



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
POSGRADOS DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**LAS HABILIDADES PARA LA VIDA EN LA  
PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO EN  
ADOLESCENTES**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

P R E S E N T A:

YDALIA MARTÍNEZ YDIAQUEZ

TUTOR: DRA. NAZIRA CALLEJA BELLO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ DE TESIS: DRA: PATRICIA ANDRADE PALOS  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DRA: SOFÍA RIVERA ARAGÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DRA: MARÍA MONTERO Y LÓPEZ LENA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DRA: GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MÉXICO, D.F.

MAYO 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## DEDICATORIAS

A mis hijos Marco y Lara, por ser siempre un estímulo en mi vida.

A mi madre Rosa, quien siempre me acompaño en la realización de mis metas.

A mis hermanos Edna y Alejandro+, gracias por nuestra vida en común y su apoyo.

A mis sobrinos Christopher y Viridiana, por estar conmigo y compartir muchas alegrías y sinsabores.

A Hugo y Gladys, por su invaluable apoyo.

A mis amigas: Juanita, Martha, Alejandra, Gabina, Audible, María de Lourdes, Esther y Gabriela a quienes me une muchos momentos de vida y que forman parte de mi historia.

## Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, como Institución formadora de recursos de alto nivel de calidad, de la cual soy orgullosamente egresada.

A Nazira, a quien le reconozco ser una excelente maestra y directora de tesis, con una gran calidad humana. Mi más profundo agradecimiento.

A Patricia Andrade Palos, quien siempre me estímulo para seguir adelante, gracias por sus comentarios los cuales me ayudaron a profundizar en los contenidos.

A María Montero y López Lena, quien me ayudo en la integración de los resultados, discusión y prospectiva.

A Sofía y Gabina, por su voto de confianza.

Resumen .....	7
Abstract.....	8
Introducción.....	9
I. MARCO TEÓRICO .....	11
TABAQUISMO .....	11
1. TABAQUISMO: UN PROBLEMA DE SALUD MUNDIAL .....	11
1.1 Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes.....	11
1.2 Diferencias de Género en el Consumo de Tabaco.....	15
2. TABACO Y SALUD .....	15
2.1 Componentes Químicos del Tabaco.....	16
2.2 Consecuencias del Consumo de Tabaco en la Salud.....	17
2.3 Tabaquismo Involuntario.....	18
2.4 Consecuencias del Consumo de Tabaco en Adolescentes.....	20
3. ETAPAS DE LA ADICCIÓN AL TABACO .....	20
3.1 El abandono del consumo de tabaco.....	22
4. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN ASOCIADOS CON EL CONSUMO DE TABACO .....	24
4.1 Factores Biológicos .....	24
4.2 Factores Personales .....	25
4.2.1 Autoestima.....	25
4.2.2 Trastornos de Alimentación .....	26
4.2.3 Emociones .....	26
4.2.4 Depresión.....	28
4.2.5 Rebeldía e Impulsividad .....	29
4.2.6 Violencia.....	30
4.2.7 Riesgo de Suicidio .....	31
4.3 Factores Familiares.....	31
4.4 Factores de Influencia de los Medios Comunicación y Publicidad.....	32
4.5 Factores Sociales .....	33
4.5.1 Influencia de Pares.....	33
4.5.2 Percepción de Riesgo por Consumo de Tabaco .....	34
4.5.3 Escolaridad y Uso de Tabaco .....	35
4.5.4 Facilidad para Conseguir Tabaco .....	36
5. POLÍTICAS MUNDIALES PARA EL CONTROL DEL TABACO .....	36
5.1 Convenio Marco para el Control del Tabaco.....	37

5.2 Las Tabacaleras .....	38
6. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO .....	39
6.1 Programas Informativos .....	39
6.2 Programas Personalizados .....	39
6.3 Programas basados en el Modelo de Influencia Social .....	40
6.4 Programas basados en el Modelo Transteórico .....	41
7. HABILIDADES PARA LA VIDA .....	41
7.1 Antecedentes.....	41
7.2 Definición.....	44
7.3 Factores que componen las Habilidades para la Vida .....	45
7.4 Metodología para el desarrollo de Habilidades para la Vida.....	47
7.5 Aplicación de Programas de Habilidades para la Vida .....	47
7.5.1 Planeación.....	49
7.5.2 Facilitadores .....	49
7.5.3 Contexto Social .....	50
7.5.4 Objetivos.....	51
7.5.5 Sesiones .....	51
7.5.6 Actividades .....	54
7.5.7 Tutores.....	54
7.5.8 Diseño de Materiales .....	55
7.5.9 Currículo.....	56
7.5.10 Evaluación .....	57
7.5.11 Relaciones Cercanas.....	58
7.5.12 Seguimiento a Programas .....	59
8. PROGRAMAS DE HABILIDADES PARA LA VIDA EN LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO .....	59
9. RELACIÓN ENTRE HABILIDADES PARA LA VIDA Y TABACO .....	61
II. INVESTIGACIÓN .....	84
Justificación .....	84
Objetivo .....	85
Preguntas de investigación .....	85
Hipótesis.....	85
MÉTODO .....	86
Participantes .....	86
Variables.....	86

Instrumentos .....	86
Procedimiento .....	88
RESULTADOS .....	89
ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LAS ESCALAS .....	89
Escala de Habilidades para la Vida .....	89
Escala de Impulsividad y Enojo .....	91
Escala de Aceptación de la Presión Social para Fumar .....	92
Escala de Susceptibilidad al Consumo de Tabaco .....	92
DIFERENCIAS POR SEXO Y GRADO EN HABILIDADES PARA LA VIDA, IMPULSIVIDAD Y ENOJO, Y SUSCEPTIBILIDAD AL CONSUMO DE TABACO	93
¿Los adolescentes que tienen más habilidades para la vida tendrán menor susceptibilidad al consumo de tabaco? .....	93
Predicción de la susceptibilidad al consumo de tabaco .....	95
¿Los adolescentes con más habilidades para la vida mostrarán menor aceptación de la presión social para fumar? .....	96
¿Los adolescentes que aceptan la presión social para fumar presentarán mayor susceptibilidad al consumo de tabaco? .....	97
COMPORTAMIENTO TABÁQUICO Y SUSCEPTIBILIDAD AL CONSUMO DE TABACO .....	99
DISCUSIÓN .....	102
PROSPECTIVA .....	106
Hipótesis .....	106
1.- ¿Los adolescentes con más habilidades para la vida mostraran menor aceptación a la presión social para fumar? .....	107
2.- ¿Los adolescentes que tienen más habilidades para la vida tendrán menor susceptibilidad al consumo de tabaco? .....	109
3.- ¿Los adolescentes que aceptan la presión social para fumar presentaran mayor susceptibilidad al consumo de tabaco? .....	111
ANEXOS .....	122

## Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) ha establecido diferentes medidas estratégicas dentro del Convenio Marco para el Control del Tabaco, dirigidas a desalentar el consumo del tabaco. Entre las medidas propuestas destaca la prevención del tabaquismo en los adolescentes. Principalmente los programas basados en el desarrollo de habilidades para la vida, dirigidos a evitar el consumo de tabaco o retrasar la edad de inicio y con ello reducir graves costos en la salud y años de vida en la población joven, promoviendo estilos de vida saludables (Organización Panamericana de la Salud, 2003). La identificación de las habilidades para la vida, así como la implementación de programas basados en éstas, han sido probadas en diferentes contextos y poblaciones con buenos resultados. Derivado de lo anterior, el presente trabajo tuvo por objetivo identificar la relación existente entre las habilidades psicosociales y la susceptibilidad tabáquica, con este fin se utilizaron las escalas diseñadas y validadas de “habilidades para la vida”, “resistencia a la presión social” y “susceptibilidad tabáquica”, las cuales fueron aplicadas a una muestra de 419 alumnos, de 12 a 16 años, de una escuela secundaria oficial de la Delegación Azcapotzalco.

Los resultados del estudio indican que las habilidades significativas que se relacionan con una menor susceptibilidad tabáquica en los adolescentes fueron: autocontrol, expresión de emociones, planeación de futuro, solución de problemas y asertividad. Destaca el hecho que a partir de la escala de resistencia a la presión social, se construyó la de aceptación a la presión social con 5 reactivos y con la escala de habilidades que originalmente tenía 36 reactivos, se construyó la escala de enojo e impulsividad, con 10 reactivos. La impulsividad resultó ser un factor determinante, para que los adolescentes sean más susceptibles a la aceptación de la presión social y por consiguiente al consumo de tabaco.

Con base en los resultados de este estudio, se desarrolló un modelo explicativo que clarifica la interrelación entre los factores de riesgo y protectores que predice el por qué algunos adolescentes son más susceptibles al consumo del tabaco, en tanto que otros no. Los resultados pueden utilizarse para desarrollar programas de prevención basados en habilidades para la vida, que coadyuven a evitar o retrasar la edad de inicio.



## **Abstract**

The World Health Organization (WHO, 2006), on its Framework Convention on Tobacco Control, has established different measures aim to discourage tobacco consumption. Amongst the proposed measures it highlights smoking prevention on adolescents. Chiefly the programs are based on the development of life skills to avert or delay the age of onset of tobacco consumption, reduce health problems and increase the lifespan of the young population by promoting healthy lifestyles (Pan American Health Organization, 2003). The identification of life skills as well as the implementation of programs based on this had been proved on different contexts and populations with good results. Due to the above, this work aimed to identify the relation between the psychosocial abilities and smoking susceptibility, to this end the “life skills”, “resistance to peer influence” and “smoking susceptibility” scales, design and validated, were used; this were applied to a sample of 419 students, from 12 to 16 years, of an official secondary school in azcapotzalco.

The results of this study point out that the significant abilities that relate with a lesser smoking susceptibility on adolescents were: self-control, emotional expression, planning for the future, problem solving and assertiveness. It's important to emphasize that the “acceptance of peer pressure scale” was built from the “resistance to peer influence” scale, and from the “life skills” scale, which has 36 reagents, was devised the “anger and impulsivity” scale, with 10 reagents. The impulsivity was a determining factor for the adolescents to be more likely to the acceptance of peer pressure and therefore to tobacco consumption.

Based on the results of this study, it was developed an explanatory model that clarifies the interrelation between risk and protective factors which predicts why some adolescents are more susceptible to tobacco consumption, while others do not. The results can be used to develop prevention programs based on life skills that help prevent or delay the age of onset.

## **Introducción**

Numerosas investigaciones han mostrado que el tabaquismo es un gran problema de salud pública a escala mundial. El consumo de tabaco causa enfermedades cerebro-vasculares, respiratorias, osteoporosis, menopausia temprana, arteriosclerosis e infartos.

Existe una gran cantidad de variables relacionadas con el consumo de tabaco, entre ellas la pobreza el abandono escolar, el deterioro familiar y factores de personalidad (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Los jóvenes constituyen la población más vulnerable, ya que, aun cuando existen políticas restrictivas para la venta de tabaco a menores de edad, en la práctica éstas no siempre se respetan, por lo que les resulta relativamente fácil conseguir y consumir cigarros.

Las habilidades para la vida son aquellas capacidades (valores, autoconocimiento, control de emociones, toma de decisiones, creatividad, resolución de problemas, comunicación, manejo adecuado de las relaciones humanas y enfrentamiento del estrés) que contribuyen al desarrollo de un juicio crítico en los jóvenes para evitar ser manipulados por el medio externo. El entrenamiento en habilidades para la vida dota al adolescente con herramientas para enfrentar de manera proactiva situaciones de riesgo, como es la presión que ejercen sus pares para que fume.

La presente investigación pretende identificar la relación existente entre las habilidades para la vida y la susceptibilidad tabáquica, y con ello considerar a futuro la posibilidad de desarrollar y evaluar un programa de formación de habilidades para la vida que contribuya a la prevención del consumo de tabaco en adolescentes de 12 a 16 años con riesgo tabáquico.

Se revisan conceptos básicos del tabaquismo y patrones de consumo, que permiten lograr un acercamiento a este fenómeno de salud pública, particularmente entre los adolescentes.

También se revisan los programas más utilizados para la prevención del consumo de tabaco, incluyendo sus objetivos, actividades, evaluación y seguimiento, así como su efectividad a corto, mediano y largo plazo.

# I. MARCO TEÓRICO

## TABAQUISMO

### 1. TABAQUISMO: UN PROBLEMA DE SALUD MUNDIAL

La Organización Mundial de la Salud (2002) reconoce que el tabaquismo es un problema de salud que causa anualmente millones de muertes en el mundo y está incluido entre los diez riesgos mundiales y regionales importantes por la carga de morbilidad y discapacidad. Tan sólo durante el año 2000, existían 4.9 millones de fumadores, lo cual superó en un millón a los existentes en el año de 1999, por lo que se le ha denominado la *epidemia del tabaquismo*. Se estima que para el año 2030, el consumo de tabaco matará a 10 millones de personas cada año y 70% de estas muertes ocurrirá en países en desarrollo (OPS, 2003). En el informe de la OMS se reporta que cada año el tabaquismo cobra más de cinco millones de vidas (OMS, 2009).

El tabaquismo es una de las principales causas de muerte anticipada y evitable; los fumadores de todas las edades presentan las tasas de mortalidad significativamente más altas, en comparación con los no fumadores. Los jóvenes de 13 a 15 años constituyen la población más vulnerable (OMS, 2002; OPS, 2003).

En los países de América, la tasa de tabaquismo es alta; en los años de 1998 y 1999, en Argentina y Chile el 40% de su población fumaba, y en México, esa cifra correspondía al 27.7 % (OPS, 1999).

#### 1.1 Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes

Las tasas de tabaquismo en poblaciones jóvenes de áreas urbanas en América Latina varían entre el 15% y el 40%. Perú y Cuba son los países con índices más altos de consumo de tabaco en adolescentes (Magdaleno, Morello e Infante-Espínola, 2003).

En un estudio comparativo de las encuestas nacionales de adicciones 1988-1993, se observó que el porcentaje de menores fumadores pasó del 6.6% al 9.6%; el mayor porcentaje de fumadores activos correspondió al grupo de 19 a 25 años, y el 60 % de los fumadores, tanto hombres como mujeres, empezaron a fumar antes de los 15 años (Berenzon, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar-Molinar y Navarro, 1999). La edad de inicio se ha reducido en cinco décadas, de 21.8 a 13.2 años, y el consumo de tabaco se ha elevado entre las mujeres en los últimos años en 12.5% (Reddy-Jacobs, Téllez-Rojo, Meneses-González, Campuzano-Rincón, Hernández-Ávila, 2006).

Berenzon et al., (1999) realizaron un estudio sobre el consumo de tabaco en la población estudiantil de la ciudad de México, con una muestra de 10,173 estudiantes de secundaria, bachillerato y escuelas técnicas comerciales, públicas y privadas, en el que investigaron la relación entre variables demográficas, la prevalencia del consumo de tabaco, la percepción de riesgo, la tolerancia social al tabaquismo, el consumo de tabaco entre familiares y la forma de conseguir cigarrillos. Encontraron que el 36% de los participantes había fumado el año anterior a la encuesta; no observaron diferencias significativas por género, ya que el 58.6% de los hombres y el 52.3% de las mujeres habían fumado alguna vez. Los jóvenes de 17 años presentaron los índices más elevados de consumo.

Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro y Juárez (2002) en un estudio con 10,578 alumnos de escuelas secundarias, bachilleratos y bachilleratos técnicos, encontraron que la mitad de los estudiantes contestó que había consumido tabaco alguna vez (52.5% de los hombres y 48.9% de las mujeres); en último año, 35.4% de los hombres y 32.2% de las mujeres, y en el “último mes”, el 23.0% de los hombres y 18.4% de las mujeres. Por nivel educativo, el 39.0 % de los estudiantes de secundaria contestó que “alguna vez” había consumido tabaco, 22.6 % que lo había hecho en el último año y 11.7% en el último mes; para los alumnos de bachillerato, las cifras fueron 67.5%, 49.7% y 32.9%, respectivamente. El porcentaje de fumadores en relación con el nivel educativo del jefe de familia fue ligeramente mayor en aquellos cuyos padres tenían secundaria (21.1%), en comparación con quienes habían terminado o no la primaria (19.9%).

El 20% de los estudiantes de secundaria fuman desde los 11 o 12 años y, en algunos casos, antes (Valdés-Salgado et al. (2006). La edad de inicio para el consumo de tabaco es importante, ya que entre más joven se inicie, mayor dificultad se tendrá para dejar el consumo y mayor será el riesgo de presentar enfermedades relacionadas con el tabaquismo (Berenzon et al., 1999).

En Argentina, 30% de los alumnos de 12 a 18 años había consumido tabaco en los 30 días previos a la encuesta, con proporciones similares para hombres y para mujeres (Magdaleno, Morello e Infante-Espínola, 2003).

Armendáriz, Rodríguez y Guzmán (2008) en un estudio sobre los efectos de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, reportaron que el promedio de edad de inicio de consumo de tabaco fue de 12 años, sin diferencias significativas por sexo. También señalan que el 37.3% había consumido tabaco alguna vez en su vida, 17.2% en el último año y 6.7% en el último mes.

En un estudio realizado con una muestra de 29,548 jóvenes de 10 a 21 años en 30,000 hogares (50.59 %, mujeres y 49.41%, hombres), se reportó que la disponibilidad de dinero por parte de los jóvenes es un factor que contribuye a explicar la transición entre experimentar y fumar. Tener un trabajo remunerado en los tres grupos clasificados como no pobres, cercanos a la línea de la pobreza y pobres, se relacionó con la probabilidad de ser fumador (Reddy-Jacobs, et al., 2006). Se ha reportado que cada incremento de \$50.00 en el ingreso se vincula con el 30% de probabilidad de volverse fumador. Esta relación se observa hasta en los que disponen de \$150.00 pesos; en los que cuentan con más de \$150.00 al mes se encontró una disminución del 34% en la probabilidad de ser fumador (Valdés-Salgado et al., 2006).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, en la que participaron 4,329 adolescentes de 12 a 17 años, a nivel nacional mediante muestreo aleatorio, indican que los porcentajes de adicción para fumadores activos en las edades de 13 a 15 años son: 3.9 para

los hombres y 3.5 para las mujeres, y para las edades de 16 a 17 años, 11.5 y 4.2, respectivamente.

En la ENA (2011) se encontró que el 36.4% de los jóvenes se encuentra expuesto al humo del cigarro, mayoritariamente aquellos con edades de 15 a 17 años. El hogar es el principal lugar donde se presenta la exposición al humo del tabaco, con los siguientes porcentajes: para los 12 años, en hombres, 34.9 y en mujeres, 21.3; de los 13 a los 15 años, en hombres, 36.5 y en mujeres, 36.2; de los 16 a los 17, en hombres, 44.8 y en mujeres, 39.3.

Es importante destacar que los resultados comparativos entre la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002 con la 2011, se observó una disminución estadísticamente significativa en el consumo de tabaco para el grupo de hombres (36.2% ENA, 2002 y 31.4% ENA, 2011), también se observó una disminución en la prevalencia global de fumadores diarios (12.4% ENA, 2002 y 8.9% ENA, 2011), esta disminución se presenta tanto en hombres como en mujeres (19.6% ENA, 2002 y 13.2% ENA, 2011) y (6.5% ENA, 2002 y 4.8% ENA, 2011) respectivamente. Tal vez esta disminución se deba al conjunto de estrategias (ambientes 100% libres de humo de cigarro, advertencias en cajetillas de cigarrillos entre otras) establecidas dentro del Convenio Marco que han apoyado en la disminución de su consumo.

En cuanto a las adolescentes, se observó un incremento estadísticamente significativo en la prevalencia de fumadoras activas (3.8% ENA, 2002 y 8.1% ENA, 2011), principalmente un incremento por grupo de edad 13-15 años (2.1% ENA, 2002 y 7.0% ENA, 2011), siendo la región con más alta prevalencia el Distrito Federal con un 20%.

En cuanto a la edad de inicio promedio a nivel nacional para hombres y mujeres ha sido de 14.1, la cual ha permanecido estable de 2002 a 2011.

## 1.2 Diferencias de Género en el Consumo de Tabaco

En una investigación sobre el consumo de tabaco en el ámbito de la enseñanza media, con una muestra de 4857 alumnos con edades de 13 a 15 años, adscritos a 78 establecimientos educativos, se reportó que el 50% de los alumnos había experimentado con tabaco, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres (OPS/OMS/CDC/SND, 2002). Datos similares son reportados por Valdés-Salgado et al., (2006), quienes tampoco encontraron diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al consumo de cigarrillos. El consumo de tabaco en las mujeres ha ido en aumento, equiparándose al de los hombres (OPS, 2003).

En cuanto a la dependencia del tabaco, en Uruguay se encontró que para los hombres es mayor, sobre todo si se asocia con alcohol, incrementando con ello considerablemente su consumo, a partir de los 14 años (OPS/OMS/CDC/SND, 2002).

Actualmente, la proporción de mujeres fumadoras con respecto a los hombres va en aumento (Calleja, 2012), El 70.9 % de las adolescentes fumadoras se inicia por curiosidad; las chicas que experimentan con el tabaco son influenciadas por amigas o amigos, por familiares (tíos, abuelos y primos), incluso por su madre y su padre.

## 2. TABACO Y SALUD

Históricamente, el tabaco se ha consumido de diferentes formas para obtener una sensación placentera en quien lo consume; incluso se le ha considerado como medicina natural para reducir fatiga y dolor de cabeza y crear la sensación de tranquilidad. (Secretaría de Salud, 2001).

Saldias, Méndez, Ramírez y Díaz (2007) refieren que se ha demostrado consistentemente una asociación entre el tabaco y diversos problemas de salud. Las enfermedades asociadas con el tabaquismo no se presentan de forma inmediata, varían dependiendo de cada organismo y se manifiestan con constantes gripas y dolor de garganta, hasta que ocurre un deterioro general de la salud y se desencadenan problemas graves como cáncer de garganta, pulmón o boca.



Debido a que los síntomas no se presentan inmediatamente en el organismo y que en algunos casos los fumadores mueren por otros factores, es común que se justifique la adicción diciendo o que “el cigarro es inocuo para el organismo” o que “de algo se tiene uno que morir”.

El tabaquismo constituye un problema de salud tanto individual como colectiva, que afecta la capacidad funcional y por consiguiente la calidad de vida de la población fumadora.

## 2.1 Componentes Químicos del Tabaco

Saldias et al. (2007) sintetizaron los efectos de los diferentes componentes químicos del tabaco en la salud del sistema respiratorio. (Tabla 1).

Tabla 1. Componentes químicos del cigarro y sus efectos sobre la salud del sistema respiratorio

<i>Productos químicos</i>	<i>Efectos sobre el sistema respiratorio</i>
Monóxido de carbono	Inhibidor del transporte de oxígeno a los tejidos
Dióxido de carbono	Depresor respiratorio
Óxido de nitrógeno	Irritante respiratorio
Formaldehido	Irritante respiratorio, alteración de la función mucociliar
Dimetilnitrosamina	Carcinógeno
Dióxido de sulfuro	Irritante respiratorio, deterioro de la función mucociliar y depresor de la respuesta inmune
Benzopireno	Carcinógeno
Acroleína	Irritante respiratorio, ciliostático
Amonio	Irritante respiratorio y ocular
Compuestos inorgánicos (plomo, níquel y cadmio)	Carcinógenos. Efectos tóxicos directos sobre el sistema respiratorio.

## 2.2 Consecuencias del Consumo de Tabaco en la Salud

En una revisión de la literatura relativa a los efectos del tabaco en la salud, Kuri-Morales, González-Roldán, Hoy y Cortés- Ramírez (2006) indicaron que la exposición al tabaco está relacionada con enfermedades del sistema circulatorio y respiratorio. En México, el consumo de tabaco es una de las principales causas de enfermedad isquémica del corazón, tumores malignos del pulmón, bronquios y tráquea.

El cáncer pulmonar está asociado al consumo tabaco, por lo que la dependencia del tabaco aparece en la lista de enfermedades crónicas. El tabaco causa entre el 80% y el 90% de las defunciones por cáncer de pulmón y probablemente las de cáncer de la cavidad bucal, la laringe, el esófago y el estómago. El tabaquismo es la causa más importante y prevenible de cáncer y se asocia con el 30% de las defunciones en países desarrollados (OMS, 2002).

Las enfermedades periodontales, la pérdida de piezas dentales y el cáncer en cavidad bucal también se encuentran asociadas al consumo de tabaco, tanto en poblaciones con ingresos altos, como medios y bajos (OMS, 2006). También se señala que los fumadores tienen una pobre respuesta al tratamiento quirúrgico.

Saldias et al., (2007) reportaron que el tabaquismo tiene relación con enfermedades respiratorias en fumadores activos y pasivos, aumentando la incidencia de resfriados, influenza, otitis media, bronquitis y neumonía; también ocasiona inflamación del pulmón. El cigarro provoca cambios estructurales en el aparato respiratorio y adherencia bacteriana a la mucosa respiratoria. En los fumadores activos que se resisten a dejar de fumar se sugieren las vacunas anti influenza y antineumocócica. Muchas de estas alteraciones son reversibles después de seis semanas, por lo que es importante enfocar la atención a los programas de prevención y cese del tabaquismo. El tabaquismo se relaciona, asimismo, con partos prematuros, bajo peso del bebé al nacer y menor capacidad pulmonar. Los efectos del tabaco en el desarrollo del feto antes y después de nacer, especialmente en el segundo y tercer trimestres del embarazo, por las toxinas que consume el feto a través de la madre,

están bien documentados, y el cese del tabaquismo de la madre antes y durante el embarazo se establece como medida para reducir los riesgos en el producto (OMS, 2003).

Barría y Calvo (2008) reportan que en su estudio sobre la incidencia de enfermedad respiratoria en niños de tres meses que ingresaron al hospital, entre el 15.8% y el 22.8% de las madres mencionaron que habían consumido tabaco en algún momento de la gestación.

Mallol, Koch, Caro, Sempertegui y Madrid (2007) reportaron que en un estudio realizado en un hospital de Chile con una muestra de 184 binomios madre-hijo, con madres que fumaron durante el embarazo, encontraron que los lactantes tuvieron un riesgo significativamente mayor de sufrir bronquitis obstructiva y enfermedades respiratorias agudas en general, y un 50% del total de la muestra fue hospitalizado por neumonía.

