.

#### *3.3.2 Modelo de influencias sociales*

Reconoce que los adolescentes fuman principalmente como resultado de un comportamiento social. Es el más comúnmente empleado. Se compone de cuatro elementos:

1. Información sobre los efectos negativos del uso del tabaco desde un punto de vista social y sus consecuencias fisiológicas a corto plazo.
2. Información sobre las influencias sociales que alientan a los adolescentes a fumar (influencia de los amigos, los padres, los medios de comunicación, etc.).
3. Corrección de las percepciones erróneas sobre la prevalencia del consumo de tabaco entre los adolescentes, así como su aceptación social fomentada por los medios de comunicación.
4. Impartición, práctica y reforzamiento de métodos para desarrollar habilidades de resistencia.

### 3.3.3 *Modelo Cognitivo-conductual*

Considera que en el fumar intervienen factores tanto psicológicos como sociales. El uso del tabaco se aprende como una forma de resolver necesidades de origen social, por ejemplo la disminución del estrés o como apoyo durante una conversación. Difiere del modelo de las influencias sociales en que añade elementos que se enfocan en las estructuras de creencia-actitud-comportamiento que pueden aumentar el riesgo de que un adolescente fume. También utiliza ejemplos y situaciones en los que no se enfoca el consumo de tabaco como parte del entrenamiento de habilidades sociales así como el modelo de influencias sociales donde les añade elementos histriónicos con práctica y refuerzo para desarrollar las habilidades de rechazo. Se enfoca en desarrollar las habilidades para tomar decisiones, resistencia a la presión, resolver problemas, así como métodos de autocontrol.

### 3.3.4 *Modelo de Habilidades para la vida*

Incluye los cuatro elementos que utiliza el modelo de habilidades sociales y las estrategias para fomentar la toma de decisiones, la solución de problemas y el autocontrol del modelo cognitivo-conductual. Incluye además métodos para desarrollar una mayor autonomía, autoestima y la confianza que utiliza el modelo afectivo.

## **3.4 Modelo de habilidades para la vida**

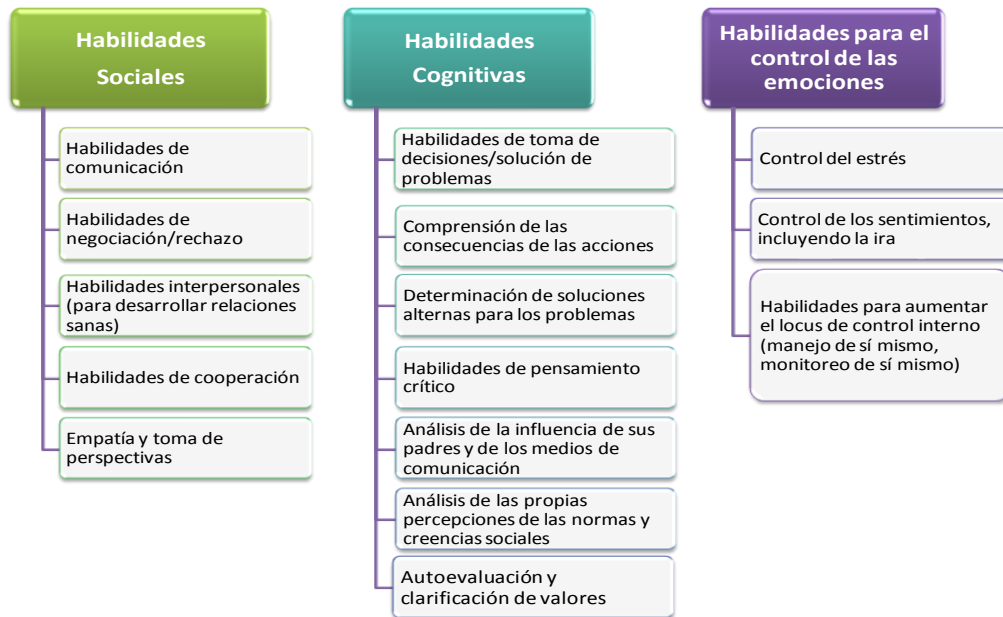
Varias Instituciones educativas y de salud, han tratado de prevenir las adicciones ya que estas constituyen un obstáculo para el desarrollo educativo, personal y social del adolescente. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993) ha propuesto un programa de prevención basado en habilidades para la vida, con el fin de que los adolescentes desarrollen destrezas y aptitudes que les permitan evitar el consumo de tabaco. Ha definido a las habilidades para la vida como “capacidades para adoptar un comportamiento positivo que permitan abordar los desafíos de la vida diaria y mantener un estado de bienestar mental, mediante un



comportamiento positivo y adaptable en interacción con las demás personas en un entorno social y cultural”.

La OMS clasifica a las habilidades para la vida en tres áreas (sociales, cognitivas y emocionales). Cada una de estas áreas desarrolla diferentes tipos de habilidades como se observa en el cuadro siguiente (Figura 2):

**Figura 2. Clasificación de las Habilidades para la Vida, según la OMS, 2001.**



Tomado del Informe sobre salud en el mundo 2001, OMS, 2001

Asimismo, la OMS indica que para llevar a cabo programas exitosos de habilidades para la vida se deben tomar en cuenta tres elementos clave:

*Desarrollo de habilidades*, dotación de *información/contenido* que trata sobre tareas de desarrollo con relevancia social y *métodos interactivos de enseñanza y aprendizaje*. Esto incluye el que el planificador de un programa de habilidades para la vida, piense quien deberá impartir el programa y el escenario, mismos que tendrán que apegarse a tres elementos clave (figura 3):

**Figura 3: Elementos clave de los programas de habilidades para la vida. OPS, 2001.**



Tomado de: Enfoque de Habilidades para la vida, OPS, 2001

Este programa de prevención hace hincapié en el hecho de que todo individuo adquiere información importante a través del aprendizaje observacional y es mediante este proceso, como se presenta la posibilidad de la organización conductual mediante la integración y el procesamiento de la información; en este modelo, el observador construye selectivamente su realidad a través de un proceso eminentemente cognoscitivo.

Por otra parte, se considera a los constructores personales y las estrategias de codificación, como variables cognitivas que influyen sobre la respuesta del individuo, su atención e interpretación de la situación social. Es en función de estas variables que el sujeto reacciona diferencialmente a las condiciones externas e integra la información a los esquemas existentes, mismos que guiarán la conducta futura. Además, se recalca la importancia de la variable expectativa, la cual determina la selección de conductas de la persona de entre muchas posibilidades disponibles para una situación determinada; en general, las expectativas se forman sobre las consecuencias posibles de las conductas potenciales. Otro aspecto que se destaca en este modelo, es el de los valores subjetivos de la persona. La emisión de su conducta puede depender grandemente del juicio valorativo que el individuo haga sobre el producto de ésta, lo cual lleva a prestar particular atención a sus preferencias.

Finalmente, se advierte la existencia de un sistema regulatorio de la conducta a través del cual la persona es capaz de reaccionar ante su propio comportamiento con crítica o aprobación.

Basado en el modelo anterior, se han llevado a cabo programas con enfoques conductuales, cognitivos, afectivos sociales y de habilidades para la vida, siendo estos últimos los que han reportado tener más éxito en la prevención de adicciones en diferentes países alrededor del mundo, entre los que se encuentran:

- En Europa:

“The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA)” (Hein de Vries, Mudde, Kremers, Wetzels, Uiters, Ariza y cols., 2006), realizado en diferentes países europeos como Finlandia, Dinamarca, Los Países Bajos, Reino Unido, España y Portugal, evalúa por medio de un cuestionario, actitudes, influencias sociales, expectativa de Autoeficacia y elementos demográficos particulares de cada país asociados a la conducta de fumar.

- En Costa Rica:

“Somos triunfadores” (OEA, 2005), su objetivo es fortalecer la prevención escolar a través de la integración de todos los sectores involucrados en materia de educación preventiva integral a la población escolar, desarrollando programas de desarrollo docente, familiar y a la comunidad en materia de uso indebido de drogas. El contenido de dicho programa está

basado en el fortalecimiento de I, autoestima, manejo de sentimientos, valores, pensamiento crítico, comunicación, actitud positiva y optimista, manejo de presión de grupo, toma de decisiones y precepción de conductas de riesgo.

- En Chile:

“Educación para la vida familiar y la salud (HFLE)” (Organización de Estados Panamericanos [OEA], 2005), en Barranquilla, Colombia, el programa “Leones Educando” (Lions-Quest, 1984), conjuntamente México, Colombia, Perú y El Salvador “Cultura de la legalidad” (NSIC, 2006), Chile “Programa Habilidades para la Vida (PHV)”

- México: Según el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), algunos de los programas apoyados en el desarrollo de habilidades para la prevención de adicciones “Aprendo a valerme por mí mismo” (IAFA, 2000), “Yo quiero, yo puedo” (1986, IMIFAP, Pick y Givaudan, 1996), Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores, Adolescentes y sus Familias “Chimalli-DIF”, (DIF, 1989), Modelo Preventivo de riesgos Psicosociales “Chimalli” (INEPAR, 1989), Modelo Comunitario de Integración Psicosocial (Fundación “Ama La Vida” IAP, 1991) y Modelo Preventivo “ECO” (Centro Cáritas de Formación para la Atención sobre Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas A. C.), etc.

- Estados Unidos:

“Life Skills Training” (Botvin, G., Kantor, 2000), “ALERT” (Ellickson, 2003), “Skills for Adolescence” (Eisen ,Zellman y Murray, 2003), “Midwestern Prevention Project” (Pentz et al., 1998), “Project Towards no Drug Use” (Sussman, Rohrbach yMihalic, 2004).

En Estados Unidos, se han llevado a cabo diferentes programas de prevención de consumo de drogas. Tal es el caso del entrenamiento de competencias personales por medio de habilidades de toma de decisiones, auto-refuerzo y auto-regulación para observar en que grado estaban desarrolladas en los adolescentes a la hora de iniciar el consumo hacia una sustancia o iniciarse en el consumo de otra así como en factores sociales, tales como el grupo de amigos, el modelo familiar, regiones geográficas, nivel socioeconómico y grupos raciales (Griffin, Botvin, Scheier, et. al., 2002). Para 2004, Botvin y Griffin, proponen un modelo de habilidades para la vida llamado *Life Skills Training (LST)*, producto de 20 años de investigación por parte de estos dos autores, haciendo hincapié en habilidades para resistirse a consumir drogas, a través de tres componente principales:

### *Personal Self-Management Skills*

(Habilidades personales de automanejo):

Este componente se ha diseñado con el fin de impactar sobre una serie de habilidades personales de automanejo. Contiene material dirigido a: favorecer el desarrollo de la toma de decisiones y de la solución de problemas (es decir, identificar situaciones problemáticas, definir objetivos, generar soluciones alternativas, considerar las consecuencias); enseñar habilidades que permitan la identificación, análisis, interpretación y resistencia de las influencias que proceden de los medios de comunicación; proporcionar a los estudiantes habilidades de autocontrol para afrontar la ansiedad (p. e., el entrenamiento en relajación), la ira/frustración (inhibir reacciones impulsivas, reformulación, uso de autoafirmaciones); y facilitar a los estudiantes los principios básicos que rigen el cambio de la conducta personal y la automejora (p. e., el establecimiento de objetivos, el autocontrol, el autorreforzamiento).

### *Social Skills*

(Habilidades sociales):

Este componente se ha diseñado para hacer impacto sobre diversas habilidades sociales relevantes y optimizar la competencia social en general. Contiene material concebido para ayudar a los estudiantes a vencer la timidez y mejorar las habilidades interpersonales. Enfatiza la enseñanza de habilidades de comunicación, habilidades sociales generales (p. e., iniciar interacciones sociales, habilidades conversacionales, intercambio de cumplidos); habilidades que hagan referencia a las relaciones chico/chica y habilidades asertivas tanto verbales como no verbales.

### *Drug-Related Information and Skills*

(Información y habilidades relacionadas con las drogas):

Este componente se dirige a los conocimientos y actitudes concernientes al consumo de drogas, expectativas de carácter normativo y habilidades destinadas a resistir las influencias de los pares y de los medios de comunicación que incitan al consumo. Se incluye información como las consecuencias a corto y largo plazo del consumo de drogas; conocimientos acerca de los niveles reales de consumo tanto entre los adolescentes como entre los adultos, con el propósito de corregir las expectativas normativas existentes acerca del consumo; información que refleja la decreciente aceptabilidad social de la conducta de fumar cigarrillos y del consumo de otras drogas, información y ejercicios para realizar en el aula, que muestren los efectos fisiológicos inmediatos de la conducta de fumar; material que hace referencia a las presiones ejercidas por los medios de comunicación para fomentar las conductas de fumar, beber o consumir otras drogas; técnicas empleadas en la publicidad de cigarrillos y bebidas alcohólicas, destinadas a promover su consumo, y habilidades para resistir su influencia; y técnicas para la resistencia a la presión directa ejercida por los pares para fumar, beber o tomar drogas.

En México se han realizado estudios que asocian habilidades y patrón de consumo de tabaco entre jóvenes de educación media superior (Habilidades para la Vida, C.E.C.A.D. Sonora, Programa de Educación Preventiva, PEPCA/SEP; Construye tu vida, CONADIC; Programa Juvenil de Prevención de Adicciones, PREVEA, del Instituto Mexicano de la Juventud; etc.).

Por ejemplo Alfaro y Ponce de León (2004) indican que los jóvenes que nunca han fumado tienen habilidades más efectivas para evitar el consumo de tabaco, como: son más reflexivos ante el problema, buscan mayor información profesional, tienen una mejor comunicación con sus padres y amigos sobre las adicciones, su nivel de autoestima es más alto, evitan las situaciones que los ponen en riesgo de fumar y son más responsables, moderados y auto disciplinados, a diferencia de los jóvenes fumadores, quienes presentan menor capacidad para evitar situaciones de riesgo, son menos reflexivos ante el problema, no buscan información y platican en menor medida con sus padres y amigos sobre adicciones, su autoestima es más baja (sienten menos seguridad en sí mismos) y le dan más valor a la búsqueda del placer, a los riesgos, a la aventura y a la variedad. Es por ello que se hace imprescindible la necesidad de implementar programas de prevención efectivos que controlen y eviten el consumo de sustancias adictivas.

Específicamente en nuestro país, los centros educativos de educación media superior han destacado la importancia de incorporar en los planes educativos este tipo de programas, para lograr disminuir la incidencia de los adolescentes que tienen esta problemática y al mismo tiempo evitar el inicio de consumo entre ellos; porque no hay que olvidar que un adolescente que mantiene una buena salud tiene más probabilidades de tener un buen desarrollo y rendimiento académico, personal y social y con ello una mejor calidad de vida.

Como se ha mencionado las habilidades para la vida son esenciales para evitar las adicciones en los adolescentes (Andrade, Alfaro, Montes de Oca, Pérez y Sánchez, 2008).

Diferentes estudios (Ariza y Nebot, 2004; Ashby, Baker y Botvin, 1989; Audrain-McGovern, Rodríguez, Tercyak, Neuner y Moss, 2006; Botvin y Kantor, 2000; Botvin, Goldberg, Botvin y Dusenbury, 1993; Botvin y Griffin, 2004; Botvin, Griffin, Díaz e Ifill-Williams, 2001; Cáceres, Salazar, Varela y Tovar, 2006; Calleja y Aguilar, 2008; Eisen, Zellman y Murray, 2002; Font-Mayolas y Planes-Pedra, 2000; Llorens, Perelló y Palmer, 2004; López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy 2003; Martínez-Mantilla, 2008; Nuño-Gutiérrez, Álvarez-Nemegyei, Madrigal-De León y Rasmussen-Cruz, 2005; Pérez Gómez y Sierra-Acuña, 2007; Seal, 2006) han reportado la relación que existe entre diferentes habilidades y la disminución en el consumo de tabaco. Entre las habilidades para la vida que más se han estudiado, se encuentran:

- *Planeación del futuro:*

Es un proceso de reflexión sobre las metas que se quieren alcanzar y las acciones que se van a llevar a cabo en el cumplimiento de esas metas definidas como lo que se desea lograr en el futuro (planteamiento de metas, planeación de acciones generales y específicas, implementación) (Andrade, et al., 2008). En un estudio hecho por Pérez-Gómez y Sierra Acuña (2007) hecho con consumidores de drogas, encontraron que dentro de los factores que contribuyen a mantener una conducta saludable sin el consumo de alguna sustancia adictiva, está el tener presente las metas que se han fijado así mismo y el proyecto de vida personal (proyecto sin consumo de sustancias), por lo que se convierte en el motivo que estimula el mantenimiento de la abstinencia o el consumo moderado.

▪ *Autocontrol:*

Remitiéndonos a la definición dada por Kazdin (1996), entendemos por autocontrol: "aquellas conductas que una persona emprende de manera deliberada para lograr resultados seleccionados por ella misma". La persona debe elegir las metas y poner en práctica los procedimientos para alcanzarlas por medio de diferentes métodos:

- a) autoobservación, para incrementar el conocimiento del comportamiento propio en situaciones concretas y observar las consecuencias de ésta;
- b) autoevaluación, sirve para establecer comparaciones entre la conducta ejecutada y lo que espera de ella, pasando por un juicio que incluye un componente afectivo y el análisis de las consecuencias, donde puede identificar los errores cometidos y busca la manera de corregirlo; por último la autodisciplina, que es la capacidad de llevar a cabo lo que se ha decidido hacer, así si esta capacidad ha sido reforzada, se convierte en un hábito y un hábito se convertirá en una habilidad (Andrade, et al., 2008).

En un estudio hecho por López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy (2003), sobre las relaciones que existen entre el autocontrol y el consumo de drogas, encontraron que existe una relación inversamente proporcional con la cantidad de drogas consumidas y la cronicidad en el consumo; por lo tanto concluyen que a medida que la persona tenga mayor autocontrol, menor será el consumo de sustancias, a lo que proponen un entrenamiento en esta habilidad como medida preventiva.

Por otro lado, Cáceres, Salazar, Varela y Tovar (2006) encontraron que la disminución en habilidades de autocontrol es un factor de riesgo para consumir drogas, es decir, tener un bajo control emocional, preferir tareas físicas a tareas mentales, dificultad para reflexionar sobre la amenaza y la sensibilidad al refuerzo, son algunas de las conductas que se asocian a iniciarse en el consumo, a lo que concluyen que factores psicosociales como el autocontrol, están directamente relacionados con el consumo de drogas (legales o ilegales), actuando como protectores o como productores del inicio de la conducta.. De manera específica en un estudio hecho por Audrin-McGovern, Rodríguez, Tercyak, Neuner y Moss (2006), los autores encontraron que el autocontrol, solo está relacionado en el inicio al consumo de tabaco y no necesariamente con el desarrollo de una conducta adictiva.



▪ *Asertividad:*

Según la definición de Aguilar Kubli (1991) el término de asertividad se refiere al hecho de defender lo derechos propios expresando lo que se cree, piensa y siente, de manera directa y clara en un momento oportuno, respetando los derechos de los demás (lo que piensan, creen, y sienten) de una manera amable y respetuosa. Algunos autores como Roth (1986) en Andrade et al., (2008) mencionan que existen dos maneras de poder aprender a decir no: la verbal mediante la comunicación de los deseos, sentimientos y experiencias hablando en primera persona y la no verbal haciendo contacto visual a los ojos de la otra persona, un tono y volumen de voz adecuado con la expresión facial y corporal. Algunos estudios indican que no existe una relación directa entre la asertividad y el consumo de tabaco (Suelves, Sánchez-Turet, 2001), sin embargo otros estudios (Martínez-Lorca, Alonso-Sanz, 2003) mencionan que los sujetos con mayor percepción de asertividad tendrán una mayor probabilidad de rechazar el consumo de cigarrillos. Es por ello que Ashby, Baker y Botvin (1989) proponen estudiar la asertividad de manera multidimensional, pues indican que la asertividad medida de manera general, no proporciona información significativa para predecir o disminuir el consumo, asimismo resaltan la importancia de un tipo de asertividad social y una relacionada con la sustancia, las cuales si están relacionadas de manera significativa con el uso de tabaco.

▪ *Expresión de emociones:*

Según Lazarus y Lazarus (2000), las emociones son reacciones complejas en las que se involucra la mente y el cuerpo. Es una evaluación, valoración o interpretación que nos hace sentirnos tristes, culpables, enojados o felices, etc., lo importante es saber cómo manejarlas de una manera socialmente adecuada, porque nos pueden perjudicar a nosotros mismos y afectar nuestras relaciones con los demás. Datos encontrados por Llorens, Perelló y Palmer (2004) en una población de jóvenes adultos acerca de los factores de protección en el consumo de tabaco y otras sustancias, demuestran que la expresión de emociones está directamente relacionada con el consumo de tabaco, ya que en la medida en que una persona tenga dificultades para comunicar abiertamente sus sentimientos y pensamientos con otras, tendrá la probabilidad de mantener la conducta. Estos resultados, son similares a los reportados por otros autores (Audrin-McGovern, et al., 2006), ya que reportan que el control emocional es un predictor significativo del inicio de consumo de cigarrillos entre adolescentes.

- *Manejo del enojo:*

El enojo es “un sentimiento o emoción que abarca desde la irritación leve hasta la furia y rabia intensas” (Reilly, Olds, y Feldman, 2006). Es una de las emociones más intensas, socialmente problemática e inevitable en las relaciones humanas, de ahí la importancia de evaluar esta habilidad (Lazarus y Lazarus, 2000). Estudios como los de Audrin-McGovern, et al., (2006), revelan que los adolescentes que son más agresivos físicamente y que tienen problemas para manejar la ira y la frustración, están más propensos al uso de tabaco, como forma de poder disminuir sus emociones.

- *Solución de problemas:*

Es una de las mejores herramientas con las que pueden contar los adolescentes para enfrentarse a los riesgos a lo largo de la vida. La importancia de desarrollar este recurso radica en la enseñanza de diferentes estrategias que le permitirán evitar actuar impulsivamente y ser más reflexivo ante la amenaza para poder tomar decisiones de forma sistemática y racional por medio de la identificación del problema, generando soluciones alternativas identificando tantas soluciones sean posibles para maximizar la probabilidad de tomar una decisión certera e implementar y verificar la solución propuesta para verificar los resultados obtenidos (D’Zurilla, 1999, en D’Zurilla, Chang y Sanna, 2003).

En este sentido son varios los estudios que hablan de solución de problemas sociales, pero no hay evidencia científica que afirme que esta habilidad tenga relación directa con el consumo de tabaco, pero sí con la agresividad (op. cit., 2003). Otros estudios sugieren que de acuerdo al tipo de creencia (necesidad de aceptación, irresponsabilidad emocional, e indefensión acerca del cambio), ésta determinará una orientación positiva o negativa de la solución de problemas. Si el sujeto muestra una apertura abierta hacia el entorno, mostrará una actitud positiva hacia la solución de problemas. En cambio si existe una inestabilidad emocional, entonces la solución de problemas tendrá un estilo impulsivo lo que puede llevar al adolescente a iniciarse en una conducta de riesgo (Calvete y Cardeñoso, 2001).

▪ *Resistencia a la presión de amigos y/o pareja:*

Según Ungar (2000) el término es definido por Clasen y Brown en 1985, como “hacer o dejar de hacer algo, sin importar si uno personalmente quiere hacerlo o no”. Según datos de una investigación cualitativa hecha por el autor para conocer el rol que juegan los amigos y los grupos de pares en la vida del adolescente, encontró que aunque el concepto de presión de pares nos hace pensar que el grupo de amigos demanda conformidad con sus reglas, los adolescentes entrevistados perciben estos grupos como foros en los cuales se participa en la construcción de su propia identidad tanto grupal como individual y que el comportamiento copiado de los pares solo era una estrategia consiente para incrementar su poder personal y social.

Algunos estudios relacionados con la intensidad entre la influencia social y el consumo de tabaco, demuestran que el grupo de amigos fumadores es el que ejerce más presión para iniciarse en el consumo (Calleja y Aguilar, 2008; Font-Mayolas, Planes-Pedra, 2000; Marrón-Tundidor, Pérez-Trullén, Rubio-Aranda, Clemente-Jiménez, Machín-Machín y Herrero-Labarga, 2003; Martínez-Mantilla, Amaya-Naranjo, Campillo, Díaz-Martínez y Campos-Arias, 2008). Otra de las variables que cobra importancia es la influencia familiar, en el número de hermanos fumadores y los padres fumadores.

Esta evidencia científica, es la que nos da pie a hacer una valoración de la importancia que tiene el uso las habilidades para la vida en los programas de prevención de tabaco, ya que nos da un marco de referencia de cómo poder manejar cada una de ellas en esta etapa de la vida de una persona y así poder contribuir de manera eficaz a controlar el inicio del consumo de cigarros o disminuir su frecuencia de uso entre los fumadores.

# CAPÍTULO 4: MÉTODO

#### **4.1 Justificación y planteamiento del problema**

La mayor parte de los programas educativos vinculados a la prevención de la salud están enfocados a la adquisición de conocimientos, algo sin duda necesario, pero que resulta insuficiente en la tarea de desarrollar y fortalecer una serie de habilidades para tener un óptimo comportamiento de salud, ya que el desarrollo de éstas se vincula directamente con el manejo de habilidades cognitivas, afectivas y sociales (Bayés, 1992; OMS, 1993; Botvin, 2000; OPS, 2001), por ejemplo la autorregulación (sentido de eficacia personal y responsabilidad, capacidad de autoreflexión), control emocional (capacidad de autocontrol en los afectos y sentimientos), habilidad para definir y respetar las emociones propias e interpretación apropiada de éstas con los demás, y fortalecer habilidades de comunicación como la asertividad que sirvan a los adolescentes a rechazar la invitación a consumir algún tipo de sustancia nociva.

Debido a lo anterior, diversos sistemas educativos principalmente aquellos vinculados a la educación media y media superior, han puesto énfasis en la salud de sus estudiantes; ya que ésta es un medio para que las personas alcancen el goce pleno y armonioso de todas sus facultades y se aproxime al bienestar físico, psicológico y social, como mencionan Urbina y Acuña (2002), al mismo tiempo que el adolescente puede consolidar un equilibrio en su salud física, emocional y social, recibe un mayor número de posibilidades de tener un mejor rendimiento escolar, un proyecto de vida realista y claro, todo ello con el fin de apoderarse de sus metas y planes a futuro, consecuencia de lo mismo será una mejor calidad de vida, mejores relaciones interpersonales y por lo tanto convertirse en un miembro productivo para la sociedad.