### 2.3 Tabaquismo Involuntario

El tabaquismo involuntario o pasivo consiste en inhalar el humo expelido por los fumadores y se presenta en personas que conviven con ellos, lo que se ha denominado humo de segunda mano. El tabaquismo pasivo es perjudicial, ya que el consumo de cigarros produce dos tipos de corriente, la principal, que los fumadores inhalan y exhalan, y la secundaria o lateral, que va directamente al aire y contiene mayores niveles de componentes dañinos, ya que se origina a menores temperaturas y es producto de una combustión incompleta. En las personas expuestas involuntariamente al humo del tabaco se ha detectado presencia de carcinógenos específicos del tabaco (Nerin de la Puerta y Checa, 2007).

Valdés-Salgado et al., (2006) encontraron que quienes están expuestos al humo de segunda mano en el hogar, tienen 33% más probabilidades de ser fumadores.

Vries et al., (2003) en una investigación sobre la prevención del tabaquismo en Europa, incluyeron en la encuesta aplicada a 23,125 alumnos preguntas sobre el nivel de conocimientos y habilidades relacionadas con el humo de segunda mano, como decirle a

las personas que no fumen cerca, conocimientos y capacidades para poder explicar en qué consiste ser fumador pasivo, así como la capacidad para explicar las consecuencias a corto y largo plazo que ser fumador pasivo tiene sobre la salud. Los autores concluyen que los programas de prevención deben ser integrales y evaluar diferentes niveles o fases en las que se incluyen los conocimientos y no sólo la influencia de los pares. Sin embargo el proyecto tuvo problemas con la recepción oportuna de fondos, considerando que fue un proyecto muy ambicioso.

Mallol et al., (2007) informaron que el tabaquismo intrafamiliar (pasivo) se relaciona significativamente con los episodios de bronquitis obstructiva que presentan los lactantes. El tabaquismo pasivo se ha asociado con un riesgo dos veces mayor de desarrollar enfermedades respiratorias en lactantes y en niños mayores de dos años expuestos al humo de tabaco, como consecuencia de su inmadurez pulmonar e inmunológica. Se ha constatado su exposición al humo de cigarro por la presencia de cotinina contenida en la orina (Barría y Calvo, 2008).

Considerando que la exposición en útero al cigarro es otra forma de exposición pasiva al tabaco, Aguirre (2007) realizó una revisión de la evidencia que existe de la relación entre el tabaquismo en el embarazo y sus efectos sobre el producto en gestación, como son: desprendimiento de placenta, retardo en el crecimiento intrauterino, hipoxia fetal crónica, lactantes con muerte súbita, en los que se ha encontrado engrosamiento de la vía aérea. También el efecto de la nicotina en el feto se asocia con anormalidades morfológicas en pulmón y bronquios y con un mayor nivel de cortisol en líquido amniótico, que afecta también peso, talla, circunferencia del cerebro y tórax del producto. Se ha señalado que es difícil diferenciar si los problemas respiratorios del lactante están asociados al tabaquismo en las primeras etapas del embarazo o al tabaquismo posparto. Sin embargo, algunos estudios (Aguirre, 2007) reportan que las sibilancias recurrentes en los dos o tres primeros años de vida se asocian con el tabaquismo en etapas tempranas del embarazo.

Nerin de la Puerta y Checa (2007) refieren que los efectos inmediatos del tabaquismo pasivo sobre la salud son: irritación de ojos, garganta y náusea, que traen como

consecuencia problemas cardiovasculares, tumorales y respiratorios. El humo de segunda mano incrementa el riesgo de cáncer de pulmón entre 20% y 30%, y el riesgo de padecer enfermedad coronaria, entre 25% y 30%. Estos riesgos disminuyen a medida que transcurre el tiempo desde la última exposición. Los autores señalan que en el hogar y en los ambientes laborales ocurre la mayor a exposición al tabaquismo pasivo de niños y adultos; las mujeres son las más vulnerables por el consumo de tabaco del esposo y los niños y niñas por el de sus padres.

## 2.4 Consecuencias del Consumo de Tabaco en Adolescentes

El consumo del tabaco se inicia en la adolescencia a edades cada vez más tempranas, siendo las mujeres entre 13 y 14 años el segmento más expuesto a iniciarse en el consumo de tabaco (OPS/OMS/CDC/SND, 2002).

Núñez y Núñez (2007) en un estudio observacional analítico sobre la prevalencia del tabaco en adolescentes escolares de Paraguay, encontraron que el 83.6 % conoce las consecuencias de consumir tabaco, por lo que se considera que éste no es factor protector. Destacan que muchos adolescentes acompañan el consumo de tabaco con alcohol, lo cual aumenta los riesgos, produciendo problemas de conducta, déficit de atención, ansiedad e intentos de suicidio.

Medina Mora et al., (2002) reportan que el consumo de tabaco es la puerta de inicio al consumo de otras drogas. Los adolescentes varones que se inician antes de los 15 años en el consumo de tabaco tienen mayores probabilidades de consumir otras drogas, incluyendo el alcohol. El consumo temprano del tabaco predispone a su consumo regular, con las consecuencias en la salud a largo plazo. En el caso de las mujeres, el consumo de tabaco no siempre es predictor del consumo de otras drogas.

## 3. ETAPAS DE LA ADICCIÓN AL TABACO

Jackson (1997) refiere que la conducta de fumar es un proceso con multiestadios: etapas que preceden al consumo regular de tabaco hasta llegar a la dependencia de la nicotina.

- a) Preparación. Etapa en la que niños y adolescentes se ven expuestos a la influencia personal, social y factores medioambientales, que es previa a la conducta de fumar.
- b) Iniciación. Se considera la etapa de iniciación cuando los niños reportan que le han dado una o dos fumadas a un cigarro o que han fumado casi todo.  
Stockdale, Dawson-Owens y Sagrestano (2005) reportan que las variables sociales y actitudinales juegan un papel importante en la edad escolar en el inicio del consumo de tabaco. Los adolescentes que se iniciaron o incrementaron su tabaquismo estuvieron más expuestos a personas que fumaban que los que nunca se iniciaron.
- c) Experimentación. Son experimentadores aquellos que consistentemente reportan fumar entre 2 y 4 cigarrillos o más. Con base en los resultados de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes, se concluye que la fase de experimentación es un factor predictivo para el consumo de tabaco (OPS/OMS/CDC/SND, 2002). La edad de inicio para la primera experimentación es 7 años; entre los 12 y 13 años los jóvenes reportan el mayor consumo de tabaco (OPS/OMS/CDC/SND, 2006).

Calleja (2008) define la susceptibilidad tabáquica como la fase de preparación para fumar, en la que se expresan las expectativas de lo que será la conducta futura, siendo una etapa previa a la experimentación, esta susceptibilidad se mide como la intención futura que los adolescentes tienen para fumar aunado a su poca resistencia a la presión social para fumar. Esta susceptibilidad tabáquica es un poderoso predictor para el consumo del tabaco en adolescentes. Incluso en su revisión bibliográfica refiere un estudio donde esta variable resultó ser el mejor predictor de la experimentación más que la presencia de amigos o familiares fumadores, a diferencia de los que son fumadores en el que el mejor predictor de la conducta es la presencia de amigos fumadores. Al parecer la susceptibilidad, forma parte del continuo susceptibilidad-experimentación -comportamiento tabáquico.

La susceptibilidad resulta una variable importante de estudiar, dado que es de sumo interés la población de adolescentes que están en riesgo de convertirse en fumadores, porque tienen esta expectativa a futuro.

- d) Adicción. El tabaco es una droga que tiene dos efectos: tolerancia y dependencia (Ministerio de Educación y Ciencia y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). La primera implica que el organismo requiere cada vez de mayor cantidad de las sustancias contenidas en el tabaco, principalmente la nicotina, para obtener niveles similares de satisfacción, y el segundo consiste en que el organismo se ha habituado, por lo que requiere su dosis diaria y, en caso de no llegar, se manifiesta en el síndrome de abstinencia (mayor necesidad de fumar, irritabilidad, insomnio, fatiga, falta de concentración mental, mayor apetito y problemas intestinales) que, de no controlarse, puede presentarse el rebote, consistente en un mayor incremento del consumo de tabaco.
- e) Abandono. Valdés-Salgado et al., (2006) reportan la mitad de los adolescentes encuestados tiene el deseo de dejar de fumar, el 60 % ha intentado dejar de fumar en los doce meses previos a la encuesta, y entre 60 y 70% recibió ayuda para dejar de fumar.

### 3.1 El abandono del consumo de tabaco

La OMS (2008) señala que para poder reducir en las próximas décadas la mortalidad y la morbilidad relacionadas con el consumo de tabaco, es necesario motivar y apoyar a los adultos consumidores para que lo abandonen, lo cual desalentará en los niños su consumo, además de reportar beneficios inmediatos a la salud, sobre todo si se abandona a mediana edad, antes de que se presenten trastornos graves en la salud.

Aceptar el abandono de la adicción es un acto individual; en caso de que la persona no esté motivada para dejar de fumar, ningún medicamento por sí sólo será capaz de inhibir la adicción.

La OMS (2004) señala que los efectos de abandonar el tabaco cuando existe adicción, conocidos como síndrome de abstinencia, se manifiesta con los siguientes síntomas: irritabilidad, depresión, disminución de la frecuencia cardíaca y aumento del apetito.

Entre los medicamentos utilizados para contrarrestar el síndrome de abstinencia que se presenta en las personas que abandonan esta adicción y apoyar el abandono del tabaco

destacan: la goma de mascar, el parche transdérmico, vaporizadores nasales, comprimidos sublinguales e inhaladores, que liberan dosis mínimas de nicotina, sin los demás componentes del tabaco (OMS, 2008). Se encuentra en experimentación una vacuna para inhibir la recepción de nicotina en el cerebro, con buenos resultados en ratones (OMS, 2004). En algunas ocasiones, pueden combinarse estos sustitutos de nicotina con antidepresivos. La fórmula común es reducir progresivamente el consumo de tabaco para finalmente abandonarlo (OMS, 2008).

En el abandono del consumo tabáquico es necesario considerar la historia personal, el nivel de dependencia y la historia de recaídas del fumador. Se trata, en general, de proporcionar un tratamiento integral, en el que intervengan varios profesionales de la salud.

Ponciano-Rodríguez y Morales-Ruiz (2007) utilizaron la escritura emocional como una herramienta para el tratamiento psicológico del tabaquismo. Las autoras consideran que el tratamiento psicológico del tabaquismo ha sido poco estudiado y que esta propuesta podría contribuir a que los pacientes organicen su experiencia de manera secuenciada, elaborando su proceso de duelo ante una situación que cambia.

Durante el tratamiento, es recomendable combinar las medidas de nivel individual (diagnóstico, tratamiento y asesoramiento con líneas de ayuda, mensajes de texto y sitios web), con las sociales (programas, planes y estrategias nacionales para la población en general), acompañadas de medidas legislativas y administrativas, tendientes a reducir la prevalencia y el consumo cotidiano. Es importante contar con una infraestructura de apoyo para la atención primaria, además de la secundaria y terciaria, así como reforzar la capacitación y cobertura de los profesionales de la salud y educadores para que puedan tratar la dependencia del tabaco.

La OMS (2008) refiere que solo el 5% de los países que firmaron el Convenio Marco para el Control del Tabaco dispone de servicios para el tratamiento del tabaquismo. Se ha detectado que el 60% de los países de la Unión Europea cuentan con programas para el tratamiento de la dependencia del tabaco y que sólo 19 de los 53 estados que la integran



incluyen técnicas para el tratamiento de la dependencia del tabaco en el plan de estudios básicos de las carreras de medicina.

## 4. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN ASOCIADOS CON EL CONSUMO DE TABACO

La OMS (2002) define el riesgo como la probabilidad de un resultado adverso o factor que aumenta la probabilidad de causalidad para la carga de morbilidad o discapacidad, entre los cuales se señalan los entornos de vida y trabajo, estilos de vida y hábitos. Los factores protectores son aquellos que facilitan la resistencia a la enfermedad, reducen al mínimo la discapacidad, retrasan su aparición y promueven la recuperación de manera más rápida; éstos pueden ser de tipo psicológico, social o conductual.

Villatoro et al., (2002) señalan la importancia de conocer los factores que influyen en la experimentación y el abuso de sustancias, así como los factores que los protegen a fin de proponer programas de prevención exitosos.

Villegas-Pantoja, Alonso-Castillo y Guzmán (2014) han mostrado que los eventos estresantes (sociales, familiares y de conducta) correlacionan positivamente con el consumo de tabaco, de tal manera que los eventos generadores de estrés son factores de riesgo en los adolescentes para las adicciones, ya que alteran el ritmo normal de sus actividades; la severidad dependerá de la interpretación que se dé al evento, es decir, de la evaluación cognitiva, de sus características personales y de los estilos de afrontamiento al estrés.

### 4.1 Factores Biológicos

La OMS (2004) sintetizó los factores biológicos asociados al consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, centrándose en los mecanismos cerebrales. Reconoció que tales sustancias, entre las que se encuentra el tabaco, son capaces de cambiar la consciencia, el humor y el pensamiento de los consumidores hasta el punto de hacerse daño y volverse dependientes. Los avances de la neurociencia revelan que la dependencia de sustancias

tiene una base biológica y genética, y no sólo obedecen a la falta de voluntad del individuo para abandonar el consumo.

Existen pruebas de herencia asociadas al consumo y dependencia del tabaco, que se han estudiado en gemelos univitelinos y dicigóticos. Se ha encontrado que el riesgo de dependencia tabáquica aumenta ocho veces en quienes tienen familiares con dependencia de sustancias, en comparación con los controles. Las diferencias de dotación genética explican una considerable proporción de variabilidad individual en el consumo y la dependencia del tabaco.

Los porcentajes de fumadores son mayores entre personas con enfermedades mentales, especialmente esquizofrenia y trastornos depresivos. En depresivos, ocurre que la nicotina contenida en los cigarrillos es estimulante de la dopamina, por lo que la probabilidad de que abandonen el consumo es baja.

## 4.2 Factores Personales

### 4.2.1 Autoestima

Jackson (1997) evaluó factores personales presentes en el tabaquismo en una muestra de 1,652 niños estadounidenses de cuarto a sexto grados. Sus resultados indicaron que los niños que se iniciaron tempranamente en el consumo de tabaco tenían un pobre ajuste en la escuela y presentaban niveles bajos de autoestima y de autorregulación.

En el estudio de González y Berger (2002) sobre factores de riesgo y protectores del consumo de tabaco en adolescentes con un promedio de edad de 15 años, se observó una baja autoestima y una mala apreciación de sí mismos en los jóvenes que fumaban.

Arillo-Santillán et al., (2007) en su estudio efectuado en 10 ciudades mexicanas, con una muestra de 12,293 estudiantes de secundaria con una edad de 12 a 15 años, reportaron que la susceptibilidad cognitiva constituye una predisposición a fumar, por lo que los jóvenes

están potencialmente en riesgo, principalmente aquellos con baja autoestima y altos puntajes en búsqueda de nuevas sensaciones.

Amato (2003) destaca que, en la fase de experimentación, la baja autoestima constituye uno de los factores de riesgo más relevantes, afirmación hecha también por Nerin de la Puerta y Checa (2007).

En adolescentes del área rural de Nuevo León, México, Armendáriz, Rodríguez y Guzmán (2008) encontraron diferencias significativas en autoestima entre los estudiantes que no habían fumado tabaco y aquellos que lo habían hecho alguna vez en la vida. Concluyeron que una autoestima elevada es un factor protector contra el consumo de alcohol y tabaco.

#### 4.2.2 Trastornos de Alimentación

El tabaquismo se ha encontrado asociado con los trastornos de alimentación, ya que las adolescentes lo utilizan para inhibir o sustituir los alimentos con el fin de bajar o mantener el peso corporal. Éste es un factor de inicio más frecuente en las mujeres que en los hombres (Nerin de la Puerta y Checa, 2007).

Paniagua y García (2003) realizaron un estudio transversal descriptivo en una muestra de 2,178 adolescentes españoles de 12 a 16 años (50.1 % hombres y 49.9% mujeres), en el que los trastornos alimentarios se asociaron en las mujeres con una mala imagen corporal, con la edad, con depresión y con un mayor consumo de tabaco.

Sin embargo, Lenz (2004) no encontró una relación significativa entre el consumo de tabaco y las conductas de dieta, pero sí se observó que los estilos de vida saludable (niveles de ejercitación y consumo de frutas y vegetales) decremantan el consumo de tabaco.

#### 4.2.3 Emociones

En últimas fechas se ha reconocido el papel que juegan la expresión y manejo de emociones como un factor protector en la prevención del consumo de tabaco (Fernández,

Jorge y Béjar, 2009). Más aún, se reporta que hay suficiente evidencia de que las emociones positivas como la felicidad, la risa y el buen humor contribuyen a mantener o mejorar la salud. Asimismo, Bejarano y Alderete (2009) reportaron que las emociones negativas son predictores del inicio del tabaquismo en adolescentes, las cuales se producen a partir de las experiencias desagradables que enfrentan las personas y que se manifiestan en ira, ansiedad, tristeza y depresión.

Para evaluar el impacto que tienen las emociones negativas en la etapa de inicio del consumo de tabaco, se realizó en el Salvador un estudio de tipo cualitativo, realizando 159 entrevistas individuales en 38 grupos focales con 302 adolescentes de ambos sexos de edades entre 10 y 19 años. Los resultados indicaron que las emociones negativas son predictores del tabaquismo; la emoción más relevante fue la ansiedad, que se asocia con la tristeza, la depresión y la soledad, sobre todo en experiencias de vida estresantes que permanecen por largos periodos de tiempo o son recurrentes (Bejarano y Alderete, 2009).

El papel de las emociones en el consumo de tabaco ha sido considerado en los tratamientos para abandonar el tabaquismo. Tal es el caso del uso de la escritura emocional como tratamiento psicológico, mediante la cual las personas elaboran cartas en las que se despiden cigarro. Ponciano-Rodríguez y Morales-Ruiz (2007) señalan que existen tres bloques de razones para mantener el tabaquismo: el primero es la aparente resolución de estados emotivos negativos (enojo, angustia, depresión, etc.); el segundo, el mantenimiento de la atención y rendimiento, y el tercero, el control de funciones fisiológicas como apetito y estreñimiento.

La escritura emocional incorpora las bases teóricas de la terapia racional emotiva y los conceptos de la terapia cognitiva con el propósito de abandonar el tabaco al sustituir las creencias irracionales por racionales, además de poner en práctica conductas alternas mediante tareas dirigidas. La terapia narrativa contribuye a que las personas den significado a sus vivencias a través de analizar continuamente su historia alrededor del tabaco y les permite reinterpretarla para promover nuevas formas de acceder a las situaciones de estrés, una vez superada la separación del cigarro. En el estudio de Ponciano-Rodríguez y Morales-Ruiz (2007) se reportan diez cartas de fumadores en las que los pacientes expresan

sus pensamientos y vivencias relacionadas con el tabaco mediante una carta de despedida al cigarro, realizada en formato libre, en la que se señala la fecha en que dejarán de fumar. El contenido de la carta se puede compartir con el resto del grupo. Los resultados reportados son de tipo cualitativo y hacen referencia a los sucesos más importantes que marcan la dependencia con el tabaco, así como los recursos personales y sociales en los que se apoyan para mantener la conducta de abandono. El estudio destaca la importancia de los aspectos psicológicos que inducen al consumo del tabaco y que han sido poco estudiados en la cesación del mismo.

En los adolescentes, la falta de habilidades para la regulación del enojo ante la frustración los hace más propensos a fumar (Alfaro, Sánchez, Andrade, Pérez de la Barrera y Montes de Oca, 2010). Asimismo, el consumo del tabaco modifica algunas funciones cerebrales que lleva a la persona a enojarse, sobre todo en periodos de abstinencia (Perea- Baena y Oña –Compan, 2011). Los programas sobre el manejo de emociones negativas han resultado muy efectivos en el abandono del tabaco (Fernández, Jorge y Béjar, 2009).

Puesto que la nicotina tiene efectos inmediatos en las funciones del organismo, los fumadores reportan que el consumo de tabaco reduce el estrés y mejora la atención (Redolat, Carrasco y Simon, 1994).

Entre los factores de mantenimiento del tabaquismo se mencionan el estrés y los estados de ánimo negativos, que generalmente se enfrentan de manera pasiva; el tabaco constituye un paliativo para aminorarlos (Nerin de la Puerta y Checa, 2007).

#### 4.2.4 Depresión

Se señala que existe relación entre la depresión y la nicotina, sin resultados concluyentes, ya que no se sabe con exactitud si la depresión conduce al consumo del tabaco o si la dependencia a la nicotina lleva a la depresión. También se refiere que en los periodos de abstinencia de esta sustancia se presentan cuadros depresivos (Secretaría de Salud, 2001).

Paniagua y García (2003) reportaron que el 19.7% de los adolescentes que entrevistaron contestó estar deprimido o irritable con frecuencia y 24.6% había perdido el interés por las cosas que antes le atraían. Estas dos condiciones se asocian significativamente en las mujeres con mayor edad y con mayor consumo de tabaco.

La OMS (2004) reporta que la incidencia de trastorno depresivo es dos veces mayor en los fumadores que en los no fumadores.

El estudio de Lenz (2004) sobre tabaco y depresión, realizado con una muestra de 203 estudiantes de 18 y 19 años de edad, mostró que los estudiantes con diagnóstico o tratamiento por depresión, tuvieron siete veces más probabilidad de consumir tabaco que otros estudiantes. Debido a que la nicotina es estimulante, es posible que los fumadores la utilicen para auto medicarse.

Czernik, Almeida, Godoy y Almirón (2006) en un estudio epidemiológico, retrospectivo, descriptivo y transversal que se realizó en Argentina, reportaron que el 64.5% de los entrevistados presentó severidad depresiva y que el 19.5% consumía tabaco. Un porcentaje elevado de los alumnos encuestados trabajaba, y el trabajo era un factor protector para el consumo de tabaco.

#### 4.2.5 Rebeldía e Impulsividad

Serfati et al., (2002) reportan que los varones con conductas violentas consumían el doble o más de sustancias tóxicas, con el fin de disminuir la autocrítica y aumentar la impulsividad, y que las mujeres adolescentes con conductas violentas son desafiantes, desobedientes y presentan conductas de provocación a otros.

Perea-Baena y Oña-Compan (2011) definen la impulsividad como una característica personal en la que se busca una recompensa inmediata, la cual puede ser de tipo funcional, cuando es necesario tomar decisiones rápidas, y disfuncional, cuando no se consideran las consecuencias de la conducta. La impulsividad disfuncional predice la recaída en los que están tratando de abandonar tabaco, considerando que el uso de sustancias tóxicas produce

un deterioro cognitivo, que conlleva a una mayor dificultad para controlar el comportamiento. Los autores citados encontraron que las personas que vuelven a fumar después del abandono puntuaron más alto en impulsividad al inicio del programa, en comparación con los que se abstuvieron; los factores más relacionados con la recaída fueron la impulsividad cognitiva y la impulsividad no planeada.

En la revisión que realizaron Cuevas y Hernández-Pozo (2008) sobre los estudios de impulsividad, identificaron que de un total de 3025 artículos, 106 estuvieron relacionados con la conducta de fumar y 20 evaluaron la impulsividad directamente con población fumadora, a través del auto reporte y medidas conductuales. Señalan que el tabaco favorece la impulsividad al cambiar algunas funciones del cerebro y señalan que podría proporcionarse entrenamiento en técnicas de control de la impulsividad a los adolescentes que inician el consumo de tabaco y a los adultos fumadores que deciden dejar de fumar.

Muñoz (2007) refiere que los fumadores son más impulsivos que los no fumadores, lo cual sugiere que tal vez el tabaco cambia la morfología del cerebro, el llamado craving (impulso incontrolable), que implica el ansia por seguir consumiendo tabaco y tener dificultad para dejarlo, pese a ser una conducta autodestructiva y el cual aparece cuando se produce la cesación del consumo de la sustancia de la cual se es dependiente, incluso después de haber pasado unos minutos del consumo del último cigarrillo. Algunas de las manifestaciones por la falta de nicotina, que es la sustancia activa del tabaco, provocan ansiedad, irritabilidad, ira e insomnio. Entre los factores a considerar para regular el craving, se manejan las emociones y las expectativas que tiene el consumidor sobre el abandono de la sustancia adictiva.

#### 4.2.6 Violencia

Serfati et al., (2002) en un estudio epidemiológico sobre la violencia (peleas con golpes, objetos punzocortantes y armas, que causan lesiones) y los riesgos asociados a ella en los adolescentes, en el que participaron jóvenes de 10 a 21 años asistidos en dependencias gubernamentales de apoyo a la familia encontraron que entre los violentos fueron frecuentes los trastornos de conducta, el consumo de tabaco y otras drogas. Los hombres

violentos que consumían tabaco y tenían antecedentes de violencia familiar presentaban conductas autodestructivas, intentos de suicidios y marcas en el cuerpo; en las mujeres se encontró una asociación significativa entre el consumo de tabaco y la presencia de actos violentos, la depresión leve, los trastornos de conducta disocial y los antecedentes de abuso sexual.

#### 4.2.7 Riesgo de Suicidio

En una investigación sobre desempeño académico y conductas de riesgo, realizada con una muestra de mil alumnos de 14 a 22 años de edad, de escuelas públicas de educación media superior (Palacios y Andrade, 2007), encontraron que un pobre desempeño académico estuvo asociado con conductas de riesgo, entre las que se encontraban el consumo de tabaco (49.1% de los estudiantes afirmó que fumaba cigarros) y los intentos de suicidio (12.3% lo ha intentado; 8.0% lo había intentado alguna vez y 4.3%, en dos o más ocasiones).

Datos similares fueron reportados por Fernández, Jorge y Béjar (2009), quienes mencionan que los adolescentes españoles consumen alcohol y tabaco, principalmente las mujeres, y que este comportamiento está asociado a la permisividad social de estas sustancias, a la escasa percepción de riesgo y que éstas son un referente en las actividades de ocio.

Alba (2007) en una revisión de estudios relativos a los factores de riesgo de inicio del consumo del consumo de tabaco, señala que el estudio observacional más grande realizado 40 años, reporta una fuerte relación entre tabaquismo y suicidio.

### 4.3 Factores Familiares

Berenzon et al., (1999) encontraron que uno de los factores que pone más en riesgo a los adolescentes para el consumo de tabaco es el hecho de que alguno de los familiares fume, debido a que fungen como modelos a seguir, aceptando el hecho de que fumen, además de proporcionarles cigarros. Resultados similares fueron reportados por OPS/OMS/CDC/SND (2007), donde la mitad de los encuestados reportó tener padre, madre o tutor que fumaba.