Es por esto que, el propósito del presente estudio es conocer la dinámica de la problemática de consumo de tabaco en adolescentes de bachillerato, a través del enfoque de habilidades para la vida. De esta manera, las preguntas de investigación que surgen son:

1. ¿Existen diferencias entre los hombres y las mujeres adolescentes y su consumo de tabaco?
2. ¿Existen diferencias entre los hombres y las mujeres adolescentes y sus habilidades para la vida?
3. ¿Existen diferencias entre los consumidores y no consumidores de tabaco y sus habilidades para la vida?

#### **4.2 Objetivos**

1. Observar las diferencias entre hombres y mujeres por patrón de consumo.
2. Observar las diferencias que existen entre hombres y mujeres por habilidades para la vida.
3. Observar las diferencias que existen por patrón de consumo y habilidades para la vida.

#### **4.3 Hipótesis del trabajo**

Existen diferencias significativas entre la frecuencia en el consumo de tabaco y las habilidades para la vida que tienen los hombres y mujeres adolescentes de bachillerato. De esta manera, los adolescentes no fumadores o que consumen tabaco con poca frecuencia, tendrán mayor puntaje en las habilidades para la vida (planeación del futuro, autocontrol, asertividad, expresión de emociones, manejo del enojo, solución de problemas y presión de pares) que los adolescentes que lo consumen con mayor frecuencia.

## 4.4 Definición conceptual y operacional de variables

### 4.4.1 Variables de clasificación

#### *Escala de datos sociodemográficos:*

Son aquellos que describen las características sociales, económicas, etnográficas, entre otras, de los individuos y de distintos grupos sociales (Sánchez, 1983). En el estudio, se tomarán en cuenta las siguientes variables:

- Edad
- Tipo de bachillerato: bachillerato tradicional y bachillerato orientado hacia la investigación en ciencias y humanidades
- Sexo: hombres y mujeres
- Grado escolar: 4to. año, 5to. año y 6to. Año
- Turno: matutino, vespertino

#### *Patrón de consumo:*

Según el Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), el patrón de consumo hace referencia a *la historia natural del padecimiento, consumo por tipo de droga, droga de inicio, edad de inicio del consumo, historia del consumo (secuencia del consumo), frecuencia de consumo, cantidad de consumo, tiempo de exposición, droga de mayor impacto.*

El patrón de consumo quedó definido por los siguientes grupos:

- a) no consumidores
- b) consumidores que no han fumado en el último mes
- c) consumidores que han fumado entre 1 y 5 días en el último mes
- d) consumidores que han fumado entre 6 y 19 días en el último mes
- e) consumidores que han fumado más de 20 días en el mes

#### 4.4.2 Variables Dependientes

Habilidades para la vida:

*Habilidades genéricas:*

Planeación del futuro, autocontrol, asertividad, expresión de emociones, manejo del enojo, solución de problemas. Se medirán a través de una escala tipo *likert* con cuatro opciones de respuesta (nunca, pocas veces, muchas veces, siempre), cuyo nivel de medición es intervalar.

*Habilidades específicas:*

Aceptación de la presión de amigos, aceptación de la presión de pareja, resistencia a la presión de amigos y/o pareja. Se medirán a través de intenciones conductuales, usando como opciones de respuesta totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

#### 4.5 Diseño

Se trató de un diseño *ex post facto*, ya que se observó el fenómeno en su ambiente natural y no hubo una manipulación directa de las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

#### 4.6 Tipo de estudio

Por su objetivo fue un estudio *ex post facto*, porque únicamente se establecieron diferencias entre las variables de clasificación y las dependientes sin que existiera manipulación de ellas. Por el lugar, se trató de un estudio de campo, debido a que el instrumento de medición se aplicó en un ambiente natural para los sujetos, además de que no se tuvo control estricto de variables. Por el tiempo, es un estudio transversal, ya que no existió un seguimiento de los participantes.



#### **4.7 Escenario**

El estudio se llevó a cabo en diferentes planteles de bachillerato público de la Ciudad de México.

#### **4.8 Tipo de muestra**

Se eligieron aleatoriamente 2 grupos por año escolar tanto del turno matutino como vespertino en cada plantel.

#### **4.9 Participantes**

Participaron 5651 estudiantes de un bachillerato público de la Ciudad de México conformada por 47.9% (2637) hombres y 52.1% (2864) mujeres con una edad promedio general de 17 años. Del total de la muestra, el 37.9% (2129) reportaron nunca haber fumado, mientras que el 62.1% de los adolescentes encuestados (3484) reportó haber fumado alguna vez en su vida.

#### **4.10 Instrumento**

Se utilizó el instrumento de Habilidades Para la Vida elaborado por Andrade y cols. (2008, en proceso), compuesto por seis factores genéricos: planeación del futuro, autocontrol, asertividad, expresión de emociones, manejo del enojo y solución de problemas, así como tres factores específicos de resistencia a la presión: aceptación de la presión de amigos, resistencia a la presión de pareja y resistencia a la presión de amigos y pareja.

Este instrumento se validó a través de un Análisis Factorial con rotación Varimax. El instrumento contiene 60 reactivos divididos en nueve factores (6 factores de habilidades genéricas y 3 factores de habilidades específicas), con valores propios superiores a uno, que explican el 49.087% de la varianza total de la prueba. Los reactivos de cada factor tienen un peso igual o mayor a .40. De igual manera, cada factor fue sometido a la prueba estadística

---

*alpha de Cronbach* para analizar la consistencia interna y obtener la confiabilidad de cada factor quedando definidos de la siguiente manera:

*Planeación del futuro (7 reactivos) ( $\alpha = .76$ ):*

Describe la manera como los adolescentes luchan por conseguir lo que desean, tienen metas definidas en la vida, logran lo que se proponen y evitan dejar su futuro a la suerte.

*Autocontrol (7 reactivos) ( $\alpha = .74$ ):*

Se refiere a que los adolescentes perciben que se sienten tranquilos ante las dificultades, piensan antes de hacer las cosas y evalúan los resultados, son pacientes, controlan sus emociones y son honestos consigo mismos.

*Asertividad (7 reactivos) ( $\alpha = .77$ ):*

Este factor se refiere a que los adolescentes pueden expresar sus ideas de forma clara y abierta, dan su punto de vista aunque no sea igual al de otras personas, defiende sus opiniones ante los demás, si tiene algo que decir, generalmente lo dice y expresa claramente lo que dice sin ofender a los demás.

*Expresión de emociones (5 reactivos) ( $\alpha = .77$ ):*

Se describe si los adolescentes expresan su afecto, lo que sienten y demuestran su alegría.

*Manejo del enojo (7 reactivos) ( $\alpha = .70$ ):*

Describe formas aceptadas de expresar su enojo cuando los ofenden y que los demás se dan cuenta de su enojo.

*Solución de problemas (5 reactivos) ( $\alpha = .68$ ):*

En este factor los reactivos cargaron de manera negativa, por lo que para poder medirla como una habilidad, se recodificaron los reactivos en sentido contrario. De esta manera, se mide el aspecto positivo que perciben los adolescentes para solucionar sus problemas.

*Aceptación de la presión de amigos (7 reactivos) ( $\alpha = .80$ ):*

Indica que si los amigos le invitaran un cigarro, fumaría sin pensarlo, aceptaría un cigarro por parte de la pareja aunque no le gustara, se emborracharía si sus amigos acostumbraran emborracharse aunque no le gustara beber, fumaría si sus amigos lo hicieran o le insistieran.

*Aceptación de la presión de pareja (3 reactivos) ( $\alpha = .54$ ):*

Se refiere a que los adolescentes probarían las drogas si su pareja lo decidiera por temor a que lo dejen y si su pareja fumaría.

*Resistencia a la presión de amigos y/o pareja (4 reactivos) ( $\alpha = .57$ ):*

En este factor los adolescentes indican que si su pareja le pidiera que lo acompañara a emborracharse, le diría claramente que no desea hacerlo, si sus amigos lo presionaran para probar las tachas se opondría, aunque su pareja fumara el no fumaría y si sus amigos le invitaran un cigarro, le diría que no quiere fumar.

Por último, para identificar el patrón de consumo de sustancias adictivas, se utilizaron 22 indicadores de la Encuesta Nacional de Adicciones (2002) y el Examen Médico Automatizado de la UNAM (UNAM, 2006) (ANEXO 1).

#### 4.11 Procedimiento

Se solicitó permiso a cada Institución para poder aplicar los instrumentos de medición en cada uno de los planteles. Asimismo, se explicó el objetivo del estudio y se solicitó el permiso de los alumnos para participar dentro de la muestra, asegurándoles la confidencialidad de los datos y respetando a aquellos que no desearan participar.

Los instrumentos se aplicaron en grupos de aproximadamente 50 estudiantes, se explicaron las instrucciones para contestar el cuestionario manteniendo un control de no intercomunicación. La sesión tuvo una duración promedio de 50 minutos agradeciendo al final de la aplicación su colaboración.

# CAPÍTULO 5: RESULTADOS

---

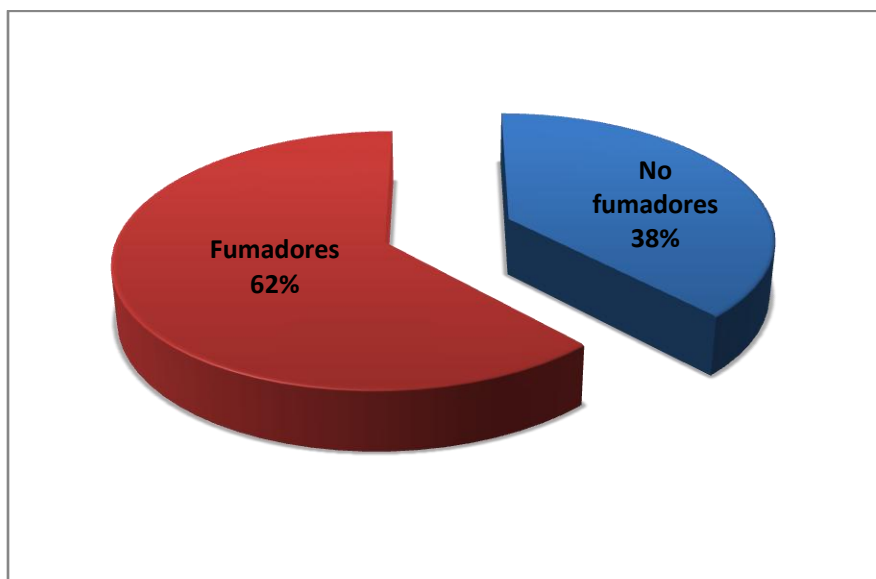
## 5.1 Patrón de consumo

Uno de los objetivos de este estudio, fue observar las diferencias entre hombres y mujeres por patrón de consumo. Los datos nos muestran lo siguiente:

### *Consumidores de tabaco*

El instrumento muestra que el 37.9% (2129) de la población, no ha iniciado su consumo de tabaco, mientras que el 62.1% (3484) del total de la muestra reportó haber fumado tabaco alguna vez en su vida, con un promedio de edad de inicio de 15 años, lo que representa el 62.1% de la población total (Gráfica 1)

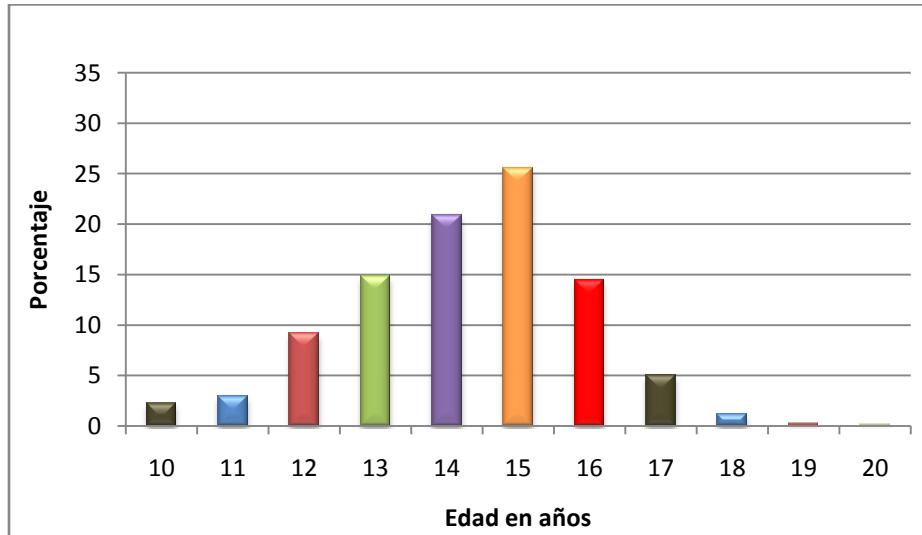
**Gráfica 1. Patrón de consumo de tabaco**



*Edad promedio de inicio de consumo de tabaco*

La edad promedio en que los adolescentes inciden en la conducta del fumar, es de 15 años (Gráfica 2).