En esa investigación, el 55% de los estudiantes contestaron que de uno a cinco de sus familiares consumían tabaco. Los hijos de los fumadores dijeron dos veces más que querían fumar en comparación con los hijos de los que no fuman. Los hijos de los padres que habían logrado dejar de fumar, también tenían menos probabilidades de fumar. Los autores concluyeron que es necesario trabajar con los adultos para que desalienten el consumo de tabaco en los jóvenes.

Cuando los dos padres o tutores fuman, la probabilidad de fumar se duplica, siendo mayor la influencia de la madre (Valdés-Salgado et al., 2006).

También la presencia de hermanos que fuman influye en la conducta de fumar (Malcon, Menezes, Maia, Chatkin y Victora, 2003; Villatoro, et al., 2002).

#### 4.4 Factores de Influencia de los Medios Comunicación y Publicidad

Berenzon et al., (1999) en su estudio sobre el consumo del tabaco de la población estudiantil de la ciudad de México, encontraron que el mayor consumo de tabaco se presentaba en poblaciones urbanas (del 15 al 40%), en donde la influencia de los medios de comunicación y el poder adquisitivo son mayores que en las poblaciones rurales.

La publicidad ha jugado un papel importante en la promoción y mantenimiento del tabaquismo, ya que en una muestra de 602 adolescentes de 7° y 8° grados que estuvieron expuestos a la publicidad del tabaco a través de la televisión y las revistas (Botvin, Goldberg, Botvin y Dusenbury, 1993), se observó que los adolescentes que reportaron altos niveles de exposición a la publicidad presentaron mayor intención de fumar en un futuro cercano (dos años después).

En otro estudio, el 78% de una muestra de 3425 estudiantes de secundaria y bachillerato dijo haber visto en último mes publicidad relacionada con el tabaco y dos de cada diez habían recibido cigarros gratis en promoción (OPS/OMS/CDC/SND, 2006).

Valdés-Salgado et al., (2006) encontraron que el 85% de la muestra estudiada vio anuncios de cigarros y el 93% vio actores fumando en el cine y la televisión y poseían prendas u objetos con logotipos de cigarros. Estas variables están asociadas con ser fumador.

La OPS (1999) señala que en Filipinas se han utilizado incluso imágenes religiosas para promover el cigarro, atraer a nuevos consumidores y conservar los que se tienen.

Magdaleno, Morello e Infante-Espínola (2003) consideran que los medios de comunicación deben ser parte de la solución y no el problema, por lo que deben contribuir a promover la salud, informando y desarrollando competencias sociales y habilidades para la vida en la prevención del consumo de tabaco.

Destacan los esfuerzos de la OMS (2006) en la lucha contra el tabaquismo, haciendo uso de los medios de comunicación para desalentar su consumo por medio de la puesta en marcha del Día Mundial del Tabaco, cuyo tema en 2013 fue la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.

## 4.5 Factores Sociales

### 4.5.1 Influencia de Pares

Los resultados de una encuesta sobre el consumo de tabaco en población estudiantil del Distrito Federal mostraron que existe aceptación del comportamiento tabáquico por parte de los amigos y compañeros de la escuela (Berenzon et al., 1999). En esta etapa, un predictor importante del consumo de tabaco es el número de amigos que fuman, ya que los estudiantes que reportaron tener amigos que fuman, tuvieron 17 veces más probabilidades de fumar (Dusenbury, Kemer, Baker, Botvin, James-Ortiz y Zauber, 1992). Lenz (2004) encontró también que la conducta de fumar estuvo precedida por tener amigos fumadores.

Jackson (1997) estudió los estadios de inicio y experimentación de la conducta de fumar cigarros en niños, y encontró que quienes están más expuestos a amigos que fuman, tienden

a fumar más, y el uso regular de tabaco está relacionado con la dependencia de la nicotina y el número de amigos que fuman.

Griffin, Botvin, Nichols y Doyle (2003) en su investigación sobre la efectividad de la aplicación de un programa universal sobre consumo de drogas, entre ellas el tabaco, reportan que el alto riesgo está determinado por la influencia de los pares en diversas formas: incremento en la disponibilidad, modelamiento de la conducta, presión, percepción de aceptabilidad social, reforzamiento social por el uso de la sustancia e incremento en la normatividad de la prevalencia de consumo entre los adolescentes.

Por otra parte, se ha encontrado que la práctica del deporte con los pares es un factor protector contra el tabaquismo en la adolescencia (Malcon et al., 2003).

Sánchez, Andrade, Betancourt y Vital (2013) concluyen, como resultado de su estudio sobre la validación de una escala para resistir la presión de los amigos, que ésta es una habilidad que debe incluirse en los programas de prevención con el objetivo de desarrollar o fortalecer en los adolescentes consumidores o que tienen amigos consumidores, la capacidad para rechazar el consumo de sustancias, entre ellas el tabaco.

#### 4.5.2 Percepción de Riesgo por Consumo de Tabaco

La percepción de riesgo que manifiestan las personas depende de la experiencia previa y de los valores recibidos en la familia y en la sociedad. Esta percepción es aprendida en la infancia y se actualiza en las diferentes etapas de la vida (OMS, 2002).

Berenzon et al., (1999) reportaron que el 50 % de los jóvenes encuestados percibía que es riesgoso fumar cinco cigarros o más y sólo el 5.1% de las mujeres y el 7.9% de los hombres afirmaron que no es peligroso. Datos similares son reportados por Villatoro et al., (2002) quienes encontraron que el 48.6% de los jóvenes encuestados contestaron que es muy peligroso fumar cigarros diariamente. Sin embargo, en otro estudio se reportó que los alumnos de primer año del ciclo básico pensaban que el tabaco no es dañino, probablemente debido a la falta de información sobre las consecuencias del tabaco, ya que

sólo el 37% recordaba que se hubiera hablado en clase de los peligros de fumar (OPS/OMS/CDC/SND, 2002).

Para Valdés-Salgado et al., (2006), la percepción que se tiene del tabaco influye directamente en su consumo, ya que quienes consideran que fumar un par de años no provoca riesgos a la salud, tienen cuatro veces más probabilidades de ser fumadores; los indecisos o que piensan que fumar no es dañino tienen tres veces más probabilidades de consumir tabaco. Además, quienes creen que las adolescentes que fuman consiguen más amistades tienen 20% más probabilidades de ser fumadores, y quienes piensan que las fumadoras son menos atractivas tienen 41% menos probabilidad de fumar. Los datos reportados sugieren que los adolescentes que piensan que las chicas fumadoras son “sexys”, “inteligentes” y “populares” tienen nueve veces más probabilidades de fumar. Los autores distinguen a los fumadores de los no fumadores por medio de la respuestas a dos preguntas: a) “¿Consideras que el tabaco es una droga?”, quienes responden “No sé”, tienen el doble de probabilidades de convertirse en fumadores, y los que responden “No es una droga” tienen el triple. b) “¿Te consideras muy joven para fumar?”, los que responden “No sé”, tienen el doble de probabilidades de fumar y los que contestan “No soy muy joven para fumar” aumentan cuatro veces su probabilidad de ser fumador.

#### 4.5.3 Escolaridad y Uso de Tabaco

Un factor protector para el consumo de tabaco es la asistencia a la escuela, ya que el 18.9% de los adolescentes que acuden regularmente a la escuela consumen tabaco, en comparación con el 31.9% de los adolescentes que no estudiaron el año anterior (Berenzon et al., 1999). Por el contrario, un factor de riesgo para el tabaquismo se presenta cuando los alumnos son repetidores de grados escolares (Malcon et al., 2003).

Griffin et al., (2003) también reportaron que el alto riesgo de los jóvenes en la iniciación en el consumo de tabaco lo constituye una pobre ejecución o fracaso escolar, probablemente debido a que la falta de éxito en el desempeño escolar los induce a ocuparse de conductas alternativas negativas con el propósito de reforzar su identidad.

El consumo de tabaco se incrementa al pasar de un nivel educativo a otro, ya que mientras el 35% de los alumnos de primer año del ciclo básico lo han probado, cuando pasan a tercero el 68% contestan que lo han hecho. Este dato permite identificar las pautas de consumo para establecer programas preventivos (OPS/OMS/CDC/SND, 2002).

Arillo-Santillán, Trasver, Rodríguez-Bolaños, Chávez-Ayala, Ruiz-Velazco y Lazcano-Ponce (2007) reportan datos similares, en los que el bajo desempeño escolar está asociado con el consumo de tabaco, y las mujeres con una calificación menor a 7.9 incrementan en un 40% la posibilidad de consumir tabaco.

Donado y Striedinger (2014) realizaron un estudio con 377 alumnos colombianos de 16 a 55 años y encontraron que fumaban el 7.4% de las mujeres y 14.4% de los hombres; los alumnos de la jornada diurna fumaban más que de los de la nocturna; los alumnos que probaron el cigarro antes de los 16 años tuvieron 4.96 veces más probabilidades de ser fumadores que quienes lo probaron después de esa edad (OR = 4.96, IC: 2.2-11). Los autores concluyen que la edad de inicio en el consumo de tabaco es crucial en la efectividad de los programas prevención del tabaquismo en adolescentes.

#### 4.5.4 Facilidad para Conseguir Tabaco

Berenzon et al., (1999) señalan que para los adolescentes es relativamente fácil conseguir tabaco, ya que 61.9% lo consigue en las tiendas, 35.6% afuera de la escuela y 20.4% dentro de ella. Datos similares fueron reportados por OPS/OMS/CDC/SND (2002) donde el 66% de los encuestados contestó que podían comprar cigarrillos libremente. En México, éstos se adquieren en tiendas o en puestos callejeros (Valdés-Salgado et al., 2006).

## 5. POLÍTICAS MUNDIALES PARA EL CONTROL DEL TABACO

La OPS (2003) reconoce que la globalización de los mercados y la agresiva promoción que se utiliza para la venta del tabaco como producto legal, propician un mayor acceso y disponibilidad del producto, con los consecuentes problemas de salud derivados de su

consumo. Más aún, se reconoce que el tabaco afecta el desarrollo sustentable, ya que muchos de los campos que se utilizan para su cultivo han desplazado a los productos básicos. Las principales barreras para el control del tabaco son los mitos sobre el impacto económico y agrícola de esta política, entre los que se mencionan la pérdida de puestos de trabajo y la disminución de ingresos para el Estado. En realidad, sucede lo contrario, la industria tabacalera ha tratado de socavar la lucha anti tabaco al desalentar a los gobiernos locales mintiendo acerca de las pérdidas económicas que se generarían por la falta de cultivo del tabaco y de empleos (Comité de Expertos sobre Documentos de la Industria Tabacalera, 2000). El Instituto Nacional de Cáncer y la OMS (2006) han realizado un estudio sobre la situación económica del control del tabaco, con el propósito de dotar a los países con información que contrarreste los argumentos de la industria tabacalera.

### 5.1 Convenio Marco para el Control del Tabaco

Dentro de las políticas para el control del tabaco a nivel mundial, destaca el Convenio Marco para el Control del Tabaco, firmado en 2003 por los estados miembros de la OMS. Desde 2006 a la fecha cuenta con 116 países firmantes, que corresponden al 75% de la población en el mundo. Este convenio es uno de los tratados aceptado más ampliamente a nivel mundial. México lo ratificó el 28 de mayo de 2004 (OMS, 2006).

El Convenio Marco para el Control del Tabaco es el primer tratado sanitario internacional, auspiciado por la Organización Mundial de la Salud, que tiene como finalidad coordinar y facilitar la acción de los gobiernos para la lucha contra el consumo del tabaco en todo el mundo. Establece las medidas para el control del tabaco, entre las que se encuentran: intercambio de información, normas para los programas, reglamentación para la comercialización del tabaco, normas para la fabricación de cigarros, advertencias sanitarias en los empaques de cigarros, impuestos al tabaco, normas para reducir la exposición al humo ambiental, lineamientos para profesionales de la salud, restricciones para la promoción y publicidad del tabaco y programas de prevención del tabaquismo dirigidos a jóvenes (OMS, 2002; OPS, 1999). Asimismo, señala que las investigaciones deben centrarse en la creación de ambientes libres de humo para evitar la exposición al aire

contaminado por el humo de los no fumadores; en cuanto a la comercialización, en la identificación de la influencia de la publicidad directa y el patrocinio sobre el consumo de tabaco, principalmente en jóvenes. También es necesario cambiar la percepción pública de la promoción y propaganda que realiza la industria tabacalera, ya que actualmente los mensajes de salud en los paquetes de cigarrillos, son pequeños o inexistentes. Se señala que deben utilizarse imágenes, que son 60 veces más efectivas que los que contienen texto solamente. También habría que dimensionar los efectos de la promoción de productos del tabaco, en productos no tabáquicos que utilizan marcas de tabaco. Se señala que faltan apoyos para los fumadores que desean dejar el tabaco. En cuanto a la política fiscal, se requiere considerar la influencia del contrabando sobre el consumo del mismo, el aumento de precios e impuestos.

En apoyo al Convenio Marco para el Control de Tabaco, la OMS (2009) desarrolló el plan MPOWER, cuyo propósito es detener la epidemia mundial del tabaquismo e incluye seis medidas de control: vigilancia, ambientes libres de humo, programas para dejar el tabaco, advertencias sanitarias, prohibiciones de la publicidad y aumento de impuestos. Los resultados de la aplicación del plan MPOWER indican que son favorables por lo menos en alguna de las medidas establecidas, sin que esto aún signifique un avance sustancial.

## 5.2 Las Tabacaleras

Las compañías tabacaleras emplean grandes cantidades de dinero en publicidad, que dirigen principalmente a los jóvenes para convertirlos en consumidores de tabaco. Utilizan publicidad engañosa que da a los receptores la sensación de que al fumar logran la liberación e independencia que parecen tener los adultos. Crean mitos para promover y mantener el consumo de tabaco, entre ellos:

- Es más peligrosa la contaminación que fumar.
- Fumar cigarrillos light no hacen tanto daño.
- El tabaco contribuye a socializar, por lo que es imposible dejar de fumar.

Asimismo, la industria del tabaco paga gran cantidad de investigaciones con el objetivo de mantener e incrementar sus ventas millonarias.

## 6. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

### 6.1 Programas Informativos

La OPS (2003) señala que existen estudios que muestran que los programas informativos por sí solos son poco efectivos. Al no obtener grandes cambios con este tipo de programas, se considera que se deben de incluir profesionales de diferentes disciplinas para una intervención integral que permita obtener mejores resultados (Arco y Fernández, 2002).

Bruvold (1993) en un meta análisis realizado de 84 programas en los que se incluyen los de orientación racional, reporta que fueron significativos para la obtención de conocimientos, pero que los de aprendizaje social fueron altamente significativos para el cambio de actitudes y de comportamiento; los orientados al desarrollo de normas sociales tuvieron un impacto moderado.

Griffin et al., (2003) efectuaron una investigación sobre la efectividad de un programa universal para la prevención del consumo de tabaco en jóvenes de alto riesgo. Elaboraron un programa de habilidades para la vida y concluyeron que el programa puede ser efectivo durante la adolescencia temprana para una gran variedad de jóvenes en constante riesgo

### 6.2 Programas Personalizados

Amato (2003) menciona que el médico debe tener una actitud activa en la atención primaria, tal y como se señala en un modelo de intervención ambulatoria que se aplicó en casi dos mil consultas con pacientes de 10 a 25 años. El modelo combina aspectos informativos (composición de químicos y efectos del tabaco en diferentes órganos y sistemas), psicosociales (autoestima, influencia de pares, uso ocasional del tabaco), dependencia física y psicológica del tabaco, actividad física y tratamiento farmacológico,



reforzado con un consultorio no fumador. Esta intervención es personalizada y se proporciona de manera sencilla y en un lenguaje accesible.

### 6.3 Programas basados en el Modelo de Influencia Social

Perry, Kelder, Murray y Kleep (1992) evaluaron la combinación de un proyecto comunitario de salud cardiovascular de Minnesota, que se desarrolló durante cinco años. El proyecto incluyó un programa de salud alimenticia, ejercicio, educación sobre enfermedades cardiovasculares, la forma de prevenirlas, utilización de medios de comunicación, educación para adultos en el trabajo e iglesia y educación para jóvenes, así como un programa de influencia social que fue implementado en los años 1983, 1984 y 1985. En primer término, se enseñaba a los estudiantes a identificar a corto plazo las consecuencias de fumar, como es el mal olor; segundo, los alumnos descubrían que fumar no era una conducta normativa de los adolescentes y discutían la forma en que se sobreestima su prevalencia; en tercer lugar, se exploraban las razones por las que fumaban los adolescentes, presentando alternativas positivas para conseguir las mismas metas, y cuarto, aprendían cómo estas asociaciones son aprendidas en la cultura por medio de modelos y anuncios, analizaban las estrategias que utilizaban para convencer, creaban anuncios antitabaco, aprendían y practicaban como resistir esta influencia y, en último término, los alumnos hacían público su compromiso de abstinencia.

Los resultados de este estudio indicaron que no se presentaron diferencias significativas entre sexos con la aplicación del programa, pero sí se revelaron diferencias en la prevalencia del tabaquismo en los años posteriores. También se encontraron diferencias significativas en las muestras de saliva conteniendo nicotina, prueba utilizada para validar el auto reporte. Los autores concluyeron que los resultados presentaron limitaciones porque existen variables que no se pueden controlar a lo largo del tiempo, como la maduración y la historia local que pueden confundirse con otras intervenciones.

## 6.4 Programas basados en el Modelo Transteórico

Aveyard et al., (1999) utilizaron un modelo transteórico (estados del cambio) para la prevención del tabaquismo. El modelo describe las etapas por las que pasan las personas que se inician en el tabaquismo hasta que lo abandonan. Este movimiento implica que el individuo haga un balance entre los pros y los contras de consumir tabaco. La retroalimentación, junto con las estrategias para aumentar su confianza para resistir la tentación y pensar que está haciendo lo correcto, ayuda al progreso hacia el siguiente estadio de cambio. Este modelo fue incluido en un programa computarizado con un sistema experto.

Una crítica que se ha hecho a los programas de prevención es que no cuentan con una línea divisoria de la edad en la que debe intervenir para que se atienda a la prevención primaria, antes de que se convierta en un problema terapéutico o social. Debido a esta dificultad, actualmente se ubica la prevención en el marco de los programas educativos, que con una intervención multidisciplinaria, tome en cuenta los diversos factores que están presentes en el consumo de tabaco en adolescentes, para influir a escala social.

## 7. HABILIDADES PARA LA VIDA

### 7.1 Antecedentes

Mangrulkar, Vince, Whitman y Posner (2001) y Magdaleno, Morello e Infante-Espindola (2003) destacan la importancia de atender al segmento de población de adolescentes (10 a 19 años) y jóvenes (15 a 24 años), debido a que representa el 30% de la población de las Américas; señalan que, de no invertir en ellos, se generará una carga social, con graves consecuencias en materia económica, política, social y de salud. Es necesario reconocer el carácter heterogéneo de este segmento de la población, en cuanto a nivel educativo, empleo, familia (estructura y relaciones), salud física, sexual y reproductiva y mental, así como la facilidad que tienen para acceder a servicios de salud, a fin de implementar programas acordes a sus necesidades reales, ya que esto hará posible tener un desarrollo

sustentable que incida en su rendimiento escolar y, por tanto, en la productividad de los países.

Un enfoque integral para la promoción de la salud contribuye a incrementar el acceso y la producción de información sobre los adolescentes; para implementar políticas públicas, así como diseñar planes y programas de intervención documentados que posibiliten reproducir aquellos que han sido exitosos, mejorar los servicios de salud, vinculados a sus necesidades en las que además se incluya la participación de los jóvenes; el ambiente donde viven los adolescentes, por medio del empoderamiento de las familias y comunidades, fundamentados en políticas y leyes que coadyuven al mejoramiento de las condiciones sociales y generen un compromiso con la promoción de la salud (OPS, 2003).

Es fundamental desarrollar políticas integrales de educación, que incluyan: la promoción de la salud, vinculada a la escuela, familia y comunidad y que apoyen la transición del adolescente a la edad adulta, promuevan la inserción laboral por medio del conocimiento de las expectativas de los adultos y de la práctica en ambientes reales o simulados positivos de los papeles que se espera que desempeñen, además de vincular la escuela con el medio laboral, que les permita generar a futuro su autonomía, promover el enfoque de género; considerando su desarrollo pleno como seres humanos, promover la participación activa de los jóvenes para que estos sean protagonistas de su propia vida. También se debe promover la articulación en los diferentes niveles educativos para que los programas tengan continuidad y estén focalizados.

Educación sobre los daños a la salud causados por fumar y exposición al humo de tabaco es fundamental para el control del tabaco, sobre todo en la fase de prevención, como lo demuestran los resultados de la Encuesta sobre Tabaquismo en jóvenes, realizada en el período de 2003-2005, en la que participaron 42024 estudiantes de 12 a 15 años, en donde el 55.7 % se les había enseñado sobre lo peligroso de fumar, 32.3 % ha discutido por qué los adolescentes fuman y 48.3% respondió que le han enseñado sobre los efectos de fumar (Valdés-Salgado et al., 2006).

Brindar información y desarrollar habilidades para la vida en los adolescentes, los hace más competentes socialmente, mejorando el acceso a la educación e incrementando el papel de la escuela en la salud (Mangrulkar, Vince, Whitman y Posner, 2001).

Los programas de habilidades para la vida tienen como propósito desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para la vida en niños y jóvenes que no las han desarrollado y que los ponen en riesgo de embarazos tempranos, uso de alcohol o drogas, entre otros. Los programas de prevención se dirigen generalmente a los niños y adolescentes en edad escolar, ya que seis mil millones de habitantes del mundo, mil millones están matriculados en la escuela, siendo ésta el lugar idóneo para implementar estos programas de formación, aunado al hecho de que también existen más maestros que trabajadores de la salud que estén en contacto con los alumnos (OPS, 2000).

La Organización Panamericana de la Salud (2003) y la Organización Mundial de la Salud (2006) reconocen la importancia de crear ambientes favorables para la salud, a través de la iniciativa de promover el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas en el ambiente escolar que favorezcan la adopción de estilos de vida saludable y se reduzcan las conductas de riesgo, iniciativa que ha sido implementada a nivel nacional en varios países como son: Chile, Canadá y México, entre otros.

En el mismo documento se señala que la evidencia sobre los resultados de la formación de habilidades es todavía preliminar, pero es importante identificar estrategias que contribuyan al empoderamiento de las nuevas generaciones.

El modelo de curación prevalece sobre la prevención, restando importancia al cambio de conductas.

Para la OMS la salud consiste en la promoción del bienestar físico, social y emocional de las personas y no sólo la ausencia de enfermedad. Considera que es responsabilidad de diversos sectores y no sólo de los profesionales de la salud, por lo tanto la salud se

construye día a día, con la participación de todos los actores sociales (Magdaleno, Concha-Eastman, Beerling-Henestrosa y Moreno Morales, 2005).

Wasserman y Narboni (2001) consideran que una estrategia efectiva de un currículo regular es la capacitación en habilidades para la vida, donde se proporcionen conocimientos para enfrentar la vida. Esta capacitación también debe considerar el mejoramiento de las habilidades del equipo institucional para identificar a los jóvenes con comportamiento de riesgo, así como de los medios disponibles para prevenirlo. Entre las habilidades que deberá tener el equipo institucional se mencionan: identificar a los estudiantes con trastornos de personalidad, fortalecer los lazos de comunicación, canalizar a los alumnos con problemas para su atención profesional y proporcionar medios para aliviar el estrés.

## 7.2 Definición

La adquisición de las habilidades para la vida es un programa de formación integral de conocimientos, habilidades y actitudes que crea oportunidades, para que los jóvenes adquieran habilidades para enfrentar diferentes situaciones problemáticas y retos de la vida diaria de manera exitosa, integrando sus expectativas sociales y la de los demás, para lograr soluciones y relaciones satisfactorias. Estos conocimientos involucran diferentes formas de comunicación y capacidad de juicio crítico para evitar ser manipulados por el medio que les rodea, además de adquirir la capacidad para elegir modos de vida saludables y un óptimo bienestar físico, social y psicológico: Al desarrollar las habilidades para la vida se fortalecen los factores protectores, promoviendo conductas positivas (Griffin et al., 2003)

También el uso de modelos atractivos para la promoción de conductas específicas, son utilizados en este tipo de programas por el poder que tienen sobre los adolescentes que se identifican con estos al considerarlos un ideal a imitar (Botvin, Goldberg, Botvin y Dusenbury, 1993).

UNICEF (1997) reconoce varios niveles de habilidades:

- Habilidades psicológicas y sociales básicas (valores culturales y sociales).

- Habilidades relacionadas con la situación (negociación, resolución de conflictos y autoafirmación).
- Habilidades aplicadas a la vida (rechazar drogas).

Al parecer las habilidades para la vida pasan primero por los valores y los conocimientos que se tienen de cómo enfrentar la vida, para posteriormente aplicarse a situaciones concretas y cotidianas, por lo que los programas deben incluir una variedad de situaciones simuladas o de estudio de casos existentes en el grupo para desarrollar la práctica de las mismas.

### 7.3 Factores que componen las Habilidades para la Vida

Mangrulkar et al., (2001) identifican las habilidades para la vida en tres grandes grupos: habilidades sociales e interpersonales, habilidades cognitivas y habilidades para manejar emociones, las cuales contribuirán a que el niño y el adolescente desarrollen un carácter fuerte.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que las siguientes habilidades son indispensables:

- Capacidad de tomar decisiones. Consiste en evaluar las diferentes posibilidades y consecuencias de sus elecciones.
- Capacidad para resolver problemas. Consiste en buscar soluciones constructivas a sus problemas.
- Capacidad para pensar en forma creativa. Consiste en explorar diferentes alternativas y consecuencias, con una mayor visión de las situaciones.
- Capacidad de pensar en forma crítica. Consiste en analizar de manera objetiva la información disponible y su propia experiencia, de tal forma que se reconozca la influencia de diferentes factores. Para el desarrollo de este tipo de pensamiento se implementó dentro de la estrategia de animación cultural, la actividad “Mirada crítica frente a la cultura de masas”, que consiste en que las personas identifiquen,

valoren y recreen sus propias características y patrones culturales, como medio para hacerse conscientes de éstos (Magdaleno, Concha-Eastman, Beerling-Henestrosa y Moreno, 2005).

- Capacidad de comunicarse con eficacia. Consiste en aprender diferentes medios y formas de comunicar necesidades sentimientos e ideas.
- Capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales. Consiste en relacionarse de manera positiva con las personas con las que se interactúa a diario.
- Autoconocimiento. Brinda la posibilidad de un mayor conocimiento de sí mismo, en la que se incluye la autoevaluación (Mangrulkar, et al., 2001).
- Capacidad de experimentar empatía. Consiste en la habilidad para situarse en el lugar del otro y de esta manera aceptar nuestras diferencias individuales. Aunada a ésta se incluyen las habilidades para negociación/rechazo, confianza y cooperación, dentro de las habilidades sociales (Mangrulkar, et al., 2001).
- Capacidad de controlar las emociones. Consiste en el reconocimiento de las emociones y su influencia en el comportamiento.
- Capacidad de manejar y controlar la tensión y el estrés. Consiste en el reconocimiento de situaciones difíciles y su manejo.

Algunos programas también incluyen temas como derechos y ciudadanía.

La promoción de la salud de las Américas, OPS y OMS (2001) reconocen que hay factores sociales, ambientales y modos de vida que son factores claves para la salud, que ayudan a abordar las desigualdades, entre las que se menciona el desarrollo de aptitudes personales para la vida. Estas habilidades deben incorporarse en un proyecto de vida, especialmente en la niñez y adolescencia, lo cual permitirá desarrollar la competencia social de los participantes. Existen experiencias exitosas, en comunidad y escuela.

Con el propósito de contar con instrumentos válidos y confiables para medir las habilidades para la vida específicas en estudiantes mexicanos de nivel medio superior, Pérez de la Barrera (2012) elaboró y aplicó siete escalas de habilidades para la vida: empatía,

autoconocimiento, manejo del enojo, planeación de futuro, expresión de emociones, toma de decisiones y resistencia a la presión. Los resultados indicaron que tres de ellas (empatía, planeación de futuro y resistencia a la presión), aunadas a las creencias en contra del consumo de tabaco, resultaron factores significativos. La autora destaca la habilidad de resistencia a la presión como estratégica y predictiva para la prevención del consumo de tabaco, así como la importancia de contar con instrumentos de evaluación para medir estos constructos.

#### 7.4 Metodología para el desarrollo de Habilidades para la Vida

Un programa de adquisición de habilidades para la vida debe establecer un marco conceptual que le permita orientar el desarrollo del trabajo y analizar e interpretar la información encontrada.

El programa ha sido implementado en diversos países entre los que se mencionan: México, Chile, Perú, entre otros, además de aplicarse en diferentes niveles educativos: preescolar, primaria y secundaria.

#### 7.5 Aplicación de Programas de Habilidades para la Vida

Este tipo de programas han sido utilizados para atender problemas de violencia y homicidios, así como en la prevención de conflictos, depresión, prevención de embarazos, aprendizaje social y emocional, consumo de tabaco y otras sustancias, derechos y ciudadanía y se ha encontrado una relación directa entre las habilidades desarrolladas y un mejor estado de salud física y emocional (Mangrulkar et al., 2001).

Griffin et al., (2003) con una muestra de de 758 alumnos, evaluaron la efectividad de un programa universal de habilidades para la vida, en la prevención de jóvenes de alto riesgo en la iniciación para uso de sustancias, en la que incluye el cigarro, que puede ser considerado dentro de la hipótesis de escalada como la sustancia de inicio en las siguientes de la cadena. En el estudio se utilizó un grupo control y un grupo experimental, al primero se le impartió un curso sobre uso de sustancias en un currículo normal y al segundo uno de



habilidades para la vida, los resultados muestran que los porcentajes de atribución fueron similares para ambas condiciones, 38% para el control y 36% para el experimental y después de un año de seguimiento se reporta que la intervención tuvo efectos significativos en diversas sustancias, en el caso del tabaco con la intervención se lograron resultados más bajos que con los del grupo control. Por lo que los autores concluyen que este tipo de programas puede ser utilizado en una variedad de jóvenes, incluyendo aquellos que son considerados de alto riesgo.

También informan que la implementación del programa de habilidades para la vida en el ambiente urbano se cubrió sólo en un 48%, siendo bajo comparativamente con estudios similares en ambientes suburbanos donde se cubrió el 68% del programa, por lo que es importante cuidar la confiabilidad de los programas para que sean cubiertos tanto en cantidad como en calidad, ya que ello determinara la efectividad del programa de prevención. Dentro de las limitaciones del estudio se señala el seguimiento que se realizó de sólo un año y que es importante un mayor tiempo para valorar la efectividad de este tipo de programas a largo plazo y segundo no se regularon las causas que determinaron un pobre aprovechamiento escolar.

Bours, López; Higuera y Muro (2005) utilizaron en el Estado de Sonora, con el apoyo del Gobierno del Estado y la Secretaría de Educación Pública, un programa integral de prevención de adicciones y violencia, denominado habilidades para la vida, dirigido a adolescentes para dotarlos de habilidades sociales, cognoscitivas y control de emociones. Este programa contempla los niveles de primaria y secundaria por grados. El programa aunque parece interesante y cuenta con manuales para el facilitador, no reporta resultados.

Fernández, Jorge y Béjar (2009) mencionan que el aprendizaje de las habilidades emocionales es un objetivo educativo que se ha propuesto Estados Unidos a través del programa: Collaborative for Academic, Social, Emotional Learning por sus siglas CASEL, con dirección electrónica [www.case1.org](http://www.case1.org) y que éste, al igual que otros programas con amplia trayectoria han reportado resultados alentadores en la reducción del consumo de alcohol y tabaco, así como de conductas autodestructivas. De igual manera este tipo de

programas han tenido impacto en la reducción del abandono escolar y por consiguiente se ha incrementado la asistencia escolar.

#### 7.5.1 Planeación

Mangrulkar, Vince y Posner (2001) mencionan que los programas de habilidades para la vida deben de considerar en su planeación, el problema que se pretende atender, así como las necesidades específicas de la población al que va dirigido, para determinar las actividades de aprendizaje que se utilizarán en el desarrollo de las habilidades objetivo; además de permitir la participación activa de los involucrados en las diferentes etapas del proyecto, a fin de asegurar su apoyo y compromiso, lo cual contribuye a que la población objetivo perciba el programa más cercano a su realidad y con ello facilitar el proceso de formación.

También es necesario crear las condiciones medioambientales para contextualizar el programa y que éste no sólo constituya un discurso de la difusión de información sobre tópicos de salud, sino un soporte institucional que permita canalizar los casos en los que se requiera orientación o atención profesional personalizada, en la que participen estudiantes y docentes, a través del uso de periódicos murales, concursos ínter aulas (Magdaleno et al., 2005).

#### 7.5.2 Facilitadores

El impacto de los programas ha sido evaluado con diferentes facilitadores: maestros, estudiantes de mayor edad, investigadores e integrantes del grupo de pares, estos últimos tienen una mayor influencia y son buenos comunicadores, seguramente, porque en esta etapa de la vida es importante gozar de aceptación social (Botvin, Batson, Bess, Baker y Dusenbury 1989; Perry, Kelder, Murray y Kleep, 1992).

Magdaleno et al., (2005) reportan que la participación de los líderes en este tipo de programas es importante, debido a su capacidad de organización, empatía, confianza y ascendencia frente al grupo, genera compromiso y responsabilidad en la dinámica del

trabajo para el logro del bienestar común, ya que no sólo son receptores de información, sino que abordan contenidos y actividades desde las propias necesidades y marcos de referencia de sus representados.

Estos líderes estudiantiles promueven estilos de vida saludable por medio de la comunicación, orientación, motivación y acompañamiento en la toma de decisiones y práctica de las habilidades, derivando al docente los casos en que se requería la intervención con la familia.

Vartiainen, Fallonon, McAlister, Puska y MPolSci (1990) reportan que en su programa de prevención del tabaquismo entrenaron a los pares mayores para asistir en la implementación de programa en la escuela, este programa tuvo por objetivo desarrollar habilidades para resistir la presión para empezar a fumar dirigido a adolescentes de 13 a 15 años. Los resultados del seguimiento de 8 años posteriores al término del programa, mismo que fue comparado con uno directo y con controles (en el que se evaluaron a los adolescentes que reportaron al inicio del programa que no fumaban) indicaron que las diferencias de no fumadores en ambos programas fue mínima más que en los controles, por lo que los autores sugieren que los programas preventivos pueden influir para que los adolescente no consuman tabaco.

En algunos programas se entrena a los maestros en los contenidos, técnicas y uso de materiales para cubrirlo en su totalidad a fin de obtener los resultados deseados y que adquieran experiencia, además de dominar el marco teórico, para tener mayor confianza en su capacidad y compromiso, incluyendo el monitoreo de las clases (Griffin, Botvin, Nichols y Doyle, 2003).

### 7.5.3 Contexto Social

Para el desarrollo de un programa exitoso de habilidades para la vida es necesario realizar cambios en el entorno inmediato y mediato o contexto social, en la que la participación de los padres (escuela para padres), es fundamental para que las personas vivan esta

experiencia y no sólo sea un evento aislado de carácter informativo (Magdaleno et al., 2005).

La detección de necesidades y el análisis de la situación permiten identificar el problema, a quién va dirigido, por qué y para qué, los recursos financieros, humanos, técnicos y materiales, requeridos para atender el problema.

El análisis de estas necesidades, los hábitos y formas que tiene el sector de la población a la que va dirigido para acceder y apropiarse de los conocimientos, así como las características individuales y los factores sociales que contribuyen a que un determinado grupo presente mayor riesgo; entre ellos se pueden mencionar: edad, género, origen étnico, grupos especiales, zona geográfica y lugar e identificar los riesgos a los que están expuestos, interrelacionándolos con los factores protectores, coadyuvará a implementar programas más idóneos a sus características.

El programa de intervención debe establecer los objetivos y las metas que se pretenden lograr al término del mismo. Las metas habrán de ofrecer indicadores para determinar el grado de avance logrado.

#### 7.5.4 Objetivos

También se consideran los objetivos generales del curso y particulares de los temas y específicos de los subtemas, la duración total del curso y/o taller para cada tema o subtema abordado, el contenido temático que se abordará, las actividades de aprendizaje, las actividades instruccionales y la forma en que se evaluará para determinar si se han alcanzado.

#### 7.5.5 Sesiones

La OPS (2000) señala, entre las características esenciales de los programas de prevención, que éstas deben tener como mínimo 10 sesiones, además de las de seguimiento y refuerzo.

En el caso de las sesiones de refuerzo, se debe especificar cada cuándo se realizarán, ya que la repetición es importante para la adquisición de habilidades.

En otro programa de prevención del tabaquismo y promoción de estilos de vida sin tabaco sobre colectivos específicos de educadores y alumnos se reportó que el mismo se desarrolló en 5 sesiones con un total de 28.5 horas, de las cuales 22.5 fueron utilizadas para la fase presencial, 5 horas para práctica y una para la puesta en común de los contenidos abordados (MEC y MSC, 2005).

Bruvold (1993) en un meta análisis realizado en 84 programas con 94 intervenciones, identifica que los programas que explican la variación estudiada en la prevención del tabaquismo en adolescentes fue menor o igual a nueve sesiones.

Vartiainen et al., (1990) reportan que utilizaron 10 sesiones durante un periodo de dos años que se efectuaron durante 1978 a 1980 en un programa de prevención del tabaquismo en el Norte de Karelia en Finlandia y que para el entrenamiento de los maestros en el programa de salud, se realizaron 5 sesiones de entrenamiento. Los resultados mostraron que inmediatamente después de haber terminado el programa hubo una reducción 1-3, en ambos tipos de intervención, lo cual nos indica que las estrategias de intervención pueden ser variables.

Aveyard, Almond, Sherratt, Lancashire, Lawrence, Griffin y Evans (1999) reportan que en su programa de prevención del tabaquismo aplicado a 4125 estudiantes de 52 escuelas de West Midlands en Inglaterra, incorporaron tres sesiones utilizando un sistema computarizado experto con audífonos y tres clases en salón para reducir la prevalencia del tabaquismo en adolescentes, impartidas por maestros que fueron previamente entrenados, por una asociación que tiene licencia para desarrollar este tipo de entrenamiento, planes de estudio y consultoría, concluyendo que después del seguimiento de 12 meses posteriores a la intervención, ésta no fue efectiva para la prevención y cese del tabaquismo en adolescentes, atribuyendo este hecho a que algunos adolescentes falsean la información del cuestionario o dicen mentiras, además de que es posible que su línea base de haber

consumido un cigarro a la semana para ser incluido en la categoría de fumador no discriminara a los no fumadores.

Botvin, Griffin, Díaz, Miller e Ifill-Williams (1999) en su investigación sobre el inicio de consumo de tabaco y escalada a otras sustancias adictivas en mujeres adolescentes, con un seguimiento de un año, utilizaron 15 sesiones de un programa de prevención psicosocial, comparativamente con un programa informativo sobre drogas de 5 sesiones para el grupo control. Los resultados indican que los programas psicosociales incrementan los conocimientos sobre consumo del alcohol y decrementan las actitudes pro alcohol y las normas esperadas en relación al consumo de sus pares, adicionalmente los resultados de un seguimiento de dos años demuestran que los efectos del programa de prevención se mantienen a lo largo del tiempo, con respecto a emborracharse y a las normas de consumo de sus pares.

Wang, Crossett, Lowry, Sussman y Dent (2001) evaluaron el costo de beneficio de un programa de prevención de tabaquismo que se desarrolló en 10 sesiones durante un año y otras dos sesiones de refuerzo en el siguiente año. Reportando que el mismo fue efectivo para prevenir el consumo de cigarro y el consumo de tabaco sin humo, contribuyendo con ello a que los adolescentes cuenten con más años de vida salvados y por consiguiente a una mejor calidad de vida.

Unger et al., (2004) reportan que el programa de prevención del tabaquismo incluyo 8 sesiones semanales de clase, conducidas por educadores de la salud, el programa multicultural comparado con uno estándar, resultó efectivo para en la etapa de inicio del tabaquismo en jóvenes Hispanos, pero no para otros grupos. Los autores comentan que entre las limitaciones del estudio se encuentra que está basado en el autorreporte y que los resultados no pueden generalizarle para otras poblaciones porque los mismos no fueron significativos para toda la muestra, solo para hispanos en la etapa de inicio.

El involucramiento del personal es fundamental para el éxito de este tipo de programas por lo que el vínculo con los directivos y docentes, para compartir su dimensión humana, a

partir de sus vivencias y experiencias personales que dan significado a su vida, los acerca más a los jóvenes. En la conducción de este intercambio se utilizan técnicas de relajación, fantasías guiadas y preguntas de reflexión sobre la experiencia y las consecuencias de las mismas (Magdaleno et al., 2005).

#### 7.5.6 Actividades

Mangrulkar, Vince y Posner (2001) mencionan que, en general, los programas para la adquisición de habilidades para la vida han utilizado una diversidad de actividades de aprendizaje, entre los que destacan: la dramatización, el debate, la elaboración de proyectos por equipos, análisis del problemas y alternativas de solución, así como la aplicación de las mismas en situaciones variadas y complejas que permitan su enfrentamiento, sustentadas en bases teóricas.

Unger et al., (2004) mencionan que en el estudio realizado, tanto el currículo multicultural, como el currículo estándar que evaluaron para la prevención del tabaquismo utilizaron actividades similares entre las que se mencionan: juegos de trivia, proyectos de arte, juego de papeles, telenovela y collage, la diferencia es que el multicultural, incluyó referentes culturales en tanto que el estándar no. El programa multicultural resultó ser más efectivo para retrasar la etapa de inicio en hispanos a diferencia de la intervención estándar, no hubo diferencias significativas entre grupos.

#### 7.5.7 Tutores

Las tutorías constituyen una estrategia de intervención interesante que se implementa exitosamente para acompañar y orientar permanente a los alumnos, basados en dos estrategias: la primera consiste en desarrollar las competencias de los alumnos de comunicación hacia estilos de vida saludables, y la segunda pretende promover la participación de la comunidad en acciones lúdicas, recreativas, formativas y productivas (teatro, radio escolar, música, ferias educativas, video fórum), utilizando contenidos transversales como son: embarazos no deseados, alcoholismo, drogadicción y violencia intrafamiliar (Magdaleno et al., 2005).

Las tutorías se implementaron en diferentes niveles: en el *aula*, con la exposición de contenidos y práctica de las habilidades relacionadas con el tema, en el *centro educativo*, por medio de técnicas de comunicación, y en el *entorno familiar*, por medio de sesiones dirigidas a los padres.

#### 7.5.8 Diseño de Materiales

El diseño de materiales, así como su variedad y volumen, depende de las necesidades y recursos disponibles, que pueden ir desde la contratación de expertos, la solicitud de apoyo a instituciones educativas, o la adaptación de materiales ya existentes en el mercado o que ya han sido probados. Los tipos de materiales más frecuentemente utilizados son: manual del instructor; que contempla la carta descriptiva, estrategias de intervención y actividades sugeridas y del participante; en el que se incluyen ejercicios de simulación y cuestionarios de análisis, ayudas visuales, presentaciones y videos, materiales de evaluación (encuestas y entrevistas) y el uso de materiales promocionales o informativos (Mangrulkar, Vince, Whitman y Posner, 2001).

Aveyard, Almond, Sherratt, Lancashire, Lawrence, Griffin y Evans (1999) usaron en su prueba para la prevención del tabaquismo en un grupo experimental compuesto por 4125 alumnos de 13-14 años, un programa computarizado, combinado con clases tradicionales impartidas por maestros, estas lecciones consistieron en hechos relacionados con el tabaco y una lección sobre las diferentes formas de persuasión y de cómo rechazar la conducta de fumar.

La OMS (2006) reporta que tiene publicado un documento denominado Building blocks for tobacco control: A Handbook, cuyo resumen se ha traducido en folleto en francés y una edición en CD Room, además está preparando una serie de advertencias para promover los espacios 100% libres de tabaco. Este material se desarrolló como apoyo para que los países que firmaron el Convenio Marco, lo utilicen en los programas de capacitación para desalentar el consumo de tabaco.



### 7.5.9 Currículo

Aveyard, Almond et al., (1999) reportan que debido al incremento del tabaquismo en hombres y mujeres entre 1993 y 1996 en Inglaterra, el gobierno considero que los programas escolares son importantes para brindar educación sobre la salud, por lo que cuenta con un currículo a nivel nacional de educación sobre el tabaco, como una medida de salud normal.

Magdaleno et al., (2005) mencionan que los programas de adquisición de habilidades para la vida preferentemente deberán estar integrados a un currículo, para que se mantenga el efecto a largo plazo. Por otra parte diversos autores concuerdan en los programas integrales ya que no es posible que se apueste un cambio de tal magnitud a un evento aislado y bien intencionado, cuando las compañías tabacaleras despliegan una publicidad y promoción que está presente en la vida cotidiana de manera permanente (Bours, López, Higuera y Muro, 2005; Valdés-Salgado et al., Ávila 2006)

Unger et al., (2004) en su estudio evaluaron un currículo multicultural de prevención del tabaquismo con un currículo estándar y sus efectos en el inicio del tabaquismo en 16 escuelas en las que se invitaron a participar a 2775 estudiantes de los cuales se obtuvo el consentimiento de los padres para una muestra de 2131, de los cuales 1970 (92%) concluyeron el sexto grado de diversas etnias, hispanos Asio americanos y otros y 1571 (80%) que terminaron séptimo grado. Se presentan los resultados de 1430 que no fumaban desde la línea base, por lo que no se encuentran diferencias entre fumadores y no fumadores en las dos condiciones. El programa multicultural previene el tabaquismo entre los jóvenes hispanos. Los autores atribuyen que la baja prevalencia de inicio al tabaquismo entre sexto y séptimo grado, se limitan evaluar los efectos del programa en la iniciación, aunado al hecho de que al no existir un grupo control contra el cual comparar los resultados, estos se basan sólo en el auto reporte, por último los resultados no pueden generalizarse a los alumnos que no obtuvieron el consentimiento de los padres.

#### 7.5.10 Evaluación

La evaluación en todas las etapas es fundamental para determinar la adecuación del programa, los materiales y hacer los ajustes necesarios, la evaluación formativa, para determinar cómo funciona el programa, hasta qué punto se están realizando las actividades conforme a lo planeado, permitiendo hacer los ajustes pertinentes para el logro de los objetivos, y la sumatoria, para determinar qué tanto se lograron los objetivos planteados y si es necesario reorientar las acciones con el propósito de reducir la brecha entre lo planeado y los objetivos alcanzados (Griffin et al., (2003).

También es importante considerar la evaluación del impacto que tienen los programas en la reducción o abandono del consumo de tabaco, entre otros aspectos a evaluar, mismos que están determinados por el alcance y objetivos de la investigación (Wang, Crossett, Lowry, Sussman y Dent, 2001).

Los resultados obtenidos con la implementación del programa de Habilidades para la vida y Promoción de la Salud en la Escuela indican un cambio de actitud en los directivos y docentes, respecto de sus propios hijos y alumnos, revalorando su papel, al contribuir al desarrollo integral de sus alumnos, en una comunicación más horizontal que genera mayor confianza (Magdaleno et al., 2005).

En la evaluación del impacto de las diferentes modalidades utilizadas para la enseñanza de habilidades para la vida, algunas de ellas no sólo están dirigidas a los adolescentes, sino que también incluyen a los padres (Bravo, Gálvez y Martínez, 1998).

Wang et al., (2001) realizaron una evaluación de costo-efectividad de un programa escolar combinado de habilidades para la vida en la prevención de consumo de tabaco, utilizando un modelo probabilístico para años de vida salvados y calidad de años de vida salvados en una muestra de 1234 estudiantes de séptimo grado y la eficacia del programa en un seguimiento de dos años a 770 alumnos de noveno grado. Los resultados indican el programa contribuye a prevenir a un 34.9 % de los estudiantes y representa un ahorro de \$

13316 por persona y \$ 8482 por la calidad de años de vida salvados por persona. Las evaluaciones se realizaron: estimando el costo de la intervención, en cuanto al costo del entrenamiento, costo de enseñanza de estudiantes y materiales, así como el número de estudiantes que se previenen del consumo de tabaco, estableciendo cuatro escenarios para diferentes edades 14, 18, 22 y 26 años. Concluyen que el programa es efectivo para prevenir el tabaquismo. También se menciona como limitantes del estudio, que el costo fue estimado y no medido, al igual que la estimación del porcentaje de fumadores que se previenen de acuerdo al modelo probabilístico y no a una medición real, no se considera la efectividad del programa a largo plazo, ya que sólo se realizó a dos años de distancia de la intervención, no se evaluó el costo-beneficio en fumadores pasivos

El desarrollo de este tipo de programas deberá considerar qué estrategia o combinación de éstas puede resultar de mayor utilidad en la intervención, de acuerdo con los objetivos que se persigan.

En la evaluación de resultados se incluyen diferentes indicadores entre los que se mencionan: edad de inicio en el consumo de tabaco, intención de fumar, frecuencia de uso de tabaco, tasas de abandono de tabaco, además de otros indicadores denominados secundarios como son: nivel de conocimientos de efectos negativos de uso de tabaco, percepción de aceptación social del uso de tabaco.

#### 7.5.11 Relaciones Cercanas

En general, es importante que la escuela mantenga relaciones cercanas con los alumnos, contando con espacios para el desarrollo personal e integral de los alumnos y no sólo centrarse en las asignaturas que agudiza los problemas de comunicación con los alumnos y las familias.

Mangrulkar et al., (2001) mencionan que los resultados de la implementación de programas contribuyen a la prevención de conductas de riesgo como son el consumo de drogas y los embarazos no deseados, además de mejorar el rendimiento académico de los alumnos y su relación con padres y maestros.

### 7.5.12 Seguimiento a Programas

También son importantes las actividades de seguimiento de la operación de los programas de prevención del tabaquismo (Magdaleno, et al., 2005) reportan que este seguimiento fue en forma cualitativa por medio de mesas de reflexión para evaluar periódicamente los avances en los planes de trabajo, fortalecer las capacidades para el trabajo en equipo, reforzar los conocimientos y temas a tratar y constituirse en un espacio para responder a las necesidades de capacitación de los docentes y delegados estudiantiles (líderes elegidos por el grupo) con el propósito de fortalecer el compromiso y motivación de los participantes.

## 8. PROGRAMAS DE HABILIDADES PARA LA VIDA EN LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO

Botvin et al., (1989) desarrollaron un programa de adquisición de habilidades para la vida, dirigido a 520 jóvenes de raza negra, hombres y mujeres, en el que se enseñaba a tener fuerza de voluntad para rechazar el fumar tabaco. El programa brindó oportunidades para la adquisición de habilidades, así como su práctica. La estrategia de intervención impactó en diferentes factores sociales y personales relacionados con el uso del tabaco. Los resultados indican que con este programa se redujo en 56% o más la proporción de niños que en meses pasados había fumado.

Botvin et al. (1989) sugieren incorporar las siguientes metas en un programa de adquisición de habilidades para la vida que ayudan a los adolescentes a reconocer, evitar o responder a situaciones de alto riesgo y que promueven la manifestación de actitudes y creencias negativas para rechazar el uso del tabaco:

1. Desarrollar la capacidad de resistir la presión social de fumar.
2. Desarrollar la autoestima, dominio de sí mismos y confianza en sí mismos.
3. Controlar la ansiedad producida por ciertas situaciones sociales.
4. Ampliar los conocimientos de las consecuencias inmediatas del uso de tabaco.

Vartiainen et al., (1990) reportan que dieron seguimiento después de ocho años a los resultados de un programa de prevención del tabaquismo, en el Norte de Karelia en Finlandia, en el que participaron 897 estudiantes encontrando que después de cuatro años de haber implementado el programa que enseñaba a los adolescentes de 13 a 15 años a desarrollar habilidades para resistir la presión social ejercida por los pares, adultos y medios masivos de comunicación, disminuyó inmediatamente la conducta de fumar, uno y dos años después la diferencia fue la misma, seis años después de haber terminado el programa se presentó un incremento en la prevalencia del tabaquismo entre las edades de 16 a 21 años y ocho años después los efectos del programa de prevención del tabaquismo se mantuvieron en los que en el pretest informaron que no fumaban. Sin embargo comentan que pese a los resultados el porcentaje de no fumadores en el pretest fue reducido para el grupo control y experimental, por lo que es posible una sobrevaloración de la prevalencia del tabaquismo. Además durante el desarrollo de su intervención, en el Norte de Karelia se desarrolló un programa comunitario, por lo que no pueden concluir que este programa de prevención tenga efectos a largo plazo.