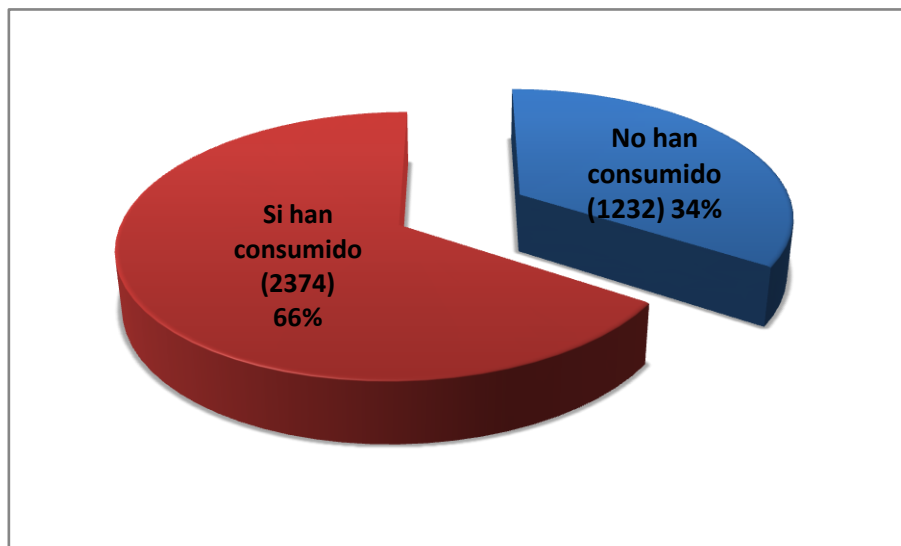
**Gráfica 2. Edad de inicio de consumo de tabaco**



*Consumo de tabaco en el último año*

Los datos reportaron que en el último año el 65.8% (2374) de los adolescentes, han consumido tabaco, frente a un 34.2% (1232) que no lo han hecho (Gráfica 3).

**Gráfica 3. Consumo de tabaco en el último año**

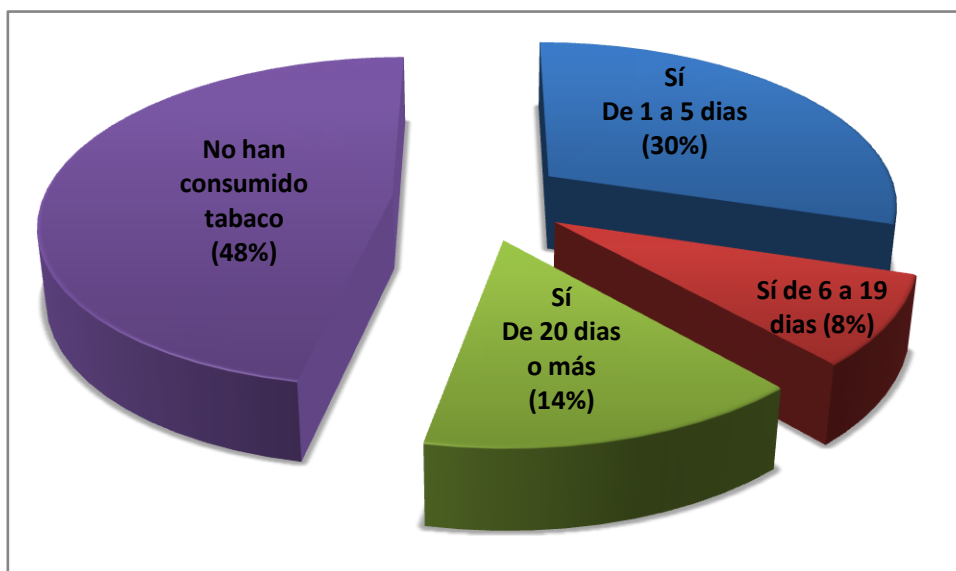


---

*Consumo de tabaco en el último mes*

Los resultados reportaron que los adolescentes que han fumado alguna vez en su vida, el 30.0% (1079) lo hicieron de 1 a 5 días, el 8.4% (302) lo ha hecho de 6 a 19 días y el 13.6% (487) lo ha hecho en los últimos 20 días o más, mientras que un 48.0% (1725) reportó no haber fumado en el último mes (Gráfica 4).

**Gráfica 4. Consumo de tabaco en el último mes**

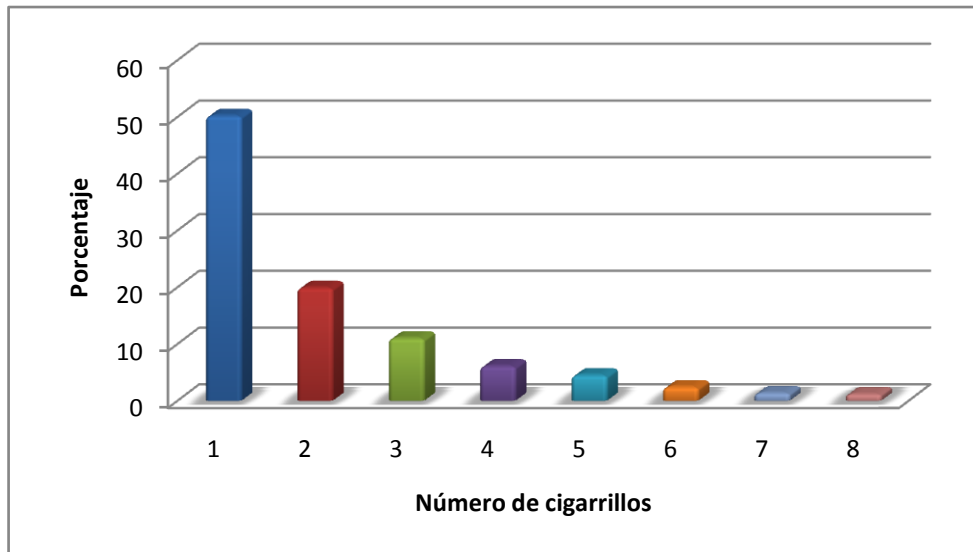




*Cantidad de cigarrillos consumidos en un día*

La población que si ha fumado, reportó que el promedio de cigarros que consumen al día es de 1 con un 50.2% (454) del total de los encuestados, el 19.9% (180) reporta fumar 2 cigarrillos al día, el 11.0% (100) reporta fumar 3 cigarrillos al día y el 6.1% (55) reporta fumar 4 cigarrillos al día (Gráfica 5).

**Gráfica 5. Cantidad de cigarros consumidos en un día**

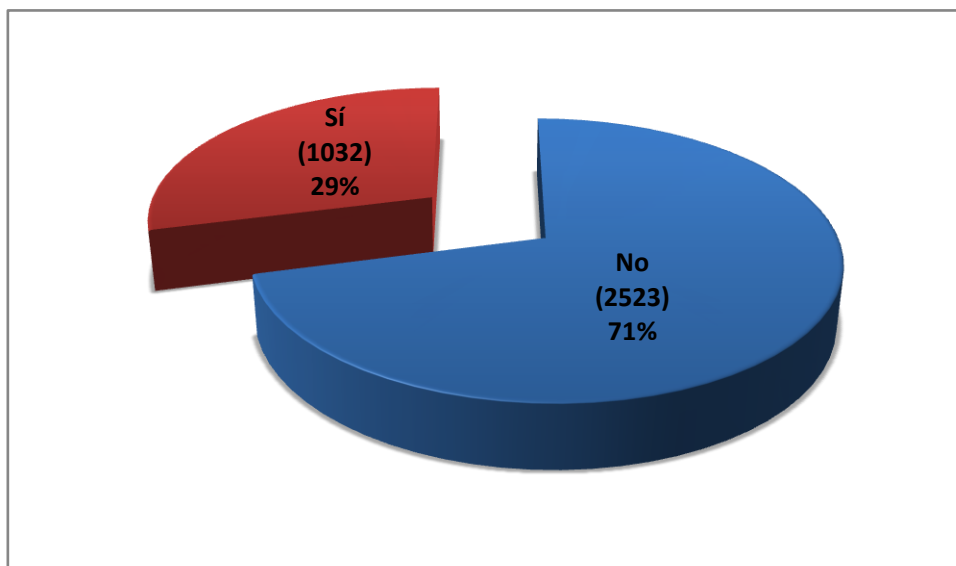


---

*Cantidad de cigarrillos consumidos en toda su vida (más de 100 cigarros o 5 cajetillas)*

La muestra de adolescentes fumadores, indica que un 71.0% (2563) no han fumado mas de 100 cigarrillos o 5 cajetillas en toda su vida, mientras que un 29.0% (1032) indica haber fumado 100 cigarrillos o 5 cajetillas en toda su vida (Gráfica 6).

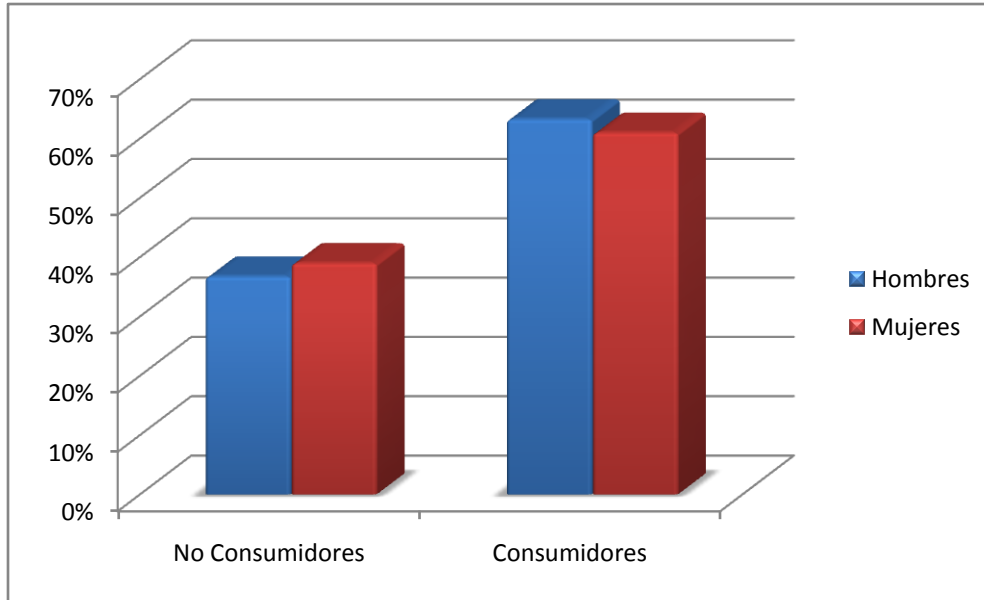
**Gráfica 6. Cantidad de cigarrillos (más de 100 cigarros) consumidos en toda su vida**



*Diferencias por grupo de hombres y mujeres por consumo de tabaco*

En cuanto a la diferencia por hombres y mujeres, el 36.74% (961) de los hombres indica que no ha fumado tabaco en su vida, mientras que un 63.26% (1655) reporta que alguna vez ha fumado en su vida. Para el grupo de mujeres, el 39.00% (1112) indica no haber fumado en toda su vida, mientras que el 61.00% (1739) ha fumado alguna vez en su vida (Gráfica 7).

**Gráfica 7. Diferencias por grupo de hombres y mujeres por consumo de tabaco**



*Diferencias por hombres y mujeres (Tabla 5)*

Otro de los objetivos de este estudio, fue observar las diferencias que existen entre hombres y mujeres por habilidades para la vida. El análisis estadístico, reporta que tanto el grupo de hombres y mujeres, iniciaron su consumo de tabaco a los 15 años de edad (24.9% y 26.6%) respectivamente.

Para conocer las diferencias por hombres, mujeres y habilidades para la vida, se aplicó la prueba *t de Student* para muestras independientes. El análisis estadístico, nos muestra que el grupo de mujeres es el que presenta mayores habilidades de planeación del futuro ( $x=3.28$ ), asertividad ( $x=3.05$ ), expresión de emociones ( $x=3.16$ ), solución de problemas ( $x=2.65$ ) y resistencia a la presión ( $x=3.51$ ), mientras que el grupo de hombres presenta mayor puntaje en las habilidades de autocontrol ( $x=3.00$ ) y manejo del enojo ( $x=2.43$ ).

**Tabla 5. Diferencias por hombres y mujeres**

Habilidades para la vida	Sexo	t	p	Medias
<b>1. Planeación del futuro</b>	Masculino	<b>-3.510</b>	<b>.000</b>	3.23
	<b>Femenino</b>			<b>3.28</b>
<b>2. Autocontrol</b>	<b>Masculino</b>	<b>8.392</b>	<b>.000</b>	<b>3.00</b>
	Femenino			2.89
<b>3. Asertividad</b>	Masculino	<b>-1.427</b>	<b>.154</b>	3.03
	<b>Femenino</b>			<b>3.05</b>
<b>4. Expresión de emociones</b>	Masculino	<b>-9.414</b>	<b>.000</b>	2.99
	<b>Femenino</b>			<b>3.16</b>
<b>5. Manejo del enojo</b>	<b>Masculino</b>	<b>12.809</b>	<b>.000</b>	<b>2.43</b>
	Femenino			2.24
<b>6. Solución de problemas</b>	Masculino	<b>-6.163</b>	<b>.000</b>	2.55
	<b>Femenino</b>			<b>2.65</b>
<b>7. Aceptación a la presión de amigos</b>	<b>Masculino</b>	<b>9.706</b>	<b>.000</b>	<b>1.56</b>
	Femenino			1.42
<b>8. Aceptación a la presión de pareja</b>	<b>Masculino</b>	<b>10.274</b>	<b>.000</b>	<b>1.31</b>
	Femenino			1.19
<b>9. Resistencia a la presión</b>	Masculino	<b>-7.107</b>	<b>.000</b>	3.42
	<b>Femenino</b>			<b>3.53</b>

## 5.2 Análisis de Varianza

El último objetivo de este estudio fue observar las diferencias que existen por patrón de consumo y habilidades para la vida. De esta manera, Para conocer las diferencias que muestran los hombres y mujeres no consumidores y consumidores de tabaco con respecto a las habilidades para la vida, se realizó un análisis de clasificación a través de la prueba estadística Análisis de Varianza (*ONE WAY*) y se aplicó la prueba post hoc *Scheffé* para observar cuál de los grupos marca la diferencia entre medias. Tanto el grupo de habilidades genéricas como el de habilidades específicas, marcaron diferencias significativas entre grupos.