Botvin et al., (1999) desarrollaron un programa para la prevención del tabaquismo en mujeres adolescentes en las que participaron un total de 2690 alumnas de 26 escuelas de Nueva York en un rango de edad de 11 a 15 años, donde el 82% de la muestra tenía 12.9 años. La meta del programa fue inocular a las adolescentes para resistir la presión para el consumo de tabaco, alcohol y drogas, reduciendo la motivación para usar esas sustancias. El programa incluyó el desarrollo de habilidades personales y sociales, basado en habilidades cognitivas conductuales y entrenamiento. Los resultados del estudio indican que hubo diferencias significativas en la prevalencia del tabaquismo atribuible a la condición experimental. 28.3% para los estudiantes intervenidos y 8.8% para los que habían fumado el mes pasado, comparativamente con el grupo control que reportó una prevalencia de 34.5% y 12.3 % para los que habían fumado el mes pasado. Concluyendo que el programa tiene un efecto protector marginal, para la fase de inicio en el consumo de tabaco.

Griffin et al., (2003) realizaron una investigación para conocer la efectividad de un programa universal de prevención sobre abuso de drogas en jóvenes de alto riesgo,

(aquellos que muestran signos de involucramiento de drogas) comparando los resultados del mismo con un currículo normal de uso de sustancias. Entre los factores de riesgo mencionan la influencia social de los pares y la pobre ejecución escolar. La muestra estuvo compuesta por Afro americanos (58%) e hispanos (29%). encontraron diferencias significativas entre los resultados del grupo control (n=332) y grupo experimental (n=426), este último reportó bajos niveles de consumo de tabaco, alcohol y uso de inhalantes, sin embargo en el seguimiento del programa después de un año las diferencias entre los grupos fueron relativamente similares. Concluyen que los programas específicos de habilidades pueden ser más apropiados para los adolescentes mayores.

La OPS (2003) señala que la efectividad de los programas de habilidades para la vida es preliminar, en relación a la formación de conductas y estilos de vida saludables. Pero reconoce que es importante continuar desarrollando más investigación para identificar estrategias más efectivas que contribuyan al empoderamiento de las nuevas generaciones.

La prevención del tabaquismo es clave para retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco en adolescentes, cuyo objetivo final es evitar su consumo. El desarrollar estas habilidades en los escolares les posibilita resistir la presión de la publicidad y de su entorno inmediato y rechazar el consumo de tabaco (MEC y MSC, 2005).

Valdés-Salgado et al., (2006) proponen un modelo con tres barreras orientadas a impedir el acceso al cigarro, dificultar la conducta y debilitar la percepción errónea, en este último se requiere mayor educación sobre los daños ocasionados por el tabaco, aunada a una capacitación para los maestros o profesionales que realizarán esta labor.

## 9. RELACIÓN ENTRE HABILIDADES PARA LA VIDA Y TABACO

Scott (2003) con base en el modelo de Eysenck, realizó una revisión de estudios cross seccionales, longitudinales y experimentales, donde menciona que la impulsividad como rasgo de personalidad es un factor de vulnerabilidad temperamental importante en el uso de

tabaco y alcohol, múltiples estudios la han relacionada con el consumo de sustancias, por lo que es importante incluirla en los programas de prevención. También señala que existen diferentes instrumentos para medirla y que es necesario medirla bien. La impulsividad está relacionada con la desinhibición, motivación de acercamiento, búsqueda de experiencias novedosas, búsqueda de sensaciones. Este modelo incluye el inventario y cuestionario de la personalidad de Eysenck.

En particular compara el cuestionario de preguntas y a escala de impulsividad de Eysenck, esta última evalúa la impulsividad estrecha, no planeada, vivacidad y la toma de riesgos, destaca que los instrumentos están bien contruidos y sustentados en la teoría de la personalidad de Eysenck que tiene una descripción jerárquica en conductas, hábitos y rasgos, por lo que tiene más bondades que otros instrumentos, además refiere que estos instrumentos han sido utilizados en estudios cross seccionales, longitudinales y experimentales, para medir uso de sustancias, cafeína, tabaco y alcohol y que comparativamente con otras escalas desarrolladas por otros investigadores las de Eysenck son superiores, de las otras considera por ejemplo que la escala de Cloninger tiene reactivos ambiguos y la de Zuckerman fue direccionada para medir alcohol y que éste puede ser un criterio de contaminación.

La impulsividad es un elemento operativo de la teoría de la extraversión, donde los extrovertidos necesitan estimulación externa para alcanzar una óptima ejecución. En los estudios cross seccionales se ha encontrado que existen motivos aversivos para consumir alcohol (por ejemplo tomar alcohol para enfrentar las emociones negativas). También menciona que el cuestionario de Eysenck ha correlacionado con la dependencia a la nicotina, como una medida para disminuir el estrés en la personalidad neurótica, asociado con la depresión.

Dentro de los estudios longitudinales, cita uno realizado en España, donde encontraron que el psicotismo es el mejor predictor del consumo de tabaco y dependencia a la nicotina. El autor concluye que la revisión es un intento de clarificar el papel de los instrumentos de medición de impulsividad de Eysenck, en el uso de sustancias. Desde luego la selección

de los instrumentos para medir la impulsividad dependerá del interés y objetivos del estudio por parte de los investigadores.

Calvete y Estévez (2009) estudiaron en el 2005, la relación entre los factores estresantes y esquemas cognitivos: autocontrol insuficiente, grandiosidad, impulsividad, relacionados con el consumo de drogas, entre las que se incluyó el tabaco en una muestra de 657 adolescentes de Vizcaya en España, de los cuales 367 fueron mujeres y 290 hombres, pertenecientes a escuelas públicas y privadas de 1° y 2° de Bachillerato, dentro de los criterios, se consideró el nivel educativo e ingreso de los padres.

Para la evaluación se utilizó un inventario de consumo de drogas en la adolescencia, en la que los adolescentes tenían que indicar con qué frecuencia consumían drogas, aunado a una lista de acontecimientos estresantes, entre los que se incluyeron: los académicos, familiares, amorosos y de relaciones amistosas, en esta lista tenían que indicar si los acontecimientos enlistados les habían sucedido recientemente (6 meses) y de ser afirmativa su respuesta, en qué medida estos fueron estresantes, también se consideraron los esquemas cognitivos (versión corta en español); con dos subescalas: grandiosidad y autocontrol insuficiente. La grandiosidad fue definida como la creencia de que uno es superior a los demás y por consiguiente puede hacer y decir lo que quiere, se menciona que estas personas tienen poca tolerancia a la frustración y el autocontrol insuficiente; es la creencia de que se carece de autocontrol para lograr los objetivos o para controlar la manifestación de los impulsos. La impulsividad fue definida como un estilo reactivo de intentos incompletos o descuidados para solucionar problemas. Estos esquemas cognitivos pueden actuar como factores de riesgo, sobre todo cuando se combinan con el estilo impulsivo para resolver problemas, debido a que éste, busca la gratificación inmediata, sin reflexionar sobre las consecuencias de la misma.

Los resultados del estudio indican que existe una asociación significativa en los esquemas cognitivos de grandiosidad y autocontrol insuficiente y el consumo de drogas y una relación fuerte entre los estresores y la impulsividad, asociada significativamente al consumo de drogas, pocos estresores se asociaron a bajos puntajes en impulsividad y



muchos estresores a altos puntajes en impulsividad. La impulsividad es una variable mediadora para el consumo de drogas. También se reportan diferencias por género en cuanto los esquemas cognitivos y consumo de drogas, siendo las mujeres la que obtuvieron puntajes más altos en tabaco y los hombres puntuaron más alto en consumo en general, destacando en el consumo de marihuana, cocaína, LSD y éxtasis. No hubo diferencias por género en esquemas cognitivos e impulsividad. Los hombres puntuaron más alto en grandiosidad.

Lo relevante del estudio es que de acuerdo a los autores es el primer estudio que considera los esquemas cognitivos de grandiosidad y autocontrol insuficiente relacionados al consumo de drogas. Los autores mencionan que estos estilos cognitivos cada vez son más frecuentes y que en buena medida se deben a la falta de límites, resultado de una crianza más permisiva que provoca en los adolescentes poca tolerancia a la frustración.

El estudio concluye que el impulso modera la asociación entre estresores y consumo. Los eventos estresantes constituyen un factor de riesgo para el consumo de drogas que ya ha sido reportado en otros estudios, que parece estar afectado por un estilo más o menos impulsivo de resolución de problemas, sin embargo la impulsividad y los estilos cognitivos actúan de manera independiente. Adicionalmente sugieren entrenar a los padres en el establecimiento de límites que contribuya a la prevención de adicciones.

Hoffman, Monge, Chou y Valente (2007) en su estudio revisaron la influencia de los pares en la conducta de fumar de los adolescentes, donde los adolescentes adoptan la conducta de fumar de sus pares y la selección de pares que realizan los adolescentes en base a los atributos que les confieren por fumar. Siendo más frecuente la influencia de los pares, que la selección de los pares. La revisión bibliográfica del artículo da cuenta que el 90% de los alumnos que fuman tienen al menos un amigo que fuma y el riesgo se incrementa entre más amigos tengan, siendo este un importante predictor de la conducta de fumar en adolescentes. Algunos estudios sugieren que ambos tipos de presión influyen en la conducta de fumar, sin embargo la selección de los pares resulta trascendental en la implementación de programas preventivos, ya que esta influencia ha sido subestimada.

Para determinar la influencia de los pares en las dos vías ya mencionadas, los autores utilizaron un modelo longitudinal en el que participaron 20,747 participantes de 80 escuelas de preparatoria de zonas urbanas de Estados Unidos, considerando en la muestra un porcentaje de blancos y negros, grados escolares y currículo, todos ellos participaron en ambas vías, descartando a los que ya eran mayores. 50.52% fueron mujeres y 48.49 % hombres de los cuales 50.52% fueron blancos, 22.51% negros, 16.99% hispanos y 8.02% de otras etnias y la media de edad de 15.7 años en un rango de edad de 11-21 años. Las variables del estudio incluyeron adolescentes que tienen amigos que fuman, edad, fumar y amigos fumadores.

El modelo longitudinal consideró el tiempo 1, que consistió en entrevistarlos con lápiz y papel con el tópico la salud de los adolescentes, su conducta y opiniones. La entrevista se realizó en las escuelas durante el período septiembre-abril de 1994, en ese tiempo el 56.07% de los participantes había fumado al menos un cigarro y el tiempo 2 que consistió en una entrevista en audio en sus hogares sobre sus consideraciones y creencias con respecto al tabaco, durante el período abril-agosto de 1996, en ese tiempo el 70% de los participantes reportaron que habían fumado al menos un cigarro.

Los resultados indican que la edad está asociada con la conducta de fumar y con amigos que fuman, para el tiempo 1 y 2, se encontró evidencia de la selección de los pares, entre los adolescentes que fuman en el primer tiempo, también se encontró que la influencia de los pares entre los adolescentes que fuman fue negativa para el tiempo 2. La influencia de los amigos para que los adolescentes fumen está reconocida, pero a selección de los pares ha sido poco considerada en los programas preventivos, por lo que se debe valorar su inclusión, promoviendo la selección de amigos con intereses más sanos en aras de prevenir el consumo de tabaco. Valga decir que los autores destacan la fortaleza del estudio por el tamaño y estratificación de la muestra y su debilidad consistió en que la forma de medir el 1° y 2° tiempo fue diferente, al igual que el rango de edad que fue muy amplio 11-21 años, adicionalmente no se diferenciaron los que experimentaban con cigarro de los que ya eran fumadores.

Perrine y Aloise-Young (2004) en el estudio longitudinal que realizaron con no fumadores indican que los datos soportan la evidencia del papel del auto monitoreo como variable de personalidad y la presión de los pares como influencia social, las cuales pueden tener impacto en los problemas de conducta, consumo de alcohol y tabaco presentes durante la adolescencia. La muestra estuvo compuesta por un grupo escolar de la Ciudad de los Ángeles en Estados Unidos, donde participaron 645 alumnos, de los cuales 528 no fueron fumadores de los grados de 5° con una edad promedio de 10 años, 4 meses y de 7° grado con una media de edad de 12 años, 3 meses en el primer año del proyecto, los participantes fueron incluidos para predecir la conducta de fumar un año después, durante el periodo 1990-1991, para este estudio se contó con la anuencia de los padres en un 71%, un 15% denegó el permiso y el 14% no respondió a la invitación, la muestra final después de un año de seguimiento quedo compuesta por 359 participantes.

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada por los autores, la influencia de los pares puede darse de diferentes formas como: oferentes directos o de modelamiento (presión activa) o normativas (presión pasiva), las cuales influyen para el uso de sustancias nocivas. El entrenamiento en habilidades de rechazo, incrementa los niveles de autoeficacia para contrarrestar la influencia de los pares activos, de igual manera el establecimiento de normas conservadoras sobre el uso de sustancias protege contra la presión pasiva, la eficacia de estas medidas ha sido demostrada en la reducción en el uso de sustancias y por el índice de beneficiarios del tratamiento. También se ha encontrado que un bajo nivel de estatus dentro del grupo, aunado a altos niveles de agresión en la niñez y a un menor autoritarismo de los padres, incrementa la susceptibilidad de los adolescentes a la presión de los pares para el uso de drogas. Adicionalmente entran en juego las actividades fuera de la escuela que los adolescentes realizan con sus pares y la calidad del ambiente escolar.

En este estudio ambos tipos de presión fueron medidos, aunado al auto monitoreo que es una variable de personalidad que contribuye a regular la conducta conforme a las expectativas de la situación social.

El procedimiento consistió en la aplicación de encuestas, para el primer año se auto administraron sobre uso del tabaco y la presión de los pares y en el segundo año se aplicaron encuestas en dos sesiones, en la primera sesión sobre el consumo de tabaco y en la segunda sobre auto monitoreo. Los alumnos reportaron si habían consumido tabaco durante su tiempo de vida y durante los últimos 30 días. Para la medición se utilizó la escala de auto monitoreo con 10 reactivos, el auto reporte de consumo de tabaco durante su tiempo de vida, si actualmente fumaban y la medición de la presión activa de los pares (oferentes directos) y presión pasiva de los pares (creencias normativas). El auto monitoreo demostró una moderada de influencia entre la relación pasiva de los pares y la etapa de inicio al consumo de tabaco, pero no con la presión activa de los pares para fumar.

La presión activa de los pares fue evaluada, preguntando a los adolescentes, si durante los últimos 30 días sus amigos les habían ofrecido cigarros y la presión pasiva de los pares fue medida, preguntando cuantos amigos de su edad piensan que experimentan con cigarros. El auto monitoreo fue medido con una versión reducida de la escala de auto monitoreo para jóvenes con preguntas como por ejemplo: si algunas veces usan un tipo de ropa, justo porque los amigos también la usan.

Los resultados del estudio indican que no hay diferencias significativas por grado en cuanto a la presión de los pares y el auto monitoreo, 1.49, para el 5° grado y 1.48, para el 7° grado, pero la presión de los pares tanto activa como pasiva aumento de 5° a 7° grado con 3.8% a 8.9%  $p=0.04$  y 1.73% a 2.90,  $p= 0.000$ , respectivamente. La presión activa fue más significativa para los hombres, ya que a ellos les ofrecen más cigarros que a mujeres. La etnicidad, ni los datos demográficos resultaron significativos para explicar la etapa de inicio en el consumo de tabaco. La relación entre las tres variables: oferentes directos, creencias normativas y auto monitoreo, tampoco resultó significativa para explicar la etapa de inicio en el consumo de tabaco en los adolescentes. Por último se realizó un análisis de la interacción entre la presión de los pares y el auto monitoreo (creencias normativas y auto monitoreo y oferentes directos y auto monitoreo), resultando significativa esta interacción para la etapa de inicio del tabaquismo. Todo el modelo fue significativo y explica el 18.47  $p=0.01$  de la varianza en la etapa de inicio.

La interacción entre las creencias normativas y el auto monitoreo fue significativo e incrementa el valor predictivo del modelo en un 10.4%, no así para la interacción de oferentes directos y auto-monitoreo que no fue significativa y no contribuye a la varianza considerada para el modelo. Los adolescentes con un alto auto monitoreo y con un alto nivel de creencias normativas acerca del tabaco tienen 3.5 más probabilidades de iniciarse en el consumo de tabaco, seguido de aquellos que tienen un alto auto monitoreo y un bajo nivel de creencias normativas con 3 veces más probabilidades de iniciarse en el tabaco, que aquellos que tuvieron un bajo auto monitoreo y un promedio alto de creencias normativas acerca del tabaco.

En conclusión un alto auto monitoreo tiene peso sobre la influencia pasiva de los pares y la etapa de inicio del tabaquismo, debido a que está fuertemente relacionada con las opiniones de sus pares sobre su uso, no así un bajo auto monitoreo con la etapa de inicio de tabaco. Los autores consideran que el impacto de esta variable de personalidad contribuye a moderar el riesgo, por lo que debe ser considerada en los programas preventivos.

Granö, Virtanen, Vathera, Elovainio y Kivimäki (2004) estudiaron la relación entre impulsividad y consumo de tabaco y alcohol en una muestra amplia no clínica que en el corte final quedó compuesta por 601 hombres de 4832 que trabajaron en 12 hospitales finlandeses, con un rango de edad de 18-63 años, los cuales participaron de manera voluntaria en el proyecto “Trabajo y Salud del personal en el hospital Finlandés” Los datos sobre impulsividad y consumo de alcohol y tabaco, fueron recolectados en un intervalo de dos años.

La revisión de la bibliografía realizada por los autores, indica que la impulsividad es una variable importante que está asociada con el consumo e incremento en el uso de tabaco y alcohol, sin embargo la mayoría de los estudios han sido cross seccionales que involucran otras variables como estatus socio económico bajo, que pudiera dar una relación espuria entre la impulsividad y el consumo de tabaco y alcohol. Algunos otros estudios han

trabajado con muestras clínicas lo cual reduce su poder de generalización a poblaciones saludables.

Los resultados indican que una alta impulsividad estuvo asociada con el aumento de consumo de cigarrillos y alcohol, entre el tiempo 1 y 2 donde se presentó un incremento de consumo de tabaco y alcohol, siendo más frecuente el consumo de tabaco y el consumo de alcohol fue alto en hombres, relacionado con una baja educación y con un salario bajo. La impulsividad y consumo de tabaco fue alta para las mujeres tanto para el tiempo 1 como para el 2 antes del ajuste del modelo y después del ajuste casi fue significativa  $p=0.08$ . La impulsividad y el incremento en el consumo de alcohol en el tiempo 1 y 2 permanecieron estadísticamente significativos. La impulsividad y el consumo de alcohol no dependen del género, por lo anterior, los autores concluyen que la impulsividad predice el incremento en el consumo de tabaco en mujeres y alcohol en ambos sexos, lo cual es posible que se deba a los roles asignados a cada sexo. La fortaleza del estudio consistió en el tamaño de la muestra y en el diseño longitudinal, que permitió controlar valores como el estatus socioeconómico. Los resultados sugieren que la impulsividad es uno de los factores potenciales para las conductas de riesgo, sugieren para otros estudios incrementar el número de hombres en la muestra y trabajar con otras poblaciones no hospitalarias.

Skinner, Aubin y Berlin (2004) estudiaron la impulsividad en fumadores, no fumadores y exfumadores alcohólicos en una muestra compuesta por 400 participantes, internados para un programa de desintoxicación para alcohólicos en el Hospital Emile Roux en Francia (267 hombres y 133 mujeres con un rango de edad de 18 a 73 años, el 90% de la población era de origen caucásico, 38.4% de la población tuvo educación preparatoria o mayor a esta y 41.5% fueron empleados). El programa se realizó entre marzo de 1997 a septiembre de 1999. Las mediciones incluyeron: la impulsividad, para lo cual utilizaron la escala de Barret en la versión francesa, que mide; impulsividad motora, cognitiva e impulsividad no planeada, así como la cantidad de cigarrillos consumidos, que fue medida por el promedio de cigarrillos diarios fumados en los tres días previos al internamiento.

La revisión de la bibliografía sobre el tema, da cuenta de la relación existente entre la impulsividad y el incremento del consumo de alcohol, de igual manera los fumadores son más impulsivos que los no fumadores.

El procedimiento consistió en medir la cantidad de cigarrillos consumidos y un cuestionario de datos sociodemográficos durante la primera semana de hospitalización, desde su ingreso todos se abstuvieron de consumir alcohol, sin embargo podían fumar libremente. Durante la segunda semana se les aplicaron nueve cuestionarios que incluían: personalidad, humor, historia familiar y dependencia a la nicotina.

Para el análisis de los datos se crearon dos categorías estatus de los fumadores: fumadores actuales (n=326), no fumadores (n=74) y consumidores de cigarrillos, esta categoría se asignó con base a la cantidad de consumo diario de tabaco: no fumadores(n=80), fumadores light (n=37 < 15 cigarrillos por día), fumadores medios(n=111 de 15 a 25 cigarrillos por día) y fumadores pesados (n=172 > 25 cigarrillos por día).

El análisis inicial del estudio mostró que la impulsividad está relacionada con la gente joven de edad y no con el tabaquismo, sin embargo los fumadores puntuaron más alto en la subescala de impulsividad no planeada independientemente de la edad. Los puntajes obtenidos por los participantes correlacionaron inversamente con la edad, es decir la impulsividad decreció a medida que aumenta la edad. El género no tuvo efectos sobre la impulsividad, la impulsividad estuvo asociada al tabaquismo, siendo más impulsivos los fumadores pesados que los no fumadores y que los fumadores medios, los actuales fumadores fueron más impulsivos que los exfumadores. En cuanto al género más mujeres resultaron exfumadoras y más hombres fumadores pesados, elevados niveles de impulsividad al parecer son un obstáculo para la cesación y dejar el cigarrillo puede disminuir la impulsividad en alcohólicos.

No se encontraron diferencias en impulsividad entre los actuales fumadores y no fumadores, lo cual de conformidad con los autores esta pudo deberse a variables no consideradas en el estudio. Al parecer la impulsividad está relacionada con el número de

cigarrillos que se consumen los hombres y en las mujeres es posible que esté relacionada con ser o no fumadora  $p=.06$ . Medir la impulsividad puede predecir en alcoholicos actuales, si tendrán éxito para abandonar el cigarro, ya que ellos consideran que la impulsividad mantiene la conducta de fumar, lo que implica la incapacidad para dejar de fumar.

Stoltenberg, Batien y Birgenheir (2008) estudiaron la relación existente entre la impulsividad y tres conductas de riesgo entre jóvenes adultos (uso de tabaco, problemas con el alcohol y problemas con el juego) en una muestra de 197 estudiantes de edad escolar de Midwestern University en Estados Unidos (73 hombres y 124 mujeres, de los cuales 189 fueron caucásicos/blancos, 5 Indios americanos/ nativos de Alaska, 1 Hispano Latino y 2 de origen multirracial la media de edad fue de 22.67, los participantes recibieron \$ 5 por una hora de su tiempo, por participar en el estudio).

En la revisión de la bibliografía los autores encontraron que la impulsividad está asociada a los riesgos de problemas con el alcohol y con el juego, pero no con el consumo de tabaco, que generalmente los hombres tuvieron más problemas con el alcohol que las mujeres, que hombres y mujeres durante los años de vida escolar tienden a experimentar de manera similar, sin embargo, en el hombre la transición de la experimentación a convertirse en un fumador regular en un cierto plazo de tiempo es más probable. Todavía no existen resultados contundentes sobre las diferencias de género e impulsividad, algunos estudios han encontrado una relación entre impulsividad para problemas con el alcohol para hombres y mujeres, pero sólo en mujeres para el consumo de tabaco.

Para este estudio se utilizaron la escala de impulsividad de Barret de 30 reactivos que evalúa tres tipos de impulsividad: atencional, motora e impulsividad no planeada, Michigan Alcoholism screening test, que evalúa con 23 preguntas los problemas derivados del consumo del alcohol, tales como consecuencias sociales negativas, Uso de tabaco con dos preguntas, para determinar el estatus de uso y el de parar la tarea (conductal en ingles Task stop), que es una prueba de computadora estandarizada para medir la impulsividad, South Oaks Gambling screen, este último evalúa las posibles patologías con el juego con el propósito de probar que altos niveles de impulsividad está relacionada con el incremento en



los niveles de conductas de riesgo para la salud como son: consumo de tabaco, problemas con el alcohol y el juego, pero que esta puede expresarse de diferente forma en hombres y mujeres.

Dentro de los resultados se observó que una alta proporción de hombres reportaron usar tabaco más que las mujeres 21.9% y 11.3% respectivamente. Para consumo de tabaco y problemas con el juego los hombres obtuvieron puntajes más altos que las mujeres en la escala de impulsividad de Barret, pero la impulsividad no estuvo significativamente asociada con altos riesgos, se encontró que los hombres tiene 1.5 veces más probabilidades de tener problemas con el alcohol que las mujeres, también se encontraron altos niveles de impulsividad motora en hombres para el riesgo de alcohol, no así en mujeres. En cuanto al juego los hombres tuvieron 3.1 de veces de tener más problemas con el juego que las mujeres. En impulsividad los hombres puntuaron más alto que las mujeres en las tres subescalas atencional, motora y no planeada.

Derivado de los resultados, los autores concluyen que el género modera la asociación entre impulsividad y problemas con alcohol y que bajos niveles de impulsividad estuvieron asociados con grandes riesgos de problemas de alcohol para hombres y mujeres, pero estos efectos fueron más dramáticos en los hombres, al parecer estos resultados paradójicos pueden deberse a un sobre control de la conducta ante la influencia negativa que les provoca y que los lleva a un enfrentamiento con el alcoholismo, aunque en este estudio esto no pudo ser probado porque no evaluaron las influencias negativas. Por ultimo advierten de tener cuidado con la generalización de los resultados, dado que la muestra estuvo primordialmente compuesta por caucásicos.

Schepis et al., (2008) en su investigación cross seccional estudiaron la búsqueda impulsiva de sensaciones mediada por la historia parental de problemas con el alcohol y el consumo de tabaco y alcohol en sus descendientes, la muestra estuvo compuesta por 2733 estudiantes de bachillerato de Connecticut Estados Unidos. Las variables a estudiar fueron si habían consumido alcohol el mes pasado, si se habían emborrachado el mes pasado y la frecuencia de consumo de alcohol y tabaco el mes pasado, aunado al hecho de que sus padres

biológicos tuvieran problemas con el alcohol. Esta información se obtuvo con la aplicación de un cuestionario de 153 preguntas sobre datos demográficos, uso de sustancias y otros riesgos de conducta, aunado a la medición de la búsqueda impulsiva de sensaciones con la escala de personalidad forma III de Zuckerman- Kuhlman.

La revisión de la bibliografía sobre el tema reportó que se ha encontrado que la búsqueda de sensaciones está asociada al incremento en el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes, que los niños con historia familiar de alcoholismo tienen de 2 a 10 veces más probabilidades de desarrollar alcoholismo. Adicionalmente los individuos que tienen una historia familiar de alcoholismo además parecen tener elevados niveles de búsqueda de sensaciones. Esta búsqueda puede funcionar como moda para enmascarar los efectos la historia familiar de alcohol y el consumo de alcohol que tienen los adolescentes, además de incrementar la probabilidad de asociarse con pares que consumen alcohol e incrementar experiencias positivas con alcohol.

Los resultados indican que los puntajes en la búsqueda impulsiva de sensaciones fue alta para los consumidores de alcohol en el mes pasado al estudio, con el correspondiente incremento en el consumo de alcohol, los adolescentes que no consumieron tuvieron bajos puntajes en impulsividad y los adolescentes que se emborracharon, obtuvieron más altos puntajes que quienes no se emborracharon. Los consumidores de tabaco y alcohol fueron más impulsivos que los que únicamente consumieron alcohol. No existen diferencias significativas en impulsividad entre los que consumen sólo alcohol de quienes consumen sólo tabaco, tampoco hubo diferencias significativas entre los que consumen ambos tipos de sustancias que entre los que consumen exclusivamente tabaco. En cuanto a la historia familiar de alcoholismo, aquellos que si la tuvieron puntuaron más alto en impulsividad que aquellos que no la tuvieron. Sin embargo los datos no soportan la hipótesis de que la búsqueda impulsiva de sensaciones medie la relación entre la historia familiar de problemas de alcoholismo y el consumo de alcohol y tabaco en los descendientes.

Los autores concluyen que la búsqueda impulsiva de sensaciones y la historia familiar de alcoholismo son variables independientes que pueden en un momento coexistir en el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes.

De Vries, Candel, Engels y Mercken (2006) estudiaron la influencia de los pares o familiares que fumaban y su iniciación en el consumo de tabaco, para lo cual se utilizó un estudio longitudinal con un pre test y un seguimiento a los 12 meses. En el estudio participaron 7102 estudiantes (50% hombres y 50% mujeres) seleccionados al azar, pertenecientes a escuelas ubicadas en Finlandia, Dinamarca, Holanda, Reino Unido, España y Portugal, con una media de edad de 12.78 años.

Los autores mencionan que recientes estudios ponen en duda que la incapacidad de los adolescentes para resistir la presión de los amigos sea la única explicación para la etapa de inicio de consumo de tabaco en adolescentes, otra es la selección que hacen los adolescentes de sus amigos en base a su similitud. Algunos estudios sugieren que la selección de los amigos también está mediada por la influencia de los familiares. La selección de los modelos no siempre será mutua, pero pueden ser procesos complementarios. También se menciona que un bajo aprovechamiento escolar, aunado a pasar poco tiempo con los padres fueron predictores para seleccionar amigos con altos niveles de consumo de tabaco.

Para este estudio se aplicaron cuestionarios durante el otoño de 1998 para el tiempo denominado 1 y 1999 para el tiempo 2, los cuestionarios contenían preguntas demográficas, frecuencia de consumo de tabaco semanal, conducta de fumar de los padres, conducta de fumar de los amigos y datos demográficos.

Dentro de los resultados se menciona que el porcentaje de fumadores semanales incremento para todos los países del tiempo 1 al 2, también hay diferencias en la conducta de fumar entre las diferentes ciudades como Finlandia, Holanda, Reino Unido y España, donde se encontró que las mujeres fuman más que los hombres, adicionalmente en el Reino Unido se encontró una relación positiva entre la conducta de fumar de los adolescentes y los

adolescentes que consumen alcohol, en Finlandia cuando la madre tiene un trabajo pagado, hubo una asociación positiva con la conducta de fumar de los adolescentes, de igual manera en España cuando el padre tiene un trabajo remunerado, fue positivamente asociado con la conducta de fumar y en Holanda los adolescentes religiosos fueron menos fumadores que los no religiosos. Por otra parte no se encontraron evidencias suficientes para que la influencia de los pares fuera un predictor del inicio en el consumo de tabaco de los adolescentes un año después, con excepción de Portugal, donde los autores consideran que puede deberse a que en ciertas etapas de la adolescencia se es más influenciado, sin embargo si hubo soporte para el paradigma de selección, observando que los adolescentes seleccionan a sus amigos con similares conductas de tabaquismo, también la investigación soporta la influencia de los padres en la iniciación de la conducta de fumar en adolescentes y en la selección de los amigos en base a su estatus de fumar. Los autores consideran que los programas de prevención del tabaquismo pueden ser menos apropiados para los adolescentes, si estos tienen actitudes favorables hacia el tabaco, influenciados por la familia, buscaran ventajas en el fumar y seleccionaran amigos con sus mismos valores.

Derivado de lo anterior los autores sugieren que los programas de prevención del tabaquismo deben incluir actitudes para no fumar e incorporar algunos módulos para que los padres abandonen el tabaco, en fin estos deben adaptarse de acuerdo a las necesidades de los adolescentes.

La principal contribución del estudio es haber evaluado los datos longitudinales de adolescentes, pares y familiares, en 6 diferentes muestras Europeas para analizar la influencia y selección de modelos, utilizando técnicas del modelo de ecuación estructural. Resultando significativo que la conducta de los amigos que fuman haya predicho la conducta de fumar de los adolescentes. El modelo predice que los adolescentes seleccionan amigos con similares conductas de tabaquismo y que los padres tienen una fuerte influencia para que sus hijos fumen.

Kotwal, Thakur y Seth, (2005) evaluaron los conocimientos con respecto al tabaco, las actitudes de toma de riesgos, pares y otras influencias sobre el tabaco entre adolescentes,

relacionadas con el consumo de tabaco, nuez areca y alcohol. El estudio fue cross seccional y estuvo compuesto por una muestra de 596 estudiantes de dos escuelas una pública y otra privada en el sur de Nueva Delhi en la India, a los adolescentes se les aplicaron cuestionarios auto administrados los cuales contenían preguntas sociodemográficas, conocimientos relacionados con el tabaco, actitudes hacia la toma de riesgos, papel de los pares y otras influencia, y consumo de tabaco, nuez areca y alcohol.

En la bibliografía revisada por los autores dan cuenta de los graves problemas de salud ocasionados por el tabaco, en particular en la India, mencionan que cada día se inician en el consumo de tabaco más adolescentes menores de 15 años y en otro estudio entre estudiantes de Delhi se encontró que el 9.3 de los adolescentes entre 11-14 años había experimentado con tabaco. La experimentación conduce a la dependencia y por consiguiente a enfermedades crónicas, siendo el consumo de tabaco en la adolescencia un predictor de tabaquismo en adultos.

Los resultados indican que existen diferencias entre la escuela pública y privada para ambos sexos en cuanto a los conocimientos que los alumnos poseen con respecto al consumo de tabaco, encontrando que tienen más conocimientos los de la escuela pública y que la falta de conocimientos de los alumnos de la escuela privada, también correlacionaba con una alta prevalencia de actitudes de toma de riesgos, también se encontraron diferencias entre los alumnos de clase IX y XI, puntuando más alto los de la clase IX en las actitudes hacia la toma de riesgos.

Las razones que expusieron para iniciarse o mantener el consumo de tabaco en sus diferentes formas o la nuez areca fueron: presión de los pares, anuncios, estrés en general y presiones académicas, las presiones académicas fueron más frecuentes en la escuela privada y en la pública la presión de los pares. En este estudio la presión de los pares y los anuncios fueron los factores relacionados con el consumo de tabaco, los padres y familiares fueron una influencia importante para los adolescentes mayores y para los de escuela privada.

Otro dato interesante es que los adolescentes con menos conocimientos y actitudes hacia la toma de riesgo consumieron más tabaco y nuez areca que otros, que casi el 42% de los participantes se iniciaron en el consumo de tabaco antes de los 12 años de edad, la presión

de los pares, el estrés y los medios de comunicación fueron importantes influencias, siendo los estudiantes de las escuelas públicas quienes más consumieron tabaco( OR= 1.85, p=0.174), seguido por los que consumieron tabaco/ nuez areca (OR= 1.14,p= 0.02) no hubo diferencias significativas en su consumo por género, una proporción menor de estos poseía adecuados conocimientos sobre el consumo de tabaco, comparativamente con los que no tenían conocimientos adecuados (OR= 0.13, p=0.001), sin embargo los conocimientos adecuados no fueron un buen predictor del consumo de la nuez de areca (OR= 0.86, p=0.585). La más importante correlación para el consumo de tabaco (OR= 6.41,p=< 0.001)y nuez areca (OR= 11.17, p=< 0.001) fueron las actitudes de toma de riesgo.

Krishnan-Sarin et al., (2007) estudiaron la relación entre la impulsividad y la respuesta al tratamiento de cese de tabaquismo en adolescentes. Los participantes fueron 30 adolescentes de bachillerato de New Haven County en Estados Unidos, con un rango de edad de 14-18 años de edad, que fumaron más o menos 10 cigarrillos por día y a los que se les midió la cotinina en la orina (35 mg), los cuales participaron en un programa de cese de tabaquismo, utilizando manejo de contingencias y terapia conductual. Los instrumentos utilizados para medir la respuesta de impulsividad fueron: la escala de Barret, la medida discontinua de retraso de Kirby, la tarea de experiencia discontinua y la tarea de ejecución continua.

La bibliografía revisada indica que aproximadamente 2000 adolescentes se inician en el consumo de tabaco cada año y que el 69% de estos quiere dejarlo, el 59% han intentado dejarlo en el último año. La impulsividad es un factor de riesgo para la adicción, que tiene entre sus componentes, la desinhibición de conductas, el actuar sin pensar y la insensibilidad a las consecuencias de su conducta.

Dentro de los resultados se menciona que 16 participantes 53% se abstuvo de concluir las cuatro semanas del estudio, estos resultados concuerdan con la hipótesis de los autores de que la medida conductual específica de control de la impulsividad consistió en iniciar y mantener la abstinencia entre los adolescentes fumadores al final del tratamiento. Lo cual

estará inversamente relacionado, es decir aquellos adolescentes que logren abstenerse hasta el final del tratamiento serán menos impulsivos que aquellos que no puedan abstenerse.

De igual manera es importante considerar los diferentes dominios de la impulsividad como son: discontinuidad rápida de la recompensa, desinhibición o prepotencia, lo cual es clínicamente relevante en la predicción de la respuesta al tratamiento de los adolescentes fumadores. Las medidas conductuales fueron más relevantes para los resultados del tratamiento, más que los autorreportes. Estas medidas son diferentes niveles de análisis.

Por último los autores que concluyen que dado el tamaño de la muestra y que la medición sólo se hizo al inicio del tratamiento los resultados deben ser tratados con cautela y sugieren evaluar la impulsividad posterior al tratamiento para saber si los resultados cambian con el paso del tiempo. Adicionalmente consideran que los programas de entrenamiento deberían considerar el desarrollo de habilidades de inhibición y adaptación y optimización de terapias conductuales y uso de medicamentos para controlar la impulsividad.

Simons-Morton, Haynie, Crump, Eitel y Saylor (2001) estudiaron en 4264 adolescentes de 6° a 8° grado de educación media de Maryland en Washington D.C. , la influencia de los pares y padres en el uso de sustancias tabaco y alcohol. Los autores realizaron un análisis de regresión múltiple, en el que controlaron las variables de sexo, grado escolar y raza. Para la recolección de los datos se utilizaron cuestionarios con preguntas relacionadas con el uso de sustancias, factores relevantes (datos demográficos, género, asistencia a la escuela, educación de la madre y estructura familiar) e influencia de padres y pares.

Dentro de la revisión bibliográfica de los autores se considera que la experimentación con tabaco y alcohol presente durante la adolescencia, está asociada con problemas inmediatos y posteriores de abuso y dependencia, que pueden resultar en problemas de salud y consecuencias sociales. La influencia de los pares ha sido comúnmente asociada con el uso de sustancias en los adolescentes, esta influencia puede ser directa o indirecta, cuando los pares estimulan, impulsan u ofrecen a los adolescentes sustancias para ser consumidas o

bien cuando los adolescentes escogen a sus pares en base a su estatus de fumar o tomar. Derivado de lo anterior dentro de los programas preventivos una de las principales actividades es el entrenamiento de resistencia a la presión de los amigos.

Los padres también ejercen influencia para que sus hijos consuman sustancias, hay evidencia de que cuando los padres fuman, los hijos también lo hacen, los autores consideran que tal vez esto se deba a que hay una mayor disponibilidad de cigarrillos en la casa y porque los padres no pueden decir a los hijos que no fumen.

Los resultados indican que 3903 participantes reportaron tener el estatus de fumadores y 3877 el estatus de bebedores, dentro de las variables sociodemográficas se encontró que los de 8° grado fumaban y bebían más que los de 6° grado y las mujeres tuvieron más probabilidades de tomar que los hombres, también se encontró una asociación positiva entre la influencia de los pares y la conducta de beber y fumar, por lo que el ofrecimiento de cigarrillos por parte de los pares da como resultado que los adolescentes tengan 1.78 veces más probabilidad de fumar y para la conducta de beber 1.48 veces más probabilidades de beber, para los que tuvieron un amigo que fuma, tienen 2.73 veces más probabilidades de fumar, pero sí tuvieron 2 o más amigos que fumaban tuvieron 9.46 veces más probabilidades de fumar, el tener un amigo que toma no fue significativo, pero el que tuviera 2 o más amigos que toman incremento en 4.52 veces las probabilidades de tomar, aunque la presión directa fue positiva es menor que la indirecta, como se puede apreciar en los resultados. Adicionalmente los problemas de comportamiento de los amigos fueron positivamente asociados con la conducta de beber de los adolescentes hombres y mujeres.

Diversas variables parentales fueron negativamente asociadas con fumar o beber en el modelo, por lo que un bajo involucramiento de los padres comparado con alto involucramiento con los adolescentes se asocia con 0.4 veces más probabilidades de fumar (2.5 menos probabilidades de fumar) y 0.6 veces probabilidades de beber (1.67 menos probabilidades de beber), respectivamente. Las bajas y altas expectativas de los padres con respecto a los adolescentes también fueron comparadas, dando como resultado que las bajas expectativas daban 0.39 veces más probabilidades de fumar (2.56 menos veces de



probabilidades de fumar), 0.32 veces de probabilidades de tomar (3.13 veces menos probabilidades de tomar), por último se comparó un bajo y alto respeto hacia los adolescentes por parte de los padres, dando como resultado que un bajo respeto da como resultado 0.63 veces más probabilidades de fumar (1.59 veces menos probabilidades de fumar) 0.75 probabilidades de tomar (1.73 menos probabilidades de tomar). Lo anterior, demuestra de acuerdo a los autores que un alto involucramiento de los padres, aunado a las altas expectativas y respeto hacia los adolescentes trae como resultado que existan menos probabilidades de que se inicien en el consumo de sustancias. Otro hallazgo importante es que los padres autoritarios protegen contra las conductas de fumar y beber de los adolescentes, sin embargo todavía falta más investigación sobre los estilos parentales que contribuyen a proteger.

Finalmente los autores consideran que estas variables son importantes de incluir en los programas preventivos que desarrollan habilidades en los adolescentes, con el fin de evitar que se inicien en edades más tempranas en el consumo de tabaco y alcohol, siendo los adolescentes un grupo estratégico para desarrollarlas, dado que resultaron más susceptibles a la presión de los amigos, además es importante dirigir intervenciones hacia los padres con las variables que resultaron significativas en este estudio.

Billieux, Van der Linden y Ceschi (2007) estudiaron que dimensión de la impulsividad está relacionada con el craving, para lo cual utilizaron los siguientes instrumentos: el cuestionario de urgencia para fumar de Toll et al., 2004, la versión francesa de la escala de conducta impulsiva de Van der Linden et al., 2006, inventario de depresión de Beck, Steer, & Brown, 1998 y el inventario del estado de ansiedad de Spielberger, 1993; los cuales fueron aplicados a 134 estudiantes de bajo grado de psicología de la Universidad de Ginebra, de los cuales 117 fueron mujeres y 17 hombres y después de aplicar los instrumentos se identificó que 33 mujeres fumaban y 7 hombres en el tiempo de estudio, por lo que la muestra final fue de 40 con un rango de edad de 19 a 48 años y con una media de 25.08, quienes fueron considerados fumadores light y moderados de acuerdo a su consumo semanal.

La escala de impulsividad que se aplicó en el estudio referido, mide cuatro dimensiones: urgencia definida como “la tendencia a experimentar fuertes impulsos, frecuentemente bajo condiciones de afección negativa”; premeditación definida como la “tendencia a pensar o reflexionar antes de realizar la acción” perseverancia, definida como “la habilidad para permanecer enfocado en la tarea a pesar de ser difícil o aburrida” búsqueda de sensaciones, definida como “la tendencia a disfrutar y perseguir actividades que son excitantes y estar abiertos a nuevas experiencias”. El craving es definido de acuerdo con Tiffany 1990, citado en el artículo, como un estado del pensamiento motivacional subjetivo que impulsa a la autoadministración compulsiva de droga y es la causa de recaídas que siguen a un periodo de abstinencia.

Los resultados indican que la urgencia es el único componente de la impulsividad que resultó significativo y que mejor predice el craving de tabaco  $t(33)= 2.191, P=.04$ ; seguidos por ansiedad  $t(33)= 1.32, p=.19$ ; falta de perseverancia  $t(33)=1.18,p=.25$ , sensación de búsqueda  $t(33)=.56,p=.58$ ; falta de premeditación  $t(33)= -0.95,p=.35$  y depresión  $t(33)=-2.03, p=.05$ . Lo que supone de acuerdo a los autores una pobre respuesta de inhibición puede estar relacionada con altos niveles de urgencia y con un deseo abrumador de fumar para satisfacer tan pronto como sea posible la necesidad de alivio ante la afección negativa, de igual manera establecen la diferencia entre la búsqueda de sensaciones que parece estar más asociada a la etapa de inicio de consumo de tabaco y que ésta es rápidamente remplazada por la etapa de adicción en la que están presentes la tolerancia y el retiro que están más asociados al craving.

Por último los autores advierten de que los resultados pueden deberse al tamaño de la muestra y que los participantes fueron fumadores light y moderados, el 17.5% fumaron menos de 5 cigarros a la semana, siendo problemático categorizarlos en fumadores o no fumadores.

Doran, Spring, McChargue, Pergadia y Richmond (2004) estudiaron la relación entre la impulsividad y las recaídas en fumadores, para probar la hipótesis de que altos niveles de impulsividad predicen una recaída más rápida en las siguientes 48 horas de abstinencia de

la nicotina. La muestra estuvo compuesta por 45 fumadores regulares con una edad promedio de 41.02 años, que fumaron aproximadamente un paquete por día, con una historia de al menos un episodio de depresión mayor, los cuales participaron en un estudio de cesación de tabaco, con tratamiento biológico (agotamiento del triptófano. El tratamiento consistió en un taller de entrenamiento de un día para promover la abstinencia al tabaco, en el que se desarrollaron habilidades para manejar el humor a través de imágenes y decremento del triptófano, seguido de una abstinencia de 48 horas verificada biológicamente (exhalación de monóxido de carbono y cotinina en la saliva) y semanalmente un seguimiento durante un mes. La impulsividad fue medida con la escala de Barret y el craving por el cuestionario de urgencia de fumar de Tiffany & Drobes, 1991.

De acuerdo a la revisión bibliográfica de los autores estudios previos han demostrado la relación entre la impulsividad y el inicio del consumo de tabaco, sin embargo es importante estudiar el efecto de la impulsividad en el mantenimiento de la abstinencia a la nicotina, debido a que existe un porcentaje importante de fumadores, de los cuales muchos de ellos han querido dejar el tabaco y pocos de ellos han tenido éxito. La impulsividad es definida como una dificultad crónica para retrasar la gratificación o inhibir la respuesta al estímulo de recompensa. Hay evidencia en algunos estudios que los individuos con altos niveles de impulsividad tendrán más probabilidades de fumar cigarros que sus pares menos impulsivos. La impulsividad ha sido asociada con el inicio del tabaquismo y la escalada a otras drogas, pero no con las recaídas.

En virtud de lo anterior, los autores probaron su hipótesis asociada a tres mecanismos psicológicos que pueden mediar la rápida recaída para los fumadores impulsivos: los candidatos contribuyeron para que se *redujera la influencia positiva, incrementando el craving e incrementando la influencia negativa*, porque al reducir la recompensa puede conducir al descenso de humor placentero, por lo que los fumadores pueden recaer rápidamente al menos parcialmente como resultado posterior al cese de la influencia positiva. Al decrementar la recompensa de la nicotina existe una de privación de la nicotina que puede resultar en un incremento en craving de cigarro.

Los resultados del análisis de regresión indicaron que altos niveles de impulsividad predicen en corto tiempo la recaída, está explicado el 14.7% de la varianza en el tiempo para recaer, después de controlar, la edad, condiciones del tratamiento y dependencia a la nicotina, por lo que es importante contar con programas dirigidos a fumadores con altos niveles de impulsividad. Finalmente los autores previenen de ser cautelosos con la generalización de los resultados dado el tamaño de la muestra.

## II. INVESTIGACIÓN

### Justificación

El tabaquismo es un problema de salud mundial que afecta a un gran número de personas; los adolescentes son un segmento de la población importante, ya que es en esta etapa de la vida cuando las personas se inician en la experimentación con el tabaco y son más vulnerables a la presión de los amigos, familiares y a los medios de comunicación que representan importantes modelos de comportamientos asociados a falsas creencias relacionadas con el fumar (Dusenbury et al., 1992; Lenz, 2004). La susceptibilidad ha resultado ser un buen predictor para el consumo de tabaco en los adolescentes, dado que consiste en la expectativa que tienen de su conducta futura y que tiene implicaciones para identificar a los adolescentes que están en riesgo, con el propósito de dirigir acciones tendientes a prevenir su consumo (Calleja, 2008).

Una de las dificultades que enfrentan los investigadores en esta área la constituye el contar con adecuados instrumentos para medir las habilidades para la vida y la resistencia a la presión social, como una importante habilidad que coadyuva a evitar el consumo de tabaco (Andrade-Palos, Pérez de la Barrera, Alfaro, Sánchez y Montes de Oca, 2009). Contar con escalas validadas en poblaciones urbanas mexicanas permite una mejor comprensión del problema, dada la diversidad de la población adolescente existente.

La identificación de los factores relacionados con la susceptibilidad para el consumo de tabaco, permitirá a futuro implementar programas de prevención del tabaquismo en adolescentes, con el propósito de retrasar la edad de inicio o evitar el consumo de tabaco. Los programas basados en las habilidades para la vida han reportado buenos resultados en diferentes poblaciones y contextos.

La presente investigación se dio a la tarea de identificar la relación existente entre las habilidades para la vida y la susceptibilidad tabáquica, utilizando para ello escalas previamente validadas. Los resultados del estudio permitieron identificar las habilidades que previenen el consumo del tabaco, así como los factores de riesgo presentes en los adolescentes que tienen mayor susceptibilidad al consumo de tabaco. De igual forma es importante sopesar el papel que juega aceptación social en el consumo de tabaco.

## Objetivo

Determinar la relación existente entre las habilidades para la vida y la aceptación de la presión social sobre la susceptibilidad al consumo de tabaco de estudiantes de secundaria de 12 a 16 años.

## Preguntas de investigación

¿Los adolescentes que tienen más habilidades para la vida tendrán menor susceptibilidad al consumo de tabaco?

¿Los adolescentes con más habilidades para la vida mostrarán menor aceptación de la presión social para fumar?

¿Los adolescentes que aceptan la presión social para fumar presentarán mayor susceptibilidad al consumo de tabaco?

## Hipótesis

Las habilidades para la vida (planeación de futuro, autocontrol, asertividad, expresión de emociones y solución de problemas) y la no aceptación de la presión social para fumar, contribuyen a que los adolescentes tengan menor susceptibilidad al consumo de tabaco.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por 419 estudiantes de educación secundaria que asistían a una escuela pública en el Distrito Federal. Sus edades oscilaron entre los 12 y los 16 años (media = 13.38; ds = 1.17); el 47.25% eran hombres y 52.74%, mujeres. El 36.99% de los participantes cursaban el primer grado, 31.74% el 2°, y 31.26% el 3°.

### Variables

***Habilidades para la vida.*** Son capacidades que permiten a las adolescentes reconocer, evitar o enfrentar de manera proactiva situaciones de riesgo. Entre estas habilidades se encuentran: planeación de futuro, autocontrol, asertividad, expresión de emociones y solución de problemas. Definición operacional: Puntaje obtenido en la Escala de Habilidades para la Vida.

***Aceptación de la presión social para fumar.*** Es la intención que tienen los adolescentes para admitir la presión que ejercen los amigos para que consuman tabaco. Definición operacional: Puntaje obtenido en la Escala de Aceptación de la presión social para fumar.

***Susceptibilidad al consumo de tabaco.*** Intención de consumir tabaco en el futuro. Definición operacional: Puntaje obtenido en la Escala de Susceptibilidad al consumo de tabaco.

### Instrumentos

#### ***Cuestionario de datos demográficos y comportamiento tabáquico***

Se elaboró un cuestionario que incluía reactivos sobre el sexo, la edad y el grado escolar de los participantes. También se evaluó su experimentación con los cigarrillos, con la respuesta

al reactivo: “Yo he probado el cigarro”, con cuatro opciones de respuesta tipo Likert: Nunca (1), Una vez (2), Algunas veces (3), Muchas veces (4). La conducta de fumar se midió con el reactivo: “Actualmente yo fumo”, con las opciones: Algunos cigarros al día (4), Algunos cigarros a la semana (3), Sólo de vez en cuando (2), y No fumo (1).