### *Diferencias entre el consumo de tabaco y Habilidades para la vida (Tabla 6)*

En las habilidades de planeación del futuro, autocontrol, manejo del enojo y solución de problemas, el grupo de adolescentes que nunca ha fumado en su vida y el que nunca ha fumado en el último mes, muestran puntajes significativamente más altos con respecto a los grupos que si han fumado (1-5 días, 6-19 días).

#### *La prueba Scheffé indica que:*

En asertividad, el grupo que no fumó durante el último mes tiene puntajes significativamente menores que el grupo que fumó seis o más días en el último mes.

En expresión de emociones, el grupo que nunca ha fumado tiene puntajes significativamente menores que el grupo que fumó 6 días o mas en el último mes.

En las habilidades específicas, los resultados de la prueba *Scheffé* muestran de manera general que:

En aceptación de la presión de amigos y pareja el grupo de adolescentes que nunca han fumado en su vida, tiene puntajes significativamente más bajos con respecto a los grupos que no fumaron en el último mes, de 1 a 5 días 6 o más en el último mes.

En resistencia a la presión de amigos y pareja, el grupo de adolescentes que nunca ha fumado en su vida, tiene puntajes significativamente más altos con respecto a los grupos que no fumaron en el último mes, de 1 a 5 días 6 o más en el último mes.

**Tabla 6. Diferencias entre los adolescentes no consumidores y consumidores de tabaco**

			Grupos que si han fumado en el último mes							
			Nunca han fumado		No en el mes		1-5 días		6 o más días	
			(a)		(b)		(c)		(d)	
	F	Scheffé *	X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.
▪ Planeación del futuro	15.5*	a>b,c,d	3.31	.52	3.25	.52	3.20	.53	3.19	.52
▪ Autocontrol	26.7*	a>b,c,d b>c,d	3.01	.50	2.95	.49	2.87	.51	2.86	.49
▪ Asertividad	3.8*	a,b<d	3.03	.38	3.03	.38	3.05	.39	3.06	.37
▪ Expresión de emociones	3.6**	a,b<c	3.06	.64	3.06	.63	3.11	.64	3.10	.65
▪ Manejo del enojo	18.9*	a>b,c,d b>d	2.39	.55	2.32	.55	2.27	.57	2.25	.56
▪ Solución de problemas	71.9*	a>b,c,d	2.72	.57	2.60	.54	2.49	.57	2.47	.58
▪ Aceptación de presión de amigos	148.3*	a<b,c,d b<c,d	1.33*	.47	1.47	.49	1.69	.57	1.65	.52
▪ Aceptación de presión de pareja	18.8*	a<b,c,d b<c,d	1.20*	.44	1.24	.45	1.30	.48	1.31	.47
▪ Resistencia a la presión de amigos y/o pareja	129.3*	a>b,c,d b>c,d	3.63*	.52	3.52	.53	3.29	.60	3.27	.58

\*p<.01; \*\*p<.000;

Scheffé \*p<.001

*Diferencias por hombres y mujeres no consumidores y consumidores de tabaco con respecto a las habilidades para la vida (Tabla 7)*

De manera general tanto los hombres como las mujeres no consumidores de tabaco, tienen puntuaciones más altas en los factores de planeación del futuro, autocontrol, solución de problemas y resistencia a la presión de amigos y/o pareja y reportan puntajes más bajos en aceptación de la presión de amigos y pareja.

*La prueba Scheffé indica que:*

En planeación del futuro el grupo de mujeres que nunca han fumado, puntuó significativamente más alto que el resto de los grupos.

En autocontrol los grupos de hombres y mujeres que nunca han fumado o que no han fumado en el último mes, tienen puntajes más altos que el resto de los grupos.

En los factores de asertividad y expresión de emociones tanto el grupo de mujeres como hombres no fumadores, tienen puntajes menores que los grupos que están fumando seis o más días.

En cuanto al manejo del enojo los grupos que nunca han fumado, muestran puntajes más altos que los grupos que si han fumado. Sobretudo el grupo de hombres no fumadores quienes reportan tener un mayor puntaje en el manejo del enojo

En solución de problemas los grupos que nunca han fumado reportan tener una mejor solución de problemas, especialmente las mujeres no fumadoras ya que su puntuación es la más alta de todos los grupos.

En los factores de aceptación de presión de amigos y pareja, tanto el grupo de hombres como mujeres que han fumado de uno a cinco días o más días, tienen los puntajes más altos.

Finalmente, en resistencia a la presión los grupos que nunca han fumado y los que no han fumado en el último mes, tienen puntajes más altos que el resto de los grupos. Sobretudo el grupo de mujeres quienes reportan resistir en mayor medida la presión de amigos y/o pareja.

**Tabla 7. Diferencias por hombres y mujeres no consumidores y consumidores de tabaco respecto a las habilidades para la vida**

			Grupos que si han fumado en el último mes							
			Nunca han fumado		No en el mes		1-5 días		6 o más días	
			(a)	(b)	(c)	(d)				
F	Scheffé *	X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.	
<b>Planeación del futuro</b>										
▪ Hombres	1.910		<b>3.26</b>	.53	<b>3.24</b>	.54	<b>3.21</b>	.52	<b>3.18</b>	.53
▪ Mujeres	14.715**	a>b,c,d	<b>3.36</b>	.51	<b>3.28</b>	.51	<b>3.20</b>	.55	<b>3.20</b>	.50
<b>Autocontrol</b>										
▪ Hombres	5.235*	a,b,>d	<b>3.04</b>	.50	<b>3.01</b>	.50	<b>2.96</b>	.51	<b>2.95</b>	.48
▪ Mujeres	22.757**	a>b,c,d	<b>2.98</b>	.50	<b>2.89</b>	.49	<b>2.80</b>	.52	<b>2.76</b>	.48
<b>Asertividad</b>										
▪ Hombres	5.584*	a,b<c,d	<b>3.01</b>	.39	<b>3.01</b>	.38	<b>3.07</b>	.40	<b>3.08</b>	.35
▪ Mujeres	.249		<b>3.05</b>	.39	<b>3.05</b>	.39	<b>3.04</b>	.39	<b>3.06</b>	.35
<b>Expresión de emociones</b>										
▪ Hombres	3.927*	b<d	<b>2.95</b>	.64	<b>2.99</b>	.62	<b>3.04</b>	.66	<b>3.07</b>	.63
▪ Mujeres	2.794	c>a	<b>3.16</b>	.64	<b>3.13</b>	.64	<b>3.23</b>	.62	<b>3.15</b>	.63
<b>Manejo del enojo</b>										
▪ Hombres	6.143*	a>b,c,d	<b>2.50</b>	.54	<b>2.41</b>	.54	<b>2.40</b>	.55	<b>2.37</b>	.53
▪ Mujeres	14.456**	a>b,c,d	<b>2.32</b>	.56	<b>2.25</b>	.55	<b>2.16</b>	.57	<b>2.13</b>	.50
<b>Solución de problemas</b>										
▪ Hombres	23.952**	a>b,c,d	<b>2.67</b>	.57	<b>2.56</b>	.56	<b>2.44</b>	.59	<b>2.43</b>	.56
▪ Mujeres	46.181**	a>b,c,d	<b>2.78</b>	.56	<b>2.66</b>	.54	<b>2.54</b>	.56	<b>2.42</b>	.60
<b>Aceptación de presión de amigos</b>										
▪ Hombres	71.850**	a<b,c,d	<b>1.40</b>	.49	<b>1.52</b>	.52	<b>1.81</b>	.60	<b>1.69</b>	.49
▪ Mujeres	72.443**	a<b,c,d	<b>1.27</b>	.45	<b>1.42</b>	.47	<b>1.57</b>	.51	<b>1.62</b>	.48
<b>Aceptación de presión de pareja</b>										
▪ Hombres	11.580**	a<b,c,d	<b>1.26</b>	.48	<b>1.30</b>	.47	<b>1.40</b>	.52	<b>1.37</b>	.42
▪ Mujeres	5.105*	b<d	<b>1.16</b>	.41	<b>1.19</b>	.43	<b>1.21</b>	.43	<b>1.24</b>	.39
<b>Resistencia a la presión de amigos y/o pareja</b>										
▪ Hombres	53.448**	a,b>c,d	<b>3.56</b>	.56	<b>3.48</b>	.54	<b>3.23</b>	.61	<b>3.24</b>	.56
▪ Mujeres	65.056*	a>b,c,d	<b>3.68</b>	.50	<b>3.55</b>	.52	<b>3.36</b>	.57	<b>3.31</b>	.53

\*p<.01; \*\*p<.000;

Scheffé \*p<.001



# **CAPÍTULO 6:**

# **DISCUSIÓN Y**

# **CONCLUSIONES**

## 6.1 Patrón de consumo de tabaco

### *Edad de inicio*

Los datos revelan que en promedio los adolescentes están iniciando su consumo a los 15 años de edad, no encontrando diferencias significativas entre hombres y mujeres. Estos datos son similares a los que arrojó la ENA en 2002, donde reportó que la edad de inicio fue de 12 a 17 años de edad con un promedio de 15 años lo que concuerda con resultados similares reportados por Arillo-Santillán, Fernández, Hernández-Ávila, Tapia-Uribe, Cruz, Valdés y Lazcano-Ponce, en 2002; Valdés-Salgado, Micher, Hernández, Hernández y Hernández-Ávila, en 2002 y Villalobos, y Rojas, en 2007. Estos últimos aportan que es evidente el incremento en la prevalencia de consumo conforme la edad avanza.

Es importante resaltar que durante la última década, el inicio en el consumo de tabaco ha aumentado notoriamente a edades entre los 11 y 12 años de edad o incluso menos (Caballero-Hidalgo, González, Pinilla y Barber, 2004; Marrón-Tundidor, Pérez-Trullén, Aranda-Rubio, Clemente-Jiménez, Machín-Machín, Herrero y Labarga, 2003; Valdés-Salgado, Meneses-González, Lazcano-Ponce, Hernández-Ramos y Hernández-Ávila, 2002).

El inicio en el consumo a edades tempranas se ha extendido no solo a grandes potencias mundiales, sino también a los países con economías medias o bajas (Da Costa e Silva, Audera-López, E., 2005) tanto en poblaciones urbanas, como rurales con mayor prevalencia en hombres que en mujeres (Kuri-Morales, González-Roldán, Hoy y Cortés-Ramírez, 2006).

*Diferencias por hombres y mujeres*

Los datos arrojados en este estudio, muestran que existe un mayor porcentaje de hombres consumidores de tabaco (63.26%) que de mujeres (61.00%). Este resultado concuerda con estudios anteriores (Caballero-Hidalgo, González, Pinilla y Barber, 2005; Fraga, Ramos y Barros, 2006; Kuri-Morales, González-Roldán, Hoy y Cortés Ramírez, 2006; Mayolas y Planes-Pedra, 2000; Mendoza y López-Pérez, 2007; Reddy-Jacobs, Téllez-Rojo, Meneses-González, Campusano-Rincón y Hernández-Ávila, 2006; Talay y Altin, 2008; Villalobos y Rojas, 2007) donde se reporta una incidencia más alta en hombres. Mencionan que dentro de los factores que influyen en el inicio de consumo están el fumar por imitación o invitación de algún miembro de la familia, por rebeldía causada por la prohibición por parte de los padres, por una posición dentro del grupo o por presión por parte de los amigos o la pareja. Un dato importante es que existen estudios, donde se revela que las mujeres se están iniciando a edades más tempranas en el consumo de tabaco principalmente por curiosidad (Calleja y Aguilar, 2008; Mendoza y López-Pérez, 2007; Váldez-Salgado, Micher, Hernández, Hernández y Hernández-Ávila, 2002). Incluso el tener a un mejor amigo fumador (Martínez-Mantilla, Amaya-Naranjo, Campillo, Díaz-Martínez y Campos-Arias, 2008) ser admitido en el grupo, desear ser el mejor amigo del líder fumador o el consumo por padres y/o hermanos (Caballero-Hidalgo, González, Pinilla y Barber, 2004) al igual que un bajo desempeño escolar (Arillo-Santillán, et. al., 2002; Reddy-Jacobs, Téllez-Rojo, Meneses-González, Campuzano-Rincón y Hernández-Ávila, 2006), son factores que están prediciendo el inicio del tabaquismo.

Cabe resaltar que es mayor el porcentaje de adolescentes que han fumado por lo menos una vez en su vida a diferencia de los que no ha fumado. Y aunque es menor la proporción de mujeres fumadoras, esta proporción es similar a la de los hombres. Existen autores como Calleja y Aguilar (2008), Jané-Checa (2004), Marrón-Tundidor et al. (2003), Mendoza y López-Pérez (2007) y Valdés-Salgado et al. (2002) que indican que en los últimos años ha aumentado el porcentaje de mujeres fumadoras por el afán de ir “ganando” una posición social de respeto y admiración en la sociedad, las mujeres están adoptando conductas que culturalmente habían sido delegadas a los hombres como el salir a trabajar o el simple hecho de que los conceptos de belleza y conceptos de ser mujer han cambiado drásticamente y ahora la sociedad demanda una imagen más estilizada del cuerpo de una mujer y ha sido el pretexto perfecto para que las compañías tabacaleras atraigan este grupo de mercado.