### ***Escala de Habilidades para la Vida***

La escala original consta de 36 reactivos, con cuatro opciones de respuesta tipo Likert. Andrade, Pérez, Alfaro, Sánchez y López, 2009) reportaron para la escala una varianza total explicada de 49.087%, con seis factores: planeación de futuro ( $\alpha = .76$  con 6 reactivos), autocontrol ( $\alpha = .74$  con 7 reactivos), asertividad ( $\alpha = .77$  con 7 reactivos), expresión de emociones ( $\alpha = .77$  con 5 reactivos), manejo del enojo ( $\alpha = .70$  con 6 reactivos) y solución de problemas ( $\alpha = .68$  con 5 reactivos).

### ***Escala de Aceptación de la Presión Social para Fumar***

Con base en la Escala de resistencia a la presión social, diseñada por Andrade-Palos, Pérez de la Barrera, Alfaro, Sánchez y López (2009) para medir la resistencia de los adolescentes al consumo de alcohol, se conformó una escala relativa a la aceptación de la presión social para fumar, que consta de 5 reactivos.

### ***Escala de Susceptibilidad al Consumo de Tabaco***

La escala consta de 9 reactivos, con cuatro opciones de respuesta. Calleja (2008) reportó para la escala una confiabilidad de  $\alpha = 0.870$ . El análisis factorial de componentes principales con rotación varimax efectuado arrojó un solo factor, el cual explicó el 62.01% de la varianza total.

Los instrumentos aplicados se incluyen en el anexo 1.



## Procedimiento

Se acudió a una escuela secundaria pública ubicada en el norte del Distrito Federal y se solicitó a las autoridades escolares su anuencia para la aplicación de los instrumentos en la población escolar. Una vez obtenida, se efectuó la aplicación en los propios salones de clase. Se explicaba a los estudiantes el objetivo del estudio, y se hacía hincapié en que las respuestas eran anónimas y que los resultados sólo se utilizarían con fines estadísticos. A continuación se leían las instrucciones para contestar los instrumentos. Al terminaban de contestar, se verificaba que estuvieran completamente contestados. Finalmente, se agradecía la participación del profesor y de los alumnos.

# RESULTADOS

## ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LAS ESCALAS

Se obtuvieron los índices de confiabilidad (con alfa de Cronbach) y de validez de constructo (mediante análisis factorial exploratorio) para las escalas aplicadas.

### Escala de Habilidades para la Vida

Un primer análisis efectuado separó claramente los 36 reactivos de la escala original en dos grupos: 26 correspondientes a cinco de las seis habilidades para la vida, y 10 con contenido relativo a los constructos de impulsividad y enojo. Por tanto, se decidió realizar los análisis psicométricos de manera independiente para cada uno de ellos.

El análisis factorial de componentes principales con rotación varimax llevado a cabo para el primer grupo de 26 reactivos arrojó cinco factores, que correspondieron a los de la escala original.

Se eliminaron seis, ya que su carga factorial resultó menor a .40 o porque su exclusión incrementaba la consistencia interna. Los reactivos descartados fueron los siguientes: 10. Soy honesto conmigo mismo; 11. Dejo mi futuro a la suerte; 16. Me da pena participar en clase por temor a lo que piensen mis compañeros; 23. Trato de ocultar mis emociones; 49. Me da pena manifestar mi afecto a las personas que estimo; 53. Mi futuro me parece incierto.

En conjunto, los cinco factores explicaron el 53.97% de la varianza total. La confiabilidad obtenida para la escala fue  $\alpha = .851$ . La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue de .872 y la significancia de la prueba esfericidad de Bartlett fue  $p < .001$ . Los reactivos que integraron cada factor se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Análisis factorial, confiabilidad y estadísticos descriptivos de la Escala de Habilidades para la Vida.

Reactivos	Factores					
	Expresión de emociones	Planeación de futuro	Asertividad	Solución de problemas	Auto-control	
20. Soy una persona que expresa su afecto	.798					
21. Expreso lo que siento	.760					
24. Demuestro mi alegría	.625					
40. Puedo expresar mis ideas en forma clara y abierta	.544					
5. Trato de lograr las metas que me propongo		.764				
4. Lucho por conseguir lo que realmente deseo		.648				
2. Tengo metas bien definidas en mi vida		.633				
3. Mis decisiones me llevan a lograr mis metas		.587				
17. Me mantengo firme en mis decisiones		.455				
13. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo			.759			
14. Doy mi punto de vista aunque no sea igual al de otras personas			.728			
15. Expreso claramente lo que pienso sin ofender a los demás			.480			
12. Me mantengo tranquilo ante las dificultades			.454			
51. Defiendo mis opiniones ante mis amigos			.429			
6. Acepto mis errores				.677		
1. Pienso antes de hacer las cosas				.669		
42. Cuando tomo una decisión evalúo los resultados				.579		
8. Cuando estoy enojado lo disimulo					.734	
9. Soy paciente					.596	
7. Controlo mis emociones					.592	
	Total					
Reactivos	20	4	5	5	3	3
% de varianza explicada	53.970%	13.105	12.093	10.97	9.286	8.514
$\alpha$ de Cronbach	.851	.733	.726	.678	.566	.523
Media*		2.85	3.06	2.61	2.61	2.30
Mediana		3.00	3.20	2.60	2.66	2.33
Desviación estándar		0.73	0.60	0.65	0.70	0.74

\*Media teórica = 2.5

Los puntajes más altos y la menor dispersión correspondieron al factor planeación de futuro y los más bajos con la mayor dispersión al de autocontrol.

Todas las correlaciones interfactores resultaron positivas y significativas. Como se observa en la tabla 2, los índices más altos correspondieron a las relaciones de asertividad con expresión de emociones y con planeación de futuro.

Tabla 2. Índices de correlación entre los factores de la Escala de Habilidades para la Vida

Factores	Planeación de futuro	Asertividad	Expresión de emociones	Solución de problemas
Planeación de futuro	1			
Asertividad	.503*	1		
Expresión de emociones	.453*	.508*	1	
Solución de problemas	.476*	.381*	.341*	1
Autocontrol	.347*	.268*	.270*	.298*

\*  $p < .001$

### Escala de Impulsividad y Enojo

La Escala de Impulsividad y Enojo se integró con 10 reactivos de los reactivos de la Escala de Habilidades para la Vida, cuyo contenido correspondía a los constructos de impulsividad y enojo. El análisis factorial de componentes principales con rotación varimax arrojó dos factores: impulsividad y enojo. La varianza explicada por ambos fue de 48.20% y  $\alpha = .777$  (véase la tabla 3). La correlación entre los dos factores fue  $r = .404$ ,  $p < .001$ . La media y la media de enojo fueron más altas que las de impulsividad.

Tabla 3. Análisis factorial, confiabilidad y estadísticos descriptivos de la Escala de Impulsividad y Enojo

Reactivos	Factores	
	Impulsividad	Enojo
34. Logro convencer a los demás para que hagan lo que yo quiero	.749	
31. Acostumbro salirme con la mía	.734	
32. Me gusta tomar riesgos	.719	
33. Soy impulsivo	.644	
35. Trato de ganar aunque dañe a otros	.620	
28. Soy muy enojón		.730
37. Los demás se dan cuenta cuando me enojo		.699
27. Cuando me enojo, me desquito con cualquiera		.664

25. Cuando las cosas no me salen como yo las deseo me enojo			.580
30. Expreso mi enojo cuando me ofenden			.560
	Total		
Número de reactivos	10	5	5
Varianza explicada	48.200%	25.486%	22.714%
$\alpha$ de Cronbac	.777	.750	.691
Media*		2.04	2.46
Mediana		2.00	2.40
Desviación estándar		0.71	0.69

\*Media teórica = 2.5

### Escala de Aceptación de la Presión Social para Fumar

De acuerdo con el análisis factorial realizado, la escala quedó conformada por cinco reactivos en un solo factor, con cargas factoriales desde .878 hasta .770. La varianza explicada fue de 71.054% y el  $\alpha$  de Cronbach = .897. Los reactivos son:

- 41. Si mis amigos(as) estuvieran fumando, fumaría con ellos aunque no quisiera.
- 36. Si mis amigos(as) me insistieran para que fumara tabaco, lo haría aunque no quisiera.
- 39. Fumaría aunque no quisiera, si mis amigos(as) me insistieran.
- 38. Si mis amigos(as) me ofrecieran un cigarro aceptaría aunque no quisiera.
- 43. Si yo no quisiera fumar y mi mejor amigo(a) me lo propusiera, lo haría para conservar su amistad.

Las medidas descriptivas obtenidas para la escala fueron: media = 1.31, mediana = 1.00 y desviación estándar = 0.58.

### Escala de Susceptibilidad al Consumo de Tabaco

El análisis factorial de componentes principales con rotación varimax arrojó un factor, integrado por los nueve reactivos de la escala, con la mayor carga factorial de .824 y la menor de .648. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue de .934 y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ( $p < .001$ ). La varianza total explicada por los reactivos de la escala fue de 55.55% y la consistencia interna fue  $\alpha = .896$ .

Los reactivos son:

8. Si una amiga o amigo me ofreciera un cigarro yo aceptaría.
3. Cuando sea un poco mayor voy a fumar.
1. Fumar es muy rico.
11. Dentro de cinco años yo seré fumador(a).
6. Si estuviera solo(a) en la casa y me encontrara un cigarro yo fumaría.
4. Cuando estoy con mis amigas(os) que fuman me dan ganas de fumar.
5. Durante los próximos 12 meses (un año) fumaré por lo menos un cigarro.
2. Está bien fumar.
9. Nunca voy a fumar (-).

Las medidas descriptivas obtenidas para la escala fueron: media = 1.77, mediana = 1.66 y desviación estándar = 0.63.

## DIFERENCIAS POR SEXO Y GRADO EN HABILIDADES PARA LA VIDA, IMPULSIVIDAD Y ENOJO, Y SUSCEPTIBILIDAD AL CONSUMO DE TABACO

Los resultados sustentan las respuestas a las preguntas formuladas en la investigación.

¿Los adolescentes que tienen más habilidades para la vida tendrán menor susceptibilidad al consumo de tabaco?

Cinco habilidades para la vida predijeron la susceptibilidad tabáquica: expresión de emociones, planeación de futuro, asertividad, solución de problemas, y autocontrol. Al parecer el que los adolescentes cuenten con estas habilidades les permite ser menos susceptibles al consumo de tabaco. Es importante destacar que se encontró que estas habilidades contribuyen a mediar la impulsividad, por lo que los adolescentes que tengan un mejor autocontrol, expresen sus emociones de manera positiva y tengan planes a futuro, serán menos impulsivos y por consiguiente menos susceptibles al consumo de tabaco.

Se obtuvieron diferencias significativas entre hombres y mujeres únicamente en la subescala de autocontrol,  $t(413) = 2.248$ ,  $p < .025$ ; los hombres puntuaron más alto (media = 2.39,  $ds = .70$ ) que las mujeres (media = 2.22,  $ds = .78$ ).

También se obtuvieron diferencias por grado escolar en expresión de emociones, solución de problemas e impulsividad, así como en susceptibilidad para fumar. Los resultados se muestran en la tabla 4.

En cuanto a expresión de emociones, los alumnos de segundo grado obtuvieron puntajes más altos que los de primero, pero en solución de problemas los alumnos de primer grado puntuaron más alto que los de tercero. La impulsividad aumentó a medida que se pasaba de un grado escolar al siguiente, de tal manera que los alumnos de tercer grado mostraron puntajes de impulsividad más altos que los de segundos y éstos, mayores que los de primero. Los alumnos de primer grado fueron menos susceptibles al consumo de tabaco que los de los otros dos grados.

En la subescala de enojo de la Escala de Impulsividad y Enojo las chicas puntuaron significativamente más alto (media = 2.57, ds = .72) que los chicos (media = 2.34, ds = .65),  $t(408) = 3.445$ ,  $p < .001$ .

Tabla 4. Diferencias significativas obtenidas por grado escolar.

<i>Escala</i>	<i>Subescala</i>	<i>Grado</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>F (gl)</i>	<i>p</i>	<i>Tukey</i>
Habilidades para la vida	Expresión de emociones	1o.	2.74	0.76	3.395 (2, 400)	.035	1° – 2°, .030
		2o.	2.96	0.68			
		3o.	2.88	0.74			
	Solución de problemas	1o.	2.73	0.75	3.674 (2, 413)	.026	1° – 3°, .022
		2o.	2.59	0.72			
		3o.	2.51	0.62			
Impulsividad y enojo	Impulsividad	1o.	1.82	0.67	12.802 (2, 399)	.000	1° – 2°, .000
		2o.	2.14	0.70			1° – 3°, .000
		3o.	2.21	0.68			1° – 3°, .000
Susceptibilidad al consumo de tabaco		1o.	1.55	0.54	16.487 (2, 415)	.000	1° – 2°, .000
		2o.	1.94	0.66			1° – 3°, .000
		3o.	1.86	0.64			1° – 3°, .000

Ellas y ellos mostraron una susceptibilidad similar al consumo de tabaco.

## Predicción de la susceptibilidad al consumo de tabaco

Para predecir la susceptibilidad tabáquica, se efectuó un análisis de regresión múltiple para determinar los factores predictores de la susceptibilidad al consumo de tabaco. Cinco de las variables incluidas resultaron predictores confiables de la susceptibilidad y explicaron el 27.1% de la varianza (véase tabla 5). La impulsividad resultó el mejor predictor de la susceptibilidad; la aceptación a la presión de social para fumar también la predijeron, así como dos subescalas de habilidades para la vida: solución de problemas y expresión de emociones.

Tabla 5. Análisis de regresión múltiple con el método *stepwise* de las subescalas predictoras de la susceptibilidad al consumo de tabaco

<i>Paso</i>	<i>Factor predictor</i>	$R^2$	<i>Cambio en <math>R^2</math></i>	<i>F del cambio (gl)</i>	<i>Sig. de F del cambio</i>
1°	Impulsividad	.150	.150	58.556 (1, 331)	.000
2°	Aceptación de la presión social para fumar	.222	.072	30.594 (1, 330)	.000
3°	Solución de problemas	.245	.023	9.805 (1, 329)	.002
4°	Expresión de emociones	.271	.010	4.441 (1 y 327 gl)	.036

En virtud de que la impulsividad resultó el principal predictor de la susceptibilidad al consumo de tabaco, se efectuó otro análisis de regresión múltiple, en el que resultaron predictores significativos cuatro de las subescalas de habilidades para la vida: autocontrol, expresión de emociones, solución de problemas y planeación de futuro, las cuales explicaron el 11.20% de la varianza de la impulsividad (véase tabla 6).

Tabla 6. Análisis de regresión múltiple con el método *stepwise* de las subescalas predictoras de la impulsividad.

<i>Paso</i>	<i>Factor predictor</i>	$R^2$	<i>Cambio en <math>R^2</math></i>	<i>F del cambio (gl)</i>	<i>Sig. de F del cambio</i>
1°	Autocontrol	.028	.150	58.556 (1, 331)	.000
2°	Expresión de emociones	.076	.048	30.594 (1, 330)	.000



3°	Solución de problemas	.097	.022	9.805 (1, 329)	.002
4°	Planeación de futuro	.112	.015	7.396 (1, 328)	.007

Al parecer la impulsividad es una variable mediadora entre las habilidades para la vida y la susceptibilidad tabáquica, ya que de acuerdo con los resultados los adolescentes que cuentan con las habilidades que resultaron significativas en este estudio los hace menos impulsivos y por ende menos susceptibles al consumo de tabaco. Cabe hacer notar que la falta de habilidad para solucionar problemas conlleva directamente a que los adolescentes sean más susceptibles al consumo de tabaco.

¿Los adolescentes con más habilidades para la vida mostrarán menor aceptación de la presión social para fumar?

Se realizaron análisis de regresión para determinar los predictores tanto de la aceptación como de la resistencia a la presión social para fumar. En el primer caso, resultaron predictores la expresión de emociones y la asertividad, que juntos explicaron 3.2% de la varianza,  $F(1, 357) = 4.662, p = .031$ . El predictor de la resistencia a la presión social para fumar fue sólo la asertividad (5.1% de varianza explicada,  $F(1, 359) = 19.393, p < .000$ ). Finalmente, el enojo resultó predicho por el autocontrol y la expresión de emociones (21.9% de varianza explicada,  $F(1, 363) = 74.789, p < .000$ ).

Las habilidades de expresión de emociones y asertividad son las que se relacionan directamente con la aceptación de la presión social, es decir cuando los adolescentes expresan más sus emociones, son menos propensos a aceptar la presión social, siendo la asertividad la habilidad que más explica el que los adolescentes muestren menor aceptación a la presión social para fumar.

¿Los adolescentes que aceptan la presión social para fumar presentarán mayor susceptibilidad al consumo de tabaco?

Los resultados indican que los adolescentes que aceptan la presión social, serán más susceptibles al consumo de tabaco y que la aceptación a la presión social para fumar esta predicha por la expresión de emociones y asertividad, siendo esta última la que más explica la resistencia a la presión social (5.1% de la varianza explicada,  $F(1, 359) = 19.393$ ,  $p < .000$ ).

Se obtuvieron diferencias por grado escolar en aceptación de la presión social para fumar, los resultados indican que a medida que se avanza en el grado escolar los alumnos tienden aceptar más la presión social. No se encontraron diferencias por sexo, en su aceptación a la presión social para fumar ni en su resistencia a ella.

También se encontró que los adolescentes que experimentan y fuman, tienden a aceptar más la presión social para fumar, que aquellos que no fuman. A este respecto vale la pena, destacar que el instrumento considera tanto la presión pasiva (modelos a imitar) como la activa (oferentes directos) de los pares.

Derivado de lo anterior, podemos observar que la presión social para fumar predice la susceptibilidad tabáquica en los adolescentes, aumentando ésta a medida que se avanza en el grado escolar, se experimenta y fuma.

De acuerdo con los resultados de los análisis de regresión, las variables estudiadas podrían estructurarse de la forma en que se muestra la figura 2.

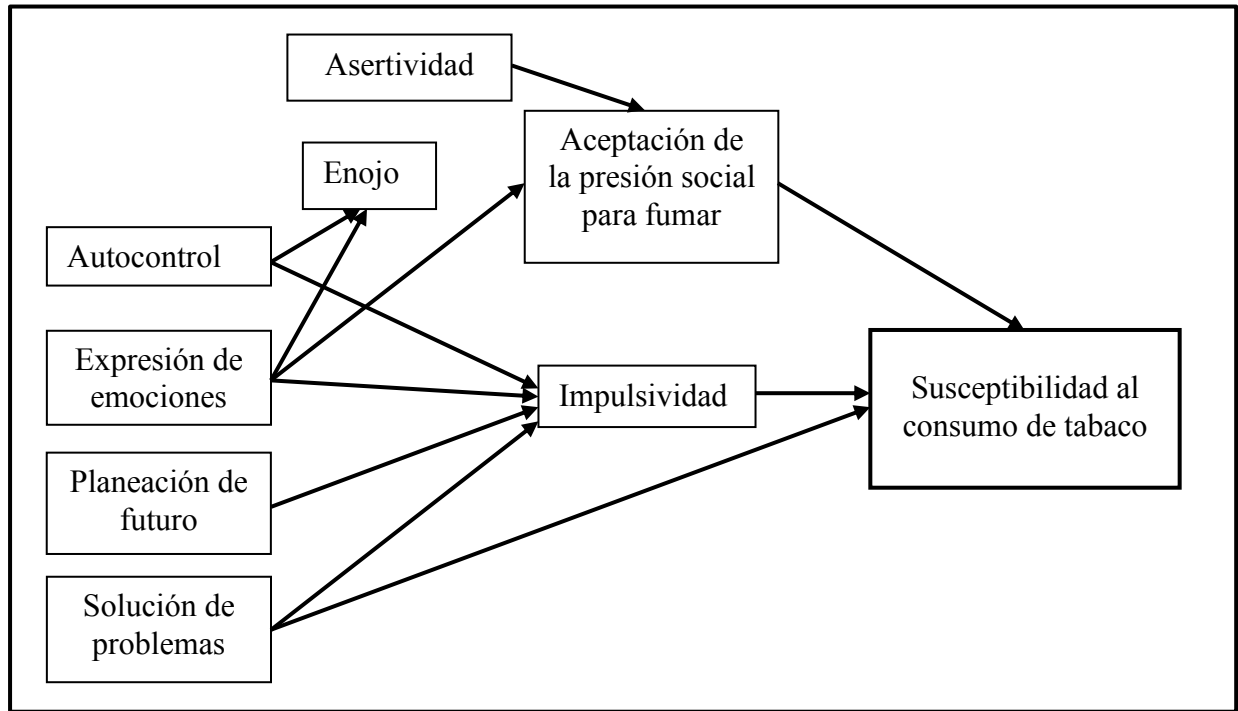


Fig. 2. Relaciones entre las variables estudiadas.

## COMPORTAMIENTO TABÁQUICO Y SUSCEPTIBILIDAD AL CONSUMO DE TABACO

La mitad de los alumnos entrevistados dijeron haber experimentado con el tabaco (49.4%); y uno de cada cinco niños afirmaron fumar cotidianamente.

La susceptibilidad al consumo de tabaco correlacionó positiva y significativamente ( $p < .001$ ), tanto con la experimentación con los cigarros como con la conducta de fumar, al igual que éstas últimas (véase figura 1).

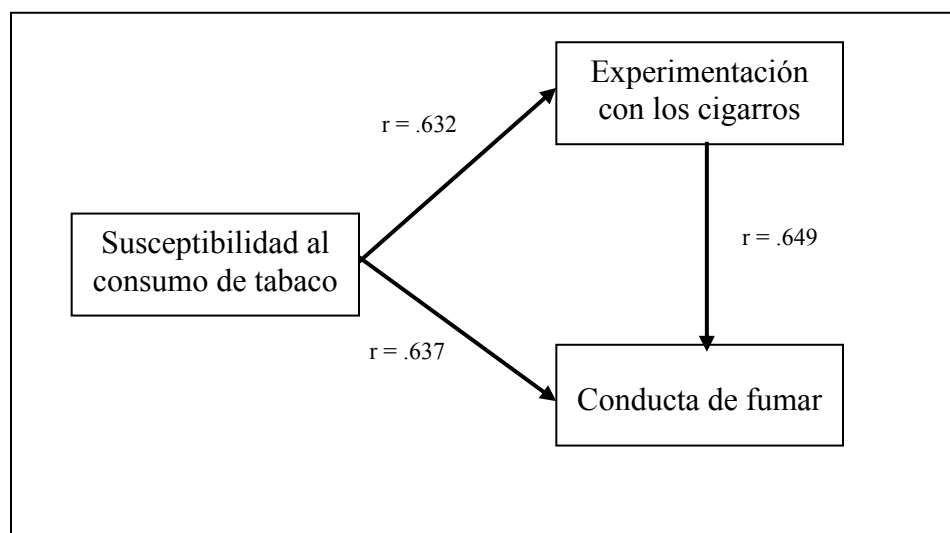


Fig. 1. Índices de correlación entre las variables de comportamiento tabáquico y susceptibilidad al consumo del tabaco.

No se encontraron diferencias en el comportamiento tabáquico de niñas y niños, pero sí por grado escolar,  $\chi^2 (4) = 34.28$ ,  $p < .001$  (véase tabla 7). Se observó que el porcentaje de experimentadores fue similar en los tres grados, pero el de fumadores aumentó significativamente al pasar el 1º al 2º grado.

Tabla 7. Distribución porcentual de los participantes por comportamiento tabáquico y grado.

<i>Grado</i>	<i>Comportamiento tabáquico</i>			<i>Total</i>
	<i>No han experimentado con el tabaco</i>	<i>Han experimentado pero no fuman</i>	<i>Fuman</i>	
1°	65.2%	27.7%	7.1%	100.0%
2°	46.6%	27.1%	26.3%	100.0%
3°	37.4%	32.1%	30.5%	100.0%
% promedio	50.6%	28.9%	20.5%	100.0%

Según se observa en la tabla 8, los chicos que nunca habían experimentado con el tabaco obtuvieron menores puntajes en impulsividad (media= 1.83, ds= 0.65), que los experimentadores (media= 2.12, ds= 0.66), siendo los fumadores los que puntuaron más alto (media= 2.47, ds= 0.72). Puntajes similares se encontraron en la subescala de enojo, los no experimentadores obtuvieron los menores puntajes (media= 2.35, ds= 0.66), seguidos por los experimentadores (media= 2.52, ds= 0.74), obteniendo los mayores puntajes los fumadores (media= 2.65, ds= 0.69). Estos datos nos indican que a medida que se experimenta y fuma, aumenta la impulsividad y el enojo.

En cuanto a la aceptación de la presión social los no experimentadores obtuvieron los puntajes más bajos (media= 1.17, ds= .45), seguidos de los experimentadores (media= 1.38, ds= 0.68), los puntajes más altos fueron obtenidos por los fumadores (media= 1.57, ds= 0.62). Estas puntuaciones nos indican que los que experimentan y fuman aceptan más la presión social para fumar.

En cuanto a la susceptibilidad al consumo de tabaco, los no experimentadores obtuvieron puntajes más bajos (media= 1.45, ds= 0.47), que los experimentadores (media= 1.77, ds= 0.50), los puntajes más altos fueron obtenidos por los fumadores (media= 2.59, ds= 0.43), lo cual nos indica que tanto los experimentadores como los fumadores, son susceptibles al consumo de tabaco. No se obtuvieron diferencias significativas en ninguna de las subescalas de habilidades para la vida por comportamiento tabáquico.

Tabla 8. Diferencias significativas obtenidas por comportamiento tabáquico.