Un dato que cabe subrayar, es que el tabaquismo puede aumentar potencialmente la probabilidad de iniciarse en el consumo de otras drogas. La asociación entre el inicio temprano del consumo de tabaco y la experimentación con drogas legales es un hecho; de tal forma que las personas que empiezan a fumar antes de los 15 años de edad, reportan mayor porcentaje de experimentación con drogas, principalmente en varones que en mujeres (Fleiz, Borges, Rojas, Benjet y Medina-Mora, 2007; Medina-Mora, Peña-Corona, Cravioto, Villatoro y Kuri, 2002).

## 6.2 Habilidades para la vida

La hipótesis de este estudio fue conocer si existían diferencias significativas entre la frecuencia en el consumo de tabaco y las habilidades para la vida que tienen los hombres y mujeres adolescentes de bachillerato. Se planteó que tanto las mujeres como los hombres no fumadores, obtendrían mayores puntuaciones en las habilidades para la vida.

Como se puede observar, la hipótesis se comprobó en todas las habilidades, excepto en asertividad y expresión de emociones, pues el grupo de fumadores frecuentes (los que reportaron fumar más de cinco cigarros al mes), obtuvo puntuaciones altas en estas escalas, a diferencia del grupo que nunca ha fumado.

Al hacer el análisis por grupos de hombres y mujeres no consumidores, éste último reportó mayor puntaje en las habilidades de planeación del futuro, asertividad, expresión de emociones, solución de problemas y resistencia a la presión. Además, mostró puntajes significativamente bajos en aceptación de la presión de amigos y de la pareja. En el caso de los hombres, las habilidades con la que se perciben en mayor grado fueron el autocontrol y el manejo del enojo. De manera específica, se encontró que:

En la **planeación del futuro**, los adolescentes que no consumen tabaco sobre todo en el grupo de mujeres, luchan en mayor medida por conseguir lo que desean, tienen metas definidas en la vida, logran sus metas propuestas y evitan dejar su futuro a la suerte. Lo anterior concuerda con lo descrito por Pérez-Gómez, y Sierra-Acuña, (2007), quienes describen que el tener presente los compromisos que se han hecho a sí mismo y tener un proyecto de vida, son factores que previenen el uso de drogas.

En el factor de **autocontrol**, se encontró que los adolescentes que nunca han fumado y los que consumen tabaco con menor frecuencia, controlan sus emociones, aceptan sus errores, evalúan los resultados de sus decisiones, piensan antes de hacer las cosas y se mantienen tranquilos ante las dificultades. Lo anterior concuerda con autores como Ariza y Nebot, 2004; Benda, 2005; Cáceres, Salazar, Varela y Tovar, (2006) y López-Torrecillas, Peralta y Muñoz Rivas (2003), quienes afirman que en medida en que los niveles de autocontrol disminuyen, aumenta la cantidad y cronicidad de consumo de drogas, es decir, si un adolescente presenta una puntuación baja en autocontrol, la probabilidad de consumo de drogas, aumenta. De esta manera, cuando hay puntajes altos de autocontrol, el uso de sustancias disminuye, lo que puede significar que el autocontrol esté directamente relacionado con decidir iniciar o no el consumo de tabaco (Audrain-McGovern, Rodríguez, Tercyak, Neuner, Moss, 2006).

En cuanto a la **asertividad**, se encontró que los hombres y mujeres que fuman con más frecuencia reportaron ser más asertivos, es decir quienes fuman frecuentemente, son los adolescentes que dan su punto de vista aunque no sea igual al de otras personas, expresan sus ideas de forma clara y defienden sus opiniones ante su grupo. Estos resultados fueron contradictorios a lo encontrado por Botvin, Griffin, Díaz e Ifill-Williams (2001) quienes indican que el desarrollo de esta habilidad en los adolescentes, puede disminuir la incidencia en el consumo de drogas. Sin embargo Ashby, Baker y Botvin (1989), sostienen que la asertividad social puntúa más alto en adolescentes que están en riesgo de consumir drogas.

En **expresión de emociones** se encontró que los adolescentes que expresan mayormente su afecto y demuestran su alegría, son los que fuman con más frecuencia, estos resultados indican que es necesario seguir investigando y utilizar una escala más amplia que ayude a determinar el impacto de esta habilidad sobre el consumo de tabaco, ya que la mayor parte de los estudios como el de Llorens, Perelló y Palmer (2004) afirman que el uso de tabaco, se puede deber a los déficits en comunicación y expresión de emociones, reduciendo sentimientos de ansiedad.

Por lo que se refiere al **manejo del enojo**, los adolescentes que no consumen tabaco, reportan un mejor control de su enojo. Audrain-McGovern et. al. (2006), argumentan que es posible que los adolescentes que tienen dificultades para hacer frente a la ira y la frustración fuman como un método para hacer frente al problema.

En la habilidad de **solución de problemas**, se encontró que los adolescentes que no consumen tabaco, usan la negociación para resolver el problema, evitan los riesgos y son menos impulsivos a diferencia de los jóvenes que consumen con más frecuencia. Estos resultados concuerdan con lo señalado por Martínez-Lorca y Alonso-Saenz (2003), quienes señalan que las puntuaciones bajas en impulsividad, predicen un menor consumo de drogas. En este sentido Epstein, Griffin y Botvin (2000), refieren que el saber cómo solucionar los problemas o conflictos de la vida diaria es fundamental para prevenir el consumo de drogas

En las habilidades de **aceptación de la presión de amigos y de la pareja**, se encontró que el grupo que consumió tabaco con más frecuencia, es el que aceptó en mayor medida la presión por parte de los amigos, lo que coincide con lo reportado por Botvin, Goldberg, Botvin y Dusenbury, (1993); Calleja y Aguilar, (2008); Font-Mayolas, y Planes-Pedra, (2000); Martínez-Mantilla, et. al., (2008) y Nuño-Gutiérrez, et. al., (2005), quienes afirman, que en el caso de los amigos, estos pueden tener influencia tanto en el inicio como en el mantenimiento de la conducta a través de la aprobación o desaprobación de la conducta de fumar. Es decir, estar con amigos fumadores podría actuar como estímulo discriminativo para encender el cigarrillo y por tanto influir en el mantenimiento del consumo de tabaco a través de procesos distintos de los que intervienen en el modelado, siempre y cuando no se tenga la habilidad de decir que no cuando les ofrecen consumir drogas.

Por último, en la habilidad de **resistencia a la presión de amigos y/o pareja**, el grupo de hombres que nunca ha fumado, fue quien obtuvo puntajes significativamente mayores, en comparación con el grupo fumador. Este dato lo corrobora la literatura que habla acerca del fortalecimiento de las habilidades para la vida, ya que en la medida que se entrene en habilidades de automanejo, habilidades sociales y obtenga información y habilidades relacionadas con las actitudes hacia las drogas, el adolescente tenderá a desarrollar conductas de rechazo sobre el uso de alguna sustancia nociva para su salud (Botvin y Kantor, 2000; Botvin y Griffin, 2004; Seal, 2006; Eisen, Zellman y Murray, 2002; Vargas, Castellanos y Villamil, 2005; Jensen-Arnett, 2006).

De acuerdo a estos hallazgos, podemos observar que el desarrollo de las habilidades es distinto entre hombres y mujeres, ya que como lo afirma Barry, Bacon y Child (1957, en Díaz-Loving y Rivera-Aragón, 2001) el grado de diferencias en las prácticas de socialización de hombres y mujeres, están fuertemente relacionadas a demandas económicas y adaptativas de la sociedad, es decir, las conductas que se les demandan a los hombres van dirigidas más hacia la asertividad, la fuerza, la orientación al logro material, etc., y en las mujeres preponderantemente la modestia, cariño, preocupación por la calidad de vida, etc. (Chang, 2005; Lippa, 2001, en García-Campos, 2008), ya que como lo dicen algunos autores (Díaz-Loving, Rocha-Sánchez y Rivera-Aragón, 2007), los hombres han sido socializados para ser más racionales y concretos centrándose en la tarea, en tanto las mujeres han sido socializadas para la parte afectiva.

Gracias a estos hallazgos, podemos concluir que la implementación de programas de prevención basados en Habilidades para la vida en adolescentes de bachillerato, pueden contribuir a disminuir las tasas de inicio y prevalencia en el consumo de tabaco y otras drogas así como los índices de accidentes y morbilidad en el país y el resto del mundo.

La tarea no es fácil, ya que se necesita contar con la participación conjunta tanto de instituciones gubernamentales, de salud, así como instituciones académicas y familiares, ya que como se ha descrito en este estudio, el problema de las adicciones es un problema multifactorial que abarca distintos ámbitos (escuela, amigos, situación social, familiar, etc.) y que es un fenómeno que se debe tratar desde todas las esferas que lo componen para llevar a

cabo una reeducación y aprender a vivir de una manera más plena y sana, sin tener que llegar al consumo de alguna droga.

Una de las aportaciones principales de este estudio, es contar con indicadores de las habilidades con las que cuenta la población de adolescentes mexicanos, pues como lo sugieren algunos autores (OMS, 1993; Botvin, 2004): los programas de Habilidades para la vida, deben tener especial atención en la cultura de la población estudiada, ya que de esta manera las habilidades podrán ser definidas en términos de las características socioculturales del grupo étnico y lograr un mayor éxito en la implementación de dichos programas.

Los resultados dejan ver la importancia que existen en estudiar las habilidades de una manera integral, pues esto puede facilitar la elaboración de futuros programas de prevención ya que los programas que actualmente predominan en la lucha contra las adicciones van más encaminadas al desarrollo de conocimientos y fortalecer una habilidad en particular.



# LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Es necesario hacer observaciones a conciencia de las limitaciones que tuvimos al hacer este estudio. Una de ellas, fue que este estudio solo abarcó a población de adolescentes de bachillerato, por lo que una de las propuestas de este estudio, es analizar desde edades más tempranas el desarrollo tanto del patrón de consumo de tabaco, como el desarrollo de las Habilidades para la vida, pues como lo pudo aportar la literatura al respecto, el consumo de tabaco ha venido aumentando entre chicos que se encuentran en educación básica y básica superior (primaria y secundaria) y en particular el comportamiento de mujeres, pues la evidencia científica señala que este grupo se está iniciando cada vez a edades más tempranas.

Otra de las limitaciones de este estudio, es que no se incluyó una escala en el instrumento, donde se pudiera indagar acerca de la dinámica familiar respecto al consumo de tabaco. Esto puede ser de gran utilidad en futuras investigaciones, pues nos puede dar mayor certeza de si el inicio en el consumo de tabaco pueda deberse por la influencia de algunos familiares, ya que en la literatura, se menciona la importancia del papel que juegan los padres o hermanos fumadores en el inicio de consumo de cigarros.

Una de las sugerencias básicas y necesarias para poder abordar el tema de las adicciones en todo el conjunto de adolescentes, es realizar el diagnóstico de las Habilidades para la Vida tanto en grupos de adolescentes escolarizados y no escolarizados, pues la mayoría de investigaciones al respecto, ha abarcado a la población estudiantil. Dentro del mismo tema, un factor a considerar en futuras aplicaciones, es considerar la evaluación del rendimiento escolar como indicador en el patrón de consumo, pues como se pudo constatar, el tabaquismo tiene una relación directa con el bajo rendimiento escolar.

Otra de las sugerencias como lo aportaron algunos autores, hoy en día hay diferencias significativas en el consumo de tabaco tanto en regiones urbanas como rurales. De aquí deriva la necesidad de estudiar a la población rural y poder hacer pronósticos precisos que nos permitan conocer la dinámica de esa población en particular y poder llegar al diagnóstico oportuno de los adolescentes de manera integral.

Por último el poner mayor énfasis en una escala que nos puede permitir conocer la manera en como se percibe el adolescente actual, ya que se ha comprobado en otros países, que la publicidad está directamente relacionada con el inicio y prevalencia en el consumo y que este factor, es el que está incidiendo directamente en la iniciación a mas temprana edad principalmente en el grupo de mujeres.

# CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Se informó a los directivos de cada plantel seleccionado sobre los propósitos de la investigación para permitir la aplicación del instrumento. De esta manera, se obtuvo el permiso en la dirección de cada plantel para aplicar el instrumento a seis grupos del turno matutino y a seis grupos del turno vespertino.
- La forma de participación de los estudiantes fue de manera voluntaria, asegurando la confidencialidad de los datos proporcionados, respetando aquellos alumnos que no desearan participar en el estudio.

# ANEXOS

## ANEXO 1

No. de cuestionario 

Este cuestionario pretende conocer algunos aspectos relacionados con la salud. Tus respuestas son anónimas y serán utilizadas con fines estadísticos, por lo que te pedimos contestes sinceramente. **Por favor no hagas anotaciones en los espacios**

1	Marca con una "X" o completa la información solicitada.	1
DG1	( 1 ) Tradicional ( 2 ) Investigación en ciencias y humanidades	1
DG2	Nombre o número de la escuela _____	2
DG3	Sexo: ( 1 ) Masculino ( 2 ) Femenino	3
DG4	Edad _____ (años cumplidos)	4
DG5	Año escolar / semestre _____	5
DG6	Turno _____	6

2	Marca con una "X" la frecuencia con que realizas los siguientes comportamientos.	SIEMPRE	MUCHAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	2
HV1	Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.					1
HV2	Soy una persona que expresa su afecto.					2
HV3	Lucho por conseguir lo que realmente deseo.					3
HV4	Acostumbro salirme con la mía.					4
HV5	Me gusta tomar riesgos.					5
HV6	Soy impulsivo.					6
HV7	Cuando las cosas no salen como yo deseo, me enojo.					7
HV8	Mi futuro me parece incierto.					8
HV9	Doy mi punto de vista aunque no sea igual al de otras personas.					9
HV10	Expreso lo que siento.					10
HV11	Tengo metas definidas en mi vida.					11
HV12	Logro convencer a los demás para que hagan lo que yo quiero.					12
HV13	Mis decisiones me llevan a lograr mis metas.					13
HV14	Me da pena manifestar mi afecto a las personas					14
HV15	Expreso claramente lo que pienso sin ofender a los demás.					15
HV16	Me da pena participar en la clase por temor a lo que piensen mis compañeros.					16
HV17	Me mantengo firme en mis decisiones.					17
HV18	Controlo mis emociones.					18
HV19	Los demás se dan cuenta cuando me enojo.					19
HV20	Trato de lograr las metas que me propongo.					20
HV21	Trato de ganar aunque dañe a otros.					21
HV22	Cuando me enojo, me desquito con cualquiera.					22
HV23	Trato de ocultar mis emociones.					23
HV24	Dejo mi futuro a la suerte.					24
HV25	Puedo expresar mis ideas de forma clara y abierta.					25

<b>2</b>	<b>Marca con una "X" la frecuencia con que realizas los siguientes comportamientos.</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>MUCHAS VECES</b>	<b>POCAS VECES</b>	<b>NUNCA</b>	<b>2</b>
HV26	Defiendo mis opiniones ante mis amigos					26
HV27	Acepto mis errores.					27
HV28	Cuando tomo una decisión, evalúo sus resultados.					28
HV29	Soy paciente.					29
HV30	Demuestro mi alegría.					30
HV31	Soy muy enojón.					31
HV32	Cuando estoy enojado lo disimulo.					32
HV33	Expreso mi enojo cuando me ofenden.					33
HV34	Soy honesto conmigo mismo.					34
HV35	Pienso antes de hacer las cosas.					35
HV36	Me mantengo tranquilo ante las dificultades.					36

<b>3</b>	<b>Marca con una "X" qué tan de acuerdo estás con las siguientes frases.</b>	<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	<b>ACUERDO</b>	<b>DESACUERDO</b>	<b>TOTALMENTE EN DESACUERDO</b>	<b>3</b>
IC1	Si mis amigos me ofrecieran un cigarro, fumaría sin pensarlo.					1
IC2	Si mi pareja me ofreciera un cigarro, me lo fumaría aunque no me gustara fumar					2
IC3	Me emborracharía si mis amigos acostumbraran emborracharse					3
IC4	Si mis amigos me invitan a beber alcohol, aceptaría aunque a mí no me gustara beber					4
IC5	Fumaría si mis amigos lo hicieran					5
IC6	Si en una fiesta todos estuvieran bebiendo alcohol, me sentiría presionado para beberlo					6
IC7	Fumaría si mis amigos me insistieran					7
IC8	Probaría las drogas, si mi pareja así lo decidiera					8
IC9	Si mi pareja me propusiera probar las drogas, le diría que s por temor a que terminara conmigo					9
IC10	Si mi pareja insistiera en que yo fumara, defendería mi derecho de no hacerlo					10
IC11	Si mi pareja me pidiera que lo acompañara a emborracharse, le diría claramente que no deseo hacerlo					11
IC12	Si mis amigos me presionaran para probar las tachas*, me opondría					12
IC13	Aunque mi pareja fumara, yo no fumaría					13
IC14	Si mis amigos me invitaran un cigarro, les diría que no quiero fumar					14

<b>PC1</b>	<b>¿Has fumado tabaco alguna vez en tu vida?</b>	
<input type="checkbox"/>	Sí	
<input type="checkbox"/>	No (pasa a la pregunta PC7)	

<b>PC2</b>	<b>¿Cuántos años tenías cuando fumaste tabaco por primera vez?</b>	
	_____ años	

<b>PC3</b>	<b>En los últimos 30 días ¿has fumado tabaco?</b>	
<input type="checkbox"/>	No	
<input type="checkbox"/>	Sí, de 1 a 5 días	
<input type="checkbox"/>	Sí, de 6 a 19 días	
<input type="checkbox"/>	Sí, 20 días o más	

<b>PC4</b>	<b>¿Cuántos cigarros fumas al día?</b>	
	_____ (número de cigarros)	

<b>PC5</b>	<b>En toda tu vida ¿Has fumado más de 100 cigarros o cinco cajetillas?</b>	
<input type="checkbox"/>	Sí	
<input type="checkbox"/>	No	

<b>PC6</b>	<b>¿Cuánto tiempo después de despertarte fumas tu primer cigarro?</b>	
<input type="checkbox"/>	Primeros 5 minutos	
<input type="checkbox"/>	Entre 5 y 30 minutos	
<input type="checkbox"/>	Entre 31 y 60 minutos	
<input type="checkbox"/>	Más de una hora	

**¡ GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN !**

# REFERENCIAS



- 
- Aguilar-Kubli, E. (1991). *Asertividad: ser tú mismo sin sentirte culpable*. México. Pax-México.
- Alfaro, L. B. y Ponce de León, M. C. (2004). *Valores y estrategias para enfrentar las adicciones en adolescentes fumadores y no fumadores*. Revista Mixcoac. ENP "Miguel E. Schulz". UNAM.
- Andrade, Palos, P., Alfaro, Martínez, L. B., López, Montes de Oca, A., Pérez de la Barrera, C., Sánchez Oviedo, M. E., (2008). *Habilidades para la vida. Manual del profesor. Programa de Prevención de Adicciones en el Bachillerato de la UNAM*. UNAM.
- Arillo-Santillán, E., Fernández, E., Hernández-Ávila, M., Tapia-Urbe, M., Cruz-Valdés, A. y Lazcano-Ponce, E. C. (2002). Prevalencia del tabaquismo y bajo desempeño escolar, en estudiantes de 11 a 24 años de edad del estado de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 44(5), S54-S66.
- Ariza, C., Nebot, M. (2004). La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Adicciones*. 16(5), 359-378.
- Arjonilla, S.; Pelcastre, B.; Orozco, E. (2000). Representación social del consumo de tabaco en una institución de salud. *Salud Mental*. 23(003), 2-12.
- Ashby, Wills, T., Baker, E., Botvin, G. J. (1989). Dimensions of assertiveness: Differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of Consulting and clinical Psychology*. 57(4), 473-478.
- Audrain-McGovern, J.; Rodríguez, D.; Tercyak, P.; Neuner, G.; Moss, H. (2006). The impact of self-control indices on peer smoking and adolescent smoking progression. *Journal of Pediatric Psychology*. 31(2), 139-151.
- Banco Mundial (BM) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000). *La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco*. Washington, DC EUA: OPS.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs. NJ. PrenticeHall. (Traducción castellana: Pensamiento y acción. Barcelona. Martínez Roca, 1987).
- Bayés, R. (1992). Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(1-2), 35-56.
- Becoña, I. E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
-

- 
- Becoña, I. E. (2007). *Bases psicológicas para la prevención del consumo de drogas*. Papeles del psicólogo. España
- Benda, B. B. (2005). The robustness of self-control in relation to form of delinquency. *Youth y Society*. (36), 418-444.
- Berruecos-Villalobos, L. (2007). El consumo de drogas en la Ciudad de México. *El Cotidiano: Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco*. 22(145), 105-113.
- Bobo, J. K.; Mcilvain, H. E.; Lando, H. A.; Walker, R. D.; Leed-Kelly, A. (1998). Effect of smoking cessation counseling on recovery from alcoholism: findings from a randomized community intervention trial. *Addiction*. 93(6), 877-887.
- Botvin, G. J., Griffin, K. W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*. 25(2), 211-232.
- Botvin, G. J., Griffin, K., W., Díaz, T., Ifill, W., M. (2001). Drug abuse prevention among minority adolescents: Posttest and one-year follow-up of a school-based preventive intervention. *Prevention Science*. 2(1), 1-13.
- Botvin, G., J. (2000). "Preventing Drug Abuse in Schools: Social and Competence Enhancement Approaches Targeting Individual-Level Etiological Factors." *Addictive Behaviors* 25, 887-897.
- Botvin, G.; Goldberg, C.; Botvin, E.; Dusenbury, L.; (1993). Smoking behavior of adolescents exposed to cigarette advertising. *Public Health Reports*. 108(2), 217-224.
- Botvin, G.; J.; Kantor, W. L. (2000). Preventing alcohol and tobacco use through life skills training: Theory, methods and empirical findings. *Alcohol Research and Health*. 24(4), 250-257.
- Caballero-Hidalgo, A., González, B., Pinilla, J., Barber, P. (2004). Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*. 19(6), 440-447.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*. 5(33), 521-534.
- Calleja, N.; Aguilar, J. (2008). Por qué fuman las adolescentes: Un modelo estructural de la intención de fumar. *Adicciones*. 20(4), 387-394.
- Calvete, E., Cardeñoso, O. (2001). Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos. *Psicothema*. 13(1), 95-100.
-

- 
- Calvete, E.; Estévez, A.; (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*. 21(1), 49-56.
- Castaño-Castrillón, J. J., Páez-Cala, M. L., Pinzón-Montes, J. H., Rojo-Bustamante, E., Sánchez-Castrillón, G. A., Torres-Ríos, J. M., Valencia Gómez, M. A., García-Montoya C. D., Gallego-Giraldo, C. A. (2008). Estudio Descriptivo sobre tabaquismo en la comunidad estudiantil de la Universidad de Manizalez 2007. *Revista de la Facultad de Medicina*. 56(4), 302-317.
- CECAD, Sonora. Programa de Habilidades para la Vida. Disponible en <http://www.cecadsonora.gob.mx>
- Chapela, L. (1996). *Hacia una concepción de la adolescencia contemporánea*. En Aguilar J. A. y Mayen, B., (comp). *Hablemos de sexualidad*. Lecturas. México. MEXFAM-CONAPO.
- Clayton, R. R. (1992). *Transitions in drug use: Risk and protective factors*. In *Vulnerability to drug abuse*, edited by M. Glantz and R. Pickens Washington, DC: American Psychological Association, pp15-51.
- Clayton, S. (1991). Gender differences in psychosocial determinants of adolescent smoking. *Journal of School Health*. 61(3),115-120.
- CONACE. (2005). Preventivo en los diferentes niveles educativos. Disponible en <http://www.conacedrogas.cl>.
- CONADIC. (Boletín 2002). Convenio para establecer restricciones adicionales a la regulación y legislación vigente para la publicidad, comercialización y leyendas de advertencia de productos de tabaco. CONADIC Informa, 28-31.
- CONADIC. "Construye tu vida". Disponible en: <http://www.infoadicciones.net>.
- CONADIC. "PREVEA". Disponible en [http://www.conadic.salud.gob.mx/campa/26junio01/camjun2001\\_prevea.html](http://www.conadic.salud.gob.mx/campa/26junio01/camjun2001_prevea.html).
- CONADIC. (2003). Serie Planeación: Modelos preventivos. Consejo Nacional Contra las Adicciones. México.
- Cortés, M.; Schiaffino, A.; Martí, M.; Fernández, E. (2005). Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*. 19(1), 36-44.
- Da Costa e Silva, Audera-López, C. (2005). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: una respuesta global para una epidemia global*. Primer informe sobre el combate al tabaquismo. Instituto Nacional de Salud Pública. OMS. 335-363.
-

- 
- D’Zurilla, T. J., Chang, E. C., Sanna, L. J. (2003). Self-esteem and social problem solving as predictors of aggression in college students. *Journal of Social Clinical Psychology*. 22(4), 424-440.
- Daniel, H. G., Johnston M. E., Levy, C. J. Young smokers prevalence, trends, implications, and related demographics. Mar 31, 1981. Phillip Morris Doc # 1000390803(0855). p6 y 25. Disponible en <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/ftu74e00>. Consultado en Marzo de 2009.
- Daniel, H. G.; Johnston, M. E.; Levy, C. J. 8102. Young smokers prevalence, trends, implication, and related demographics. March 31, 1981. Phillip Morris Document num 10000390803/0855. P 1-20. Disponible en <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/ftu74e00>. Consultado en Marzo de 2009.
- De Vries, H., Mudde, A., Kremers, S., Wetzels, J., Uiters, E., Ariza, C. Duarte-Vitória, P., Fielder, A., Holm, K., Janssen, K., Lehtovuori, R. y Candel, M. (2003). The European Smoking PRevention Framework Approach (ESFA): short-term effects. *Health Education Research*, 18(6), 649-663.
- De la Rivera Investigación Estratégica S.C. *Tabacómetro México: National Survey from 7 mains cities*. Pfizer, 2007.
- Díaz-Loving, R., Rivera-Aragón, S. (2001). Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos), normativos (típicos e ideales) en México. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 33(2), 131-139.
- Díaz-Loving, R., Rocha-Sánchez, T., Rivera-Aragón, S. (2007). *La instrumentalidad y la expresividad desde una perspectiva psico-socio-cultural*. México. Miguel Ángel Porrúa.
- Eisen, M., Zellman, G., L., Murray, D., M. (2003). Evaluation the Lions-Quest “Skills for adolescence” drug education program: Second-year behavior outcomes. *Addictive Behaviors*. 28. 883-897.
- Ellickson, L., McCaffrey, D., Ghosh-Dastidar, B., Longshore, D. (2003). New inroads in preventing adolescent drug use: Results from a large-scale trial of Project ALERT in Middle Schools. *American Journal of Public Health*, 93, 1830–1836.
- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (2002). México. Secretaría de Salud.
- Epstein, J., A., Griffin K., W., Botvin, G., J. (2000). Competence skills help deter smoking among inner city adolescents. *Tobacco Control*. 9, 33-39.
- Examen Médico Automatizado UNAM (2006). Publicación interna. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Feingold, A. (1994). Gender differences in personality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 116(3), 429-456.
-

- 
- Flay B. R., Hu F. B., Siddiqui O., Day L. E., Hedeker D., Petraitis J., Richardson, J., Sussman, S. (1994). Differential influence of parental smoking and friends smoking on adolescent initiation and escalation of smoking. *Journal of Health and Social Behavior* 35(3), 248-65
- Flay, B. R.; Hu, F. B.; Siddiqui, O.; Day, L. E. et al. (1994). Differential influence of parental smoking and friends' smoking on adolescent initiation and escalation of smoking. *Journal of Health and Social Behavior*. 35(3), 248-265.
- Fleiz, C., Borges, G., Rojas, E., Benjet, C., Medina-Mora, M. E. (2007). Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana, un estudio de cohortes. *Salud Mental*. 30(005), 63-73.
- Font-Mayolas, S.; Planes Pedra, M. (2000). Efectos del modelado por parte de la familia, pareja y amigos en la conducta de fumar de jóvenes universitarios. *Adicciones*. 12(4), 467-477.
- Fraga, S., Ramos, E., Barros, H. (2006). Uso de tabaco por estudiantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*. 40(4), 620-626.
- García-Campos, T. (2008). Cultura tradicional y masculinidad feminidad. *Revista Interamericana de Psicología*. (42)1, 59-68.
- Griffin, K., Botvin, G., Doyle, M., Díaz, T. Epstein, J. (1999). A six year follow-up study of determinants of heavy cigarette smoking among high-school seniors. *Journal of Behavioral Medicine*. 22(3), 272-284.
- Griffin, K., Botvin, G., Scheiner, L., Epstein, J., Doyle, M. (2002). Personal competence skills, distress and well-being as determinants of substance use in a predominately minority urban adolescent sample. *Prevention Science*. 3(1), 23-33.
- Hernández Ávila, M.; Rodríguez Ajenjo, C. J.; García, Handal, K. M.; Ibañez Hernández, N. A.; Martínez, Ruíz, M. J. (2007). Perspectivas para el control del tabaquismo en México: Reflexiones sobre las políticas actuales y acciones futuras. *Salud Pública de México*. 49, supl 2, 302-311.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. i Baptista Lucio, P. (2003) *Metodología de la investigación*. (3a ed.). México: McGraw-Hill.
- Hops, H., Duncan, T. E., Duncan, S. C., Stoolmiller, M. (1996). Parent substance use as a predictor of adolescent use: A six-year lagged analysis. *Annals of Behavioral Medicine*. 18(33), 157-164.
- Instituto Nacional de Salud Pública de México, (INSP) (2004). *Boletín para el control del tabaco*. Departamento de investigación sobre el tabaco. Cuernavaca, México. Boletín núm. 6, pp. 4,5.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, (IAFA). Disponible en <http://www.iafa.go.cr>
-

- 
- Jackson, K. M., Sher, K. J., Cooper, M. L., Wood, P. K. (2002). Adolescent alcohol and tobacco use: onset, persistence and trajectories of use across two samples. *Addiction*. 97:5, 17-31.
- Jané-Checa, M. (2004). Mujeres y tabaco: Aspectos principales específicos de género. *Adicciones*. 16, supl 2, S115-S130.
- Jensen, Arnet, J. (2006). The myth of peer influence in adolescent smoking initiation. *Health Education & Behavior*. 0(1), 1-14.
- Kandel, D. K., Wu, P. (1995). The contributions of mothers and fathers to the intergenerational transmission of cigarette smoking in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*. 1995, 5(2), 225-252.
- Kazdin, A. (1996). *Técnicas de autocontrol*. Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. México: Manual Moderno.
- Kimmel, D. C. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- Kuri-Morales, P. A.; González-Roldán, J. F.; Hoy, M. J.; Cortés Ramírez, M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública de México*. 48, supl 1, 591-598.
- Lazarus, R. y Lazarus, B. (2000). *Pasión y razón: La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona. Paidós.
- Li, X.; Fang, X. y Stanton, B. (1996). Cigarette smoking among chinese adolescents and its association with demographic characteristics, social, activities, and problem behaviors. *Substance Use & Misuse*. 31(5), 545-563.
- Llorens Aleixandre, N., Perelló del Río, M., Palmer, P. A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*. 16(4), 1-6.
- López, A., D. (1999). Medición de los riesgos del tabaco para la salud; un comentario. Clásicos de salud pública. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos No. 1*. 77(1), 82-83.
- López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas, M. J., Godoy, J. F. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*. 15(2), 127-236.
- Maddaleno, M., Morello, P., Infante-Espinola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*. 45 supl 1, S132-S139.
- Marrón-Tundidor, R., Pérez-Trullén, A., Rubio-Aranda, E., Clemente-Jiménez, M. L., Machín-Machín, M. A., Herrero-Labarga, I. (2003). Prevalencia de tabaquismo en escolares de Zaragoza. Diferencias de género y edad de inicio. *Prevención del tabaquismo*. 5(4).
-

- 
- Martínez-Lorca, M., Alonso-Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación?. *Adicciones*. 15(2), 145-158.
- Martínez-Mantilla, J. A., Amaya-Naranjo, W., Campillo, H. A., Díaz-Martínez, L. A., Campos-Arias, A. (2008). Consumo diario de cigarro en adolescentes estudiantes: factores psicosociales relacionados con el género. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 16(5).
- Medina-Mora, M. E., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván-Castillo, F., Tapia-Conyer, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública de México*, 45 supl 1, S16-S25.
- Medina-Mora, M. E., Peña-Corona, M. C., Cravioto, P., Villatoro, J.; Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?. 44, supl 1:S, 109-115.
- Mendoza, R. y López-Pérez, P. (2007). El consumo de tabaco en el alumnado español pre-adolescente y adolescente: diferencias de género. *Adicciones*. 19(4), 341-356.
- Mietzel, G. (2005). *Claves de la psicología evolutiva : infancia y juventud* . Barcelona: Herder.
- Muñoz-Rivas, M. J.; Graña, G. J. L.; Peña, f. M. E.; Andreu, R. J. M. (2002). Influencia de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales en población adolescente. *Adicciones*. 14(3), 313-320.
- Nuño-Gutiérrez, B. L., Álvarez-Nemegyei, J., Madrigal-de León, E., Rasmussen-Cruz, B. (2005). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Revista de Salud Mental*. 28(5).
- Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas. (2002). México: Secretaria de Salud. Disponible en [http://www.conadic.salud.gob.mx/publicaciones/observatorio\\_2002.html](http://www.conadic.salud.gob.mx/publicaciones/observatorio_2002.html).
- Olivares Rodríguez, F. (2006). *El Convenio Marco para el control del tabaco como respuesta de la sociedad internacional a la problemática de salud mundial: caso tabaquismo en Canadá*. México: UNAM/Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
- Olivari, M. C., Barra A. E. (2005). Influencia de la Autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia Psicológica*. 23(002), 5-11.
- Olivari, M. C., Urra, M. E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*. 13(1), 9-15.
- Organización de los Estados Panamericanos (OEA). (2005). "Somos triunfadores". Disponible en <http://www.cicad.oas.org>
-

- 
- Organización de los Estados Panamericanos (OEA). (2005). Lineamientos hemisféricos de la CICAD en prevención escolar. Disponible en <http://www.cicad.oas.org>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1989). *Higiene de la reproducción en la adolescencia: estrategia de acción*. Ginebra. OMS. pp. 19
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993). *Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir*. División de Salud Mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra Suiza: Organización Mundial de la Salud. Manual Tipps. (2003). Talleres interactivos para la promoción de la salud, responsabilidad y moderación ante el consumo de bebidas alcohólicas. México:FISAC.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado el 28 de Mayo de 2008, de Proyectos y Programas. Disponible en: [http://www.who.int/tobacco/health\\_priority/es/index.html](http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/index.html)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. División de promoción y protección de la Salud: Programa de salud familiar y población. Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud.
- Oygar, L., Klepp, K., Tell, G. S., Vellar, O. D. (1995). Parental and peer influences on smoking among young adults: Ten-year follow-up of the Pslo Youth study participants. *Addiction*. 90(4), 561-570.
- Palacios-Delgado, J. R., Andrade-Palos, P. (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*. 7, 5-16.
- Papalia, D. E., Wendkos, O. S., Duskin F. R. (2007). *Psicología de desarrollo: De la infancia a la adolescencia*. McGraw-Hill. México.
- Pentz, (1998). Midwestern Prevention Project. Disponible en <http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/modelprograms/MPP.html>
- Pérez-Gómez, A., Sierra-Acuña, D. R. (2007). Recuperación natural y recuperación con tratamiento del consumo de drogas y alcohol. *Adicciones*. 19(4), 409-422.
- Perinat Maceres, A. (2003). *Los adolescentes en el siglo XXI*. España: UOC.



- 
- Phillip Morris International (PMI). Latin America/Ibera Region Three Year Plan 860000-880000. December 23, 1985. Phillip Morris. Documento núm 2503001080/1210, p 74 y 76. Disponible en <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/mrd71f00>. Consultado en Marzo de 2009.
- Pick, S. & Givaudan, M. (1996). *Yo quiero, yo puedo*. Preescolar, Primaria y Secundaria. (un libro por cada grado). México: Editorial IDEAME.
- Ramsay, J., Hoffman, A. (2004). Smoking cessation and relapse prevention among undergraduate students: A pilot demonstration project. *Journal of American College Health*. 53(1).
- Reddy-Jacobs, C., Téllez-Rojo, M. M., Meneses-González, F., Campuzano-Rincón, J., Hernández-Ávila, M. (2006). Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México. *Salud Pública de México*. 48 supl 1, S83-S90.
- Reilly, P. M., Shopshire, M. S., Durazzo, T. C., Campbell, T. A. (2006). *Programa para el manejo del enojo en clientes con problemas de abuso de sustancias y trastornos de salud mental*. Cuaderno de ejercicios para el participante. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos
- Rice F., P. (2000). *Adolescencia : desarrollo, relaciones y cultura* . Madrid: Prentice Hall.
- Richter, K. P., Arnsten, J. H. (2006). A rationale and model for addressing tobacco dependence in substance treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*. 1(23), 1-9.
- Roales-Nieto, J. G., Calero-García, M. D. (1994). *Tratamiento del tabaquismo*. España: Interamericana Mc-Graw Hill.
- Rodríguez G. M. A., Álvarez, G. M., Martínez, S. L. M., Carrillo, T. D., Mejía, E. S. A., Valencia, R. A. M.; Marín, G. M. F. (2007). Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de pregrado de una universidad privada de Medellín. *Investigación y Educación en Enfermería*. 27(1), 60-68.
- Rosignoli-Susín, J. L. (1990). La eficacia relativa de los programas de educación sobre drogas desde sus modelos implícitos. *Revista Complutense de Educación*. 1(3), 451-467.
- Samet, M. J. (2002). En presentación. *Revista de Salud Pública*. 44(1) suplemento.
- Santrock, J. W. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. España: McGraw-Hill.
- Seal, N. (2006). Preventing tobacco and drug use among Thai high school students through life skills training. *Nursing and Health Sciences*. 8. 164-168.
- Secretaría de Educación Pública (SEP). PEPCA. Disponible en [http://www.Conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/tab\\_cap1.pdf](http://www.Conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/tab_cap1.pdf)
-

- 
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Consultado en <http://www.ssa.gob.mx>
- Suelves, M. J., Sánchez-Turet, M. (2001). Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: Resultados de un estudio transversal. *Anales de Psicología*. 17(1), 15-22.
- Sussman, S., Rohrbach, L., & Mihalic S. F. (2004). Book 12 Project Toward No Drug Abuse. In Elliott, D.S. & Mihalic, S. F. (eds.). *Blueprints for Violence Prevention*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence. Disponible en <http://www.promoteprevent.org>
- Talay, F., Altin, S. (2008). The impact of gender, family and type of school on smoking in adolescents in Eyup, Istanbul, Turkey. *West Indian Medical Journal*. 57(2), 141-146.
- Ungar, M. (2000). The myth of peer pressure. *Adolescence*. (35), 167-180
- Urbina, S. J., Acuña, R. (2002). Revelación de los factores psicológicos para promover la salud de los mexicanos. *La Psicología Social en México*. 9, 1-6
- Valdés-Salgado R, Lazcano-Ponce E.C., Hernández-Ávila 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.
- Valdés-Salgado, R., Micher, J. M., Hernández, L., Hernández, M., Hernández-Ávila, M. (2002). Tendencias del consumo de tabaco entre alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, 1989 a 1998. *Salud Pública de México*. 44, supl 1. S44-S53.
- Vargas, N., Castellanos, C., Villamil, A. M. (2005). Resistencia a la presión de grupo. TIPICA: *Boletín Electrónico de Salud Escolar*. 1(1), 1-6.
- Villalobos, A.; Rojas, R. (2007). Consumo de tabaco en México. Resultados de las Encuestas Nacionales de Salud 2000 y 2006. *Salud Pública de México*. 49, sup 2:S, 147-154.
- World Health Organization. Tobacco Free Initiative. (1999). Disponible en <http://www.who.int/tobacco/en/>