<i>Escala</i>	<i>Subescala</i>	<i>Comportamiento Tabáquico</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>F (gl)</i>	<i>p</i>	<i>Tukey</i>
Impulsividad y enojo	Impulsividad	No experimentadores (NE)	1.83	0.65			NE – E, .001
		Experimentadores (E)	2.12	0.66	27.959	.000	NE – F, .000
		Fumadores (F)	2.47	0.72	(2, 399)		E – F, .001
	Enojo	No experimentadores (NE)	2.35	0.66			
		Experimentadores (E)	2.52	0.74	6.178	.002	NE – F, .002
		Fumadores (F)	2.65	0.69	(2, 407)		
Aceptación de la presión social para Fumar	No experimentadores (NE)	1.17	.45			NE – E, .004	
	Experimentadores (E)	1.38	.68	15.916	.000	NE – F, .050	
	Fumadores (F)	1.57	.62	(2, 402)		E – F, .000	
Susceptibilidad al consumo de Tabaco	No experimentadores (NE)	1.45	0.47			NE – E, .000	
	Experimentadores (E)	1.77	0.50	177.871	.000	NE – F, .000	
	Fumadores (F)	2.59	0.43	(2, 415)		E – F, .000	

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio identifican 5 variables de 6 que constituían la escala original de habilidades para la vida quedando: Autocontrol, Expresión de emociones, Planeación de futuro, Solución de problemas y Asertividad las cuales explican de manera directa la susceptibilidad al consumo del tabaco. También se observó que 4 de estas variables que son: Autocontrol, Expresión de emociones, Planeación de futuro, Solución de problemas tienen mayor efecto sobre la impulsividad, que resultó ser una variable mediadora para la susceptibilidad tabáquica. La impulsividad en algunos estudios se toma como rebeldía y constituye un factor central en la susceptibilidad al consumo del tabaco. La impulsividad ha sido un factor predictor en el consumo, recaída y cesación de la conducta de fumar. (Cuevas y Hernández Pozo, 2008; Perrine y Aloise-Young, 2004; Stoltenberg, Batién y Birgenheir, 2008; Perea-Baena y Oña-Compan, 2011).

Es importante mencionar que la impulsividad puede ser regulada, si los padres supervisan las actividades que realizan las adolescentes. (Bravo, Gálvez y Martínez, 1998, Calleja y Aguilar, 2008). Derivado de lo anterior, convendría incluir a los padres en los programas de prevención en las que se incluyan las variables estudiadas, lo cual coadyuvaría a que los padres monitorearan el comportamiento de sus hijos.

El enojo está relacionado con el autocontrol y la expresión de emociones, parece que a medida que hay menos autocontrol, se expresan más las emociones que provocan enojo, además la expresión de emociones de tipo negativo conlleva a la aceptación de la presión social para fumar y por ende los adolescentes serán más susceptibles al consumo del tabaco, lo cual concuerda con lo estudiado por otros autores (Bejarano y Alderete, 2009).

De igual manera se menciona que se ha constatado que bajos niveles de Inteligencia Emocional están asociados a un mayor consumo de tabaco y alcohol, por ello es importante considerar en los programas de intervención la gestión de emociones, en los que se incluyan elementos informativos de tabaco y alcohol (Fernández et al., 2009). A este respecto, Pérez de la Barrera (2012) sugiere realizar más investigación sobre las habilidades emocionales y su influencia en el consumo de drogas, con el fin de tener mayor claridad

sobre el papel que juegan, ya que a la fecha existe más investigación sobre las habilidades cognitivas y no tanto sobre las habilidades sociales y emocionales.

El autocontrol, expresión de emociones, planeación de futuro y solución de problemas predicen la impulsividad, es decir un menor autocontrol, la expresión de emociones negativas, particularmente el enojo, la falta de una planeación de futuro y el no poder solucionar problemas, hace que los adolescentes actúen de manera impulsiva, y por consiguiente sean más susceptibles al consumo del tabaco. De ahí que sea importante la promoción de un repertorio de habilidades para la vida que los haga más competentes y fortalezca su carácter. (Unicef, 19997; Mangrulkar et al., 2001; OPS y OMS, 2001)

El no poder solucionar los problemas que enfrentan los hace más susceptibles al consumo del tabaco, sobre este aspecto se ha dicho que el enfrentar ciertas experiencias de vida, cuando son muy intensas, por largos periodos de tiempo o recurrentes provoca emociones negativas que detonan conductas adictivas como el consumo de tabaco. (Bejarano y Alderete 2009; Fernández et al., 2009). De igual manera, un alto nivel de estresores ha sido asociado a un alto nivel de impulsividad y por consiguiente al consumo de drogas. (Calvete y Estévez, 2009).

El fortalecimiento de las habilidades para la vida, contribuirá a que los adolescentes eviten o disminuyan el consumo de tabaco o de otras drogas. Tal como ha quedado demostrado en la implementación de este tipo de programas en la reducción de conductas de riesgo. (Botvin, Griffin, Díaz, Miller e Ifill- Williams 1999; Griffin, Botvin, Nichols y Dole 2003; Alfaro, Sánchez, Andrade-Palos, Pérez de la Barrera y Montes de Oca, 2010).

Otra relación interesante la constituye la asertividad con la resistencia a la presión social y aceptación social que predicen la susceptibilidad al consumo del tabaco. Ser más asertivo implicará, resistir la presión social y tener menor susceptibilidad tabáquica, por el contrario al ser menos asertivo, se aceptará más la presión social y por consiguiente serán más susceptibles al consumo del tabaco.



Derivado de lo anterior, la aceptación y resistencia a la presión social, parece ser un continuo donde a mayor aceptación de la presión social, mayor susceptibilidad al consumo del tabaco y por el contrario a mayor resistencia de la presión social, dará como resultado una menor susceptibilidad tabáquica.

A este respecto es importante considerar que la escala cuenta con reactivos que evalúan los dos tipos de presión (activa y pasiva) que han sido asociados como predictores del consumo de tabaco, tanto cuando se acepta la presión de los oferentes directos, como cuando se realiza la selección por parte de los adolescentes de los amigos que fuman y los cuales son elegidos por compartir los mismas normas con respecto al tabaco. Recordemos que es en la etapa de la adolescencia donde la opinión de los pares es muy importante para el establecimiento de conductas, incluyendo las de consumo de tabaco. (De Vries et al., 2006; Hoffman, et al., 2007).

De igual manera es importante destacar el papel que juega un alto auto monitoreo en la presión pasiva de los pares para fumar y que consiste en que los adolescentes permanezcan atentos a los mensajes y señales pro tabaco que dirigen la conducta en dirección al consumo de tabaco, en aras de formar parte del grupo y que constituyen una influencia al querer imitarlos. (Perrine y Aloise-Young, 2004).

Otra relación interesante la constituye la impulsividad y la susceptibilidad tabáquica, relación que ya ha sido revisada en la literatura donde se menciona que existe evidencia del papel preponderante de la impulsividad en el inicio, mantenimiento, cesación y recaída del tabaquismo (Krishnan-Sarin et al., 2007; Cuevas, y Hernández-Pozo, 2008; Calleja, 2008).

Dentro de los factores que componen la impulsividad, se señala el cognitivo, la falta de no planeación y motor, siendo los factores más importantes, tanto el cognitivo que impide la capacidad reflexiva y no anticipatoria de las consecuencias de la conducta, como la impulsividad no planeada que corresponde a la falta de capacidad para programar, trazar planes y llevarlos a cabo (Perea-Baena y Ocaña-Compan, 2011).

Otros estudios refieren a que la impulsividad puede ser causada por el consumo del tabaco, que cambia las funciones del cerebro, el denominado craving. (Muñoz, 2007). El factor de la impulsividad relacionado con el craving ha resultado ser la urgencia, es decir la tendencia a sentir fuertes impulsos a pesar de las condiciones de afección negativa (Billieux, Van der Linden y Ceschi, 2007).

Al parecer la impulsividad, provoca que los adolescentes respondan sin importar las consecuencias de sus acciones, ya sea a corto o a largo plazo, ya que a medida que experimentan y fuman, son más impulsivos. En este estudio los experimentadores y fumadores obtuvieron puntajes más altos en la escala de impulsividad, contrariamente con los no experimentadores.

Lo anterior, también concuerda con los resultados reportados por otros autores donde se menciona que tanto los fumadores como los que recaen obtienen puntuaciones más altas en la escala de impulsividad, que se mide al inicio del tratamiento para abandonar el tabaco (Perea-Baena y Oña- Compan, 2011).

De igual manera la falta de solución de problemas predice la susceptibilidad al consumo del tabaco, es decir, los adolescentes que pueden resolver sus problemas, serán menos susceptibles al consumo del tabaco y viceversa, si no los resuelven los hará más susceptibles al consumo del tabaco.

La asertividad resultó ser un factor protector para resistir la presión de los amigos y por consiguiente tener una menor susceptibilidad al consumo del tabaco. La importancia de esta habilidad social ha sido reportada en numerosas investigaciones. (Botvin et al 1989, Mangrulkar et al 2001).

## PROSPECTIVA

Derivado de los resultados obtenidos en este estudio, podemos observar que se comprobó la hipótesis y se respondieron las preguntas planteadas en la investigación:

### Hipótesis

Las habilidades para la vida (planeación de futuro, autocontrol, asertividad, expresión de emociones y solución de problemas) y la no aceptación de la presión social para fumar, contribuyen a que los adolescentes tengan menor susceptibilidad al consumo de tabaco.

La hipótesis planteada en el estudio se acepta, en virtud de que las habilidades para la vida predicen que los adolescentes sean menos impulsivos y por consiguiente presenten menor susceptibilidad al consumo de tabaco. De igual manera la asertividad y la expresión de emociones predicen la aceptación de la presión social para fumar en los adolescentes, que a su vez predice la susceptibilidad al consumo de tabaco. En virtud de lo anterior, la promoción de estas habilidades en los adolescentes coadyuvará para que sean menos susceptibles al consumo de tabaco y que puedan afrontar en mejores condiciones la presión social de los amigos, la impulsividad y los retos de la vida diaria.

La susceptibilidad resultó ser un excelente predictor para el consumo del tabaco, que precede a la experimentación y a su consumo regular, por lo que es una buena medida para identificar los adolescentes que se encuentran en riesgo de convertirse en futuros fumadores. (Arillo-Santillan et al., 2007; Calleja y Aguilar, 2008 y Calleja, 2012).

## 1.- ¿Los adolescentes con más habilidades para la vida mostraran menor aceptación a la presión social para fumar?

Las habilidades que mejor predijeron la aceptación de la presión social para fumar fueron la expresión de emociones y la asertividad, por lo que es importante que los programas de intervención desarrollen estas habilidades en los primeros años de la adolescencia, a fin de retrasar la edad de inicio, ya que como quedó demostrado la susceptibilidad y el consumo aumentan a medida de que los adolescentes pasan de grado escolar a otro y que esta susceptibilidad está fuertemente influenciada por la aceptación de la presión social. Por consiguiente es importante implementar medidas que reduzcan o eviten en los adolescentes el consumo de tabaco debido a que es una población vulnerable que está en riesgo. (OMS, 2002; OPS, 2003; OMS; 2009).

Hay que recordar que la edad de inicio es importante, debido a que entre más jóvenes se inicien en el consumo de tabaco mayores dificultades tendrán para abandonarlo, por lo que las intervenciones tempranas tendrán más éxito en la reducción o evitación del tabaquismo (Berenzon et al., 1999; Stockdale, Dawson-Owens y Sagrestano, 2005; OPS/OMS/CDC/SND, 2006).

Estas habilidades habrán de desarrollarse por igual en ambos géneros, debido a que no existieron diferencias significativas por género en cuanto a la susceptibilidad para fumar, consumo de tabaco y aceptación de la presión social para fumar.

El riesgo de fumar se incrementa entre más amigos que fuman tengan los adolescentes, por lo que es necesario incluir en los programas de prevención los dos tipos de influencia de los pares, ya sea como oferentes directos o de modelamiento de amigos que fuman, así como la selección de los amigos que fuman, esta última al parecer esta mediada por la influencia de los familiares, la cual ha sido poco estudiada, de igual manera existe evidencia de tabaquismo pasivo en feto, menores y adolescentes en el hogar se presenta como resultado de que los padres o familiares fuman, con las respectivas consecuencias para la salud que esto implica ( Vries et al., 2003; Valdez-Salgado et al., 2006; Mallol et al., 2007 y Aguirre, 2007; Nerin de la Puerta y Checa, 2007; Barría y Calvo 2008;ENA; 2011).

La influencia de los padres, incluso hermanos en la etapa de inicio del tabaquismo en adolescentes requiere ser considerada y promover en los programas de prevención habilidades de rechazo, selección de amigos con intereses sanos, establecimiento de normas conservadoras sobre el uso de sustancias y módulos para que los padres abandonen el tabaco. La inclusión de los padres en este tipo de programas, puede ser un excelente apoyo para monitorear las actividades de sus hijos y ser modelos positivos de influencia para el fortalecimiento de habilidades que promuevan estilos de vida saludables. (Jackson, 1997; Berenzon et al., 1999; Simons-Morton, Haynie, Crump, Eitel y Saylor, 2001; Villatoro et al., 2002; Malcon, Menezes, Maka, Chatkin y Victora, 2003; Griffin, Botvin, Nichols y Doyle, 2003; Aloise-Young, 2004; Kotwal, Thakur y Seth, 2005; MECy MSC, 2005; Stockdale, Dawson-Owens y Sagrestano, 2005; De Vries, Candel, Engels y Mercken, 2006; Valdés- Salgado et al., 2006; Hoffman, Monge, Chou y Valente, 2007; Sánchez, Andrade, Betancourt y Vital, 2013).

Es importante que en los programas de prevención se considere la participación de los padres, con el propósito de que valoren la importancia de la supervisión y monitoreo de las actividades de sus hijos, a fin de prevenir el consumo de tabaco y que los apoyen en la solución de problemas o de los factores estresantes que enfrentan y ante los cuales requieren orientación y apoyo. (Simons-Morton et al., 2001; Calleja y Aguilar 2008).

Perrine y Aloise-Young (2004) consideran el auto monitoreo como variable de personalidad debe ser incluida en los programas de prevención del tabaquismo, ya que ésta demostró tener una influencia moderada con la presión pasiva de los pares y la etapa de inicio. Es decir, que los adolescentes deben percibir que son influenciados por sus pares al querer imitarlos.

La falta de asertividad estuvo relacionada con la aceptación a la presión social para fumar, por consiguiente incluir la asertividad en los programas de prevención ayudará a que los adolescentes resistan la presión social de sus pares para fumar. (Mangrulkar et al., 2001).

## 2.- ¿Los adolescentes que tienen más habilidades para la vida tendrán menor susceptibilidad al consumo de tabaco?

Las habilidades para la vida que mejor predijeron la susceptibilidad y comportamiento tabáquico, fueron cinco: autocontrol, expresión de emociones (ambas relacionadas directamente con el enojo), planeación de futuro, solución de problemas y asertividad, por lo que podemos deducir que los adolescentes que cuentan con estas habilidades, tendrán menor susceptibilidad al consumo de tabaco, siendo importante en el diseño de programas de intervención su promoción con el fin de que los adolescentes regulen su impulsividad, presenten menor susceptibilidad tabáquica, experimenten menos y por consiguiente se evite o reduzca la conducta de fumar. (OPS, 2000; Mangrulkar et al., 2001; Wasserman y Narboni, 2001; OPS, 2003;OMS,2006).

De igual manera habrá que entrenar a los adolescentes en la solución de los problemas que enfrentan, la forma en como los perciban y en el manejo de emociones, ya que como ha quedado demostrado que los eventos estresantes provocan emociones negativas que correlacionan con el consumo de tabaco. (Secretaría de Salud, 2001; Paniagua y García, 2003; Lenz, 2004; Czernik, Almeida, Godoy y Almirón, 2006; Ponciano-Rodríguez y Morales- Ruiz, 2007; Fernández, Jorge y Béjar, 2009; Bejarano y Alderete, 2009; Alfaro, Sánchez, Andrade, Pérez de la Barrera y Montes de Oca, 2010 y Villegas-Pantoja, Alonso-Castillo y Guzmán 2014).

La impulsividad es un factor de riesgo en la gente joven y está asociada al consumo de tabaco, incremento y dificultad para dejar de fumar, incluso la impulsividad predice si la persona tendrá éxito en el abandono del cigarro. (Serfati et al., 2002; Granö, Virtanen, Valthera, Elovainio y Kivimäki, 2004; Skinner, Aubin y Berlin, 2004; Krishnan-Sarin et al., 2007; Stoltenberg, Batién y Birgenheir, 2008; Calvete y Estévez, 2009 y Perea-Baena y Oña-Compan, 20011).

La impulsividad resultó ser un factor mediador para predecir la susceptibilidad tabáquica, por lo que sería interesante promover en los adolescentes la autorregulación emocional (Cuevas y Hernández-Pozo, 2008).

La impulsividad también está relacionada con el ansia de fumar, el denominado craving, que es el causante de las recaídas que se presentan después de períodos de abstinencia, en particular la urgencia por fumar, que es el factor de la impulsividad que mejor predice el craving. (Doran, Spring, McChargue, Pergadia y Richmon, 2004; Billieux, Van der Linden y Ceschi, 2007; Muñoz, 2007).

Debido a que el tabaquismo se inicia a edades cada vez más tempranas y que los resultados de este estudio indican que las adolescentes son más impulsivas y tienden a enojarse más que los adolescentes, convendrá realizar programas de intervención mixtos, para reforzar la autorregulación emocional primordialmente en mujeres que son un segmento vulnerable. (OPS/OMS/CDC/SND, 2002; Calleja, 2012).

La OPS (2000) menciona que estas habilidades para la vida pueden desarrollarse a través de programas escolares, ya que al ser una población cautiva, permite una mayor asistencia a este tipo de programas, con el propósito de hacer a los adolescentes más competentes ante situaciones de riesgo.

Los programas formativos deben ser recurrentes y proporcionarse en diferentes niveles educativos, además de formar parte de una estrategia integral de formación en la que participen la escuela, padres y comunidad, ya que como observamos en este estudio a medida que se avanza en el grado escolar, aumenta la susceptibilidad, experimentación y consumo de tabaco, más aun algunos autores consideran el 5° y 6° año de primaria como importantes, por ser etapas de transición. (Wasserman y Narboni, 2001).

El programa de habilidades para la vida debe incluir información sobre las consecuencias negativas que para la salud tiene la conducta de fumar, siendo su propósito desarrollar la autonomía de los adolescentes, para que tomen decisiones más saludables. (Botvin, Batson, Bess, Baker y Dusenbury 1989; Perry, Kelder, Murray y Kleep 1992; Botvin, Golberg, Botvin y Dusenbuy, 1993; Bruvold, 1993; Mangrulkar, Vince, Whitman y Posner, 2001;

Griffin, Botvin, Nichols y Doyle, 2003; Kotwal, Thakur y Seth, 2005; Bours, López, Higuera y Muro, 2005. y Valdés-Salgado et al., 2006).

También se reporta que dentro de los formadores se pueden incluir investigadores, maestros y pares, estos últimos han resultado ser muy efectivos en el modelamiento del comportamiento. (Botvin, Batson, Bess, Baker y Dusenbury 1989; Vartiainen, Fallolen, McAlister, Puska y MPolSci, 1990; Perry, Kelder, Murray y Kleep 1992; Botvin, Goldberg, Botvin y Dusenbury, 1993; Arco y Fernández, 2002; Griffin et al., 2003 y Magdaleno, et al., 2005).

Diversas investigaciones dan cuenta de que los programas de prevención del tabaquismo se han desarrollado en diferentes números de sesiones y horas, que van desde las 3 sesiones hasta las 15, con seguimientos de 1 a 8 años, en el que se incluyen diferentes formas de abordaje y experiencias de aprendizaje (presenciales; teatro, juegos etc., computarizados) y materiales de apoyo, por lo que vale la pena retomar estas experiencias para el desarrollo de un programa de prevención del tabaquismo dirigido a adolescentes y padres de familia que considere los factores que resultaron significativos en este estudio.(Vartiainen, Fallolen, McAlister, Puska y MPolSci, 1990; Aveyard, Almond, Sherratt, Lancashire, Lawrence, Griffin y Evansm 1999; Botvin, Griffin, Díaz, Miller e Ifill-Williams, 1999; Wang, Crosset, Lowry, Sussmany Dent, 2001; Mangrulkar, Vince y Posner, 2001; Unger et al., 2004; MEC y MSC; 2005 y OMS, 2006).

### 3.- ¿Los adolescentes que aceptan la presión social para fumar presentaran mayor susceptibilidad al consumo de tabaco?

Con base en los resultados quedo demostrado que los adolescentes que aceptan la presión para fumar, presentan mayor susceptibilidad al consumo del tabaco, debido a que son menos asertivos y expresan más sus emociones de tipo negativo. A este respecto conviene desarrollar en los adolescentes habilidades que les ayuden a identificar las señales tanto de presión pasiva como de activa, para que puedan resistirla, además de que de aprendan a autorregular sus emociones. (Sánchez, Andrade, Betancourt y Vital, 2013).



El promover entre los adolescentes, la expresión adecuada de emociones, lo cual implica que sepan reconocerlas y controlarlas, además ser más asertivos, fortalecerá su resistencia a la presión social para fumar, todo ello con el propósito primordial de prevenir el consumo del tabaco o retrasar la edad de inicio. (Ponciano-Rodríguez y Morales Ruiz, 2007; Bejarano y Alderete, 2009; Fernández, Jorge y Béjar, 2009)

De igual manera y dado que la aceptación de la presión social para fumar aumenta a medida que aumenta el grado escolar, es importante implementar los programas formativos en el primer grado escolar o antes del inicio a la educación secundaria, antes de que las tasas de alumnos que experimentan y se convierten en fumadores aumente, ya que el presente estudio demostró que en el primer grado de educación secundaria existe un alto porcentaje de alumnos que no ha consumido tabaco 65.2% y el porcentaje de los que experimentan 27.7% al igual que los que fuman es bajo 7.1% , lo cual concuerda con otras investigaciones que establecen como los ciclos ideales para intervenir el último grado de primaria y el primer grado de educación secundaria, el incremento en el consumo de tabaco de un nivel educativo a otro, nos permite identificar las pautas de consumo de tabaco. (Mangrulkar, Vince, Whitman y Posner, 2001; Magdaleno, Morello e Infante-Espindola, 2003; OPS/OMS/CDC/SND, 2002; Fernández et al., 2009).

Adicionalmente, también se ha comprobado, que quienes inician antes de los quince años, tienen más probabilidades de convertirse en fumadores, que quienes inician después de los 16 años (Donado y Striedinger 2014). Desde luego sin descartar que la capacitación sea recurrente a lo largo de los ciclos escolares donde se presenta más riesgo, con el fin de reforzar de manera continúa tanto el aprendizaje como las habilidades ya señaladas.

Los resultados de este estudio deben considerarse con reserva, ya que solo fue aplicado al total de la población de una escuela secundaria oficial técnica diurna de la delegación Azcapotzalco, por lo que sería importante ampliar la investigación a otras delegaciones políticas e incluir dentro de la muestra escuelas públicas y privadas de diferentes turnos, para determinar si existen diferencias o si los resultados se presentan de manera consistente. Esto debido a que se ha encontrado en otros estudios que el turno influye en la conducta de

fumar, reportando que los del turno diurno fumaron más que los del turno vespertino. (Donado y Striedinger 2014).

Adicionalmente se sugiere desarrollar más investigación sobre el continuo de resistencia-aceptación a la presión social, enojo e impulsividad y su relación con la susceptibilidad tabáquica y comportamiento tabáquico, con el fin de tener mayor claridad sobre esta relación, que aunque parece obvia es necesario señalar con fines de intervención que abarca desde el modelo preventivo hasta el curativo.

En suma, el replicar este estudio en escuelas públicas y privadas, permitirá identificar si las variables se comportan de forma similar o difieren y que el diseño de un programa de prevención de tabaquismo en adolescentes, considere las habilidades que resultaron significativas y que el mismo programa se ajuste a los diferentes contextos y poblaciones de adolescentes, dirigidos a los adolescentes que resultaron susceptibles(selectivos) o bien implementar programas universales, lo cual dependerá de los propósitos de cada estudio, sin descuidar evaluar el impacto en la reducción y retraso de la edad de inicio en el consumo de tabaco contando con instrumentos válidos y confiables. (Wang, Crossett, Lowry, Sussman y Dent, 2001). A este respecto habrá que considerar los instrumentos diseñados y validados para poblaciones mexicanas. (Andrade-Palos, Pérez de la Barrera, Alfaro, Sánchez y Montes de Oca, 2009).

De cualquier forma los resultados constituyen un referente para el diseño de programas de intervención sobre todo cuando se aplican a poblaciones similares a la realizada en este estudio, esto debido a que un sin número de programas se realizan desde la perspectiva individual de quien los diseña o imparte, sin considerar los factores presentes en la población a intervenir. La efectividad de los programas dependerá en gran medida de que los mismos estén acordes a las necesidades detectadas (Mangrulkar et al., 2001). Más aún valdría la pena valorar los efectos del programa de prevención, cuando lo realiza un profesional o bien cuando son los propios actores los que se involucran en su propio programa de formación, encontrándose en este último caso resultados muy positivos, ya

que son los mismo pares quienes modelan comportamientos positivos (Vartiainen et al., 1990; Magdaleno et al., 2005).

Por ultimo vale la pena recordar que la suma de acciones emprendidas por la OMS, entre las que se encuentran las advertencias sanitarias, las restricciones en los programas de comercialización, las normas para para reducir el humo ambiental, las restricciones en promoción y publicidad, aunados a los programas de prevención, han contribuido en su conjunto a una ligera reducción en el consumo de tabaco y vale la pena continuar investigando sobre las habilidades para la vida con el fin de prevenir el consumo de tabaco y con ello evitar las consecuencias nocivas que para la salud trae su consumo. (OPS, 1999; OMS, 2002; OMS, 2009).

La prevención es la mejor inversión en salud, más que la curación, de ahí la importancia de crear ambientes favorables y promover el desarrollo de conocimientos y habilidades que reduzcan el riesgo y que aunados a una estrategia integral promuevan estilos de vida saludables. (OPS, 2003; Magdaleno et al., 2005; Bours et al., 2005; Valdés-Salgado et al., 2006 y OMS, 2006).

## REFERENCIAS

- Aguirre, V. (2007). Tabaquismo durante el embarazo: Efectos en la salud respiratoria infantil. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 23, 173-178.
- Alba, L.H. (2007). Factores de riesgo para iniciar el consumo de tabaco. Artículo de revisión. *Revista Colombiana de Cancerología*, 11, 250-257.
- Alfaro, L. B., Sánchez, M. E. Andrade, P., Pérez de la Barrera, C. y Montes de Oca, A. (2010). Habilidades para la vida, consumo de tabaco y alcohol en adolescentes, *Revista Española de Drogodependencia*, 35,67-77.
- Amato, R. (2003). Consumo de tabaco en la adolescencia: un modelo de atención. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 101, 1-6.
- Andrade, P., Pérez de la Barrera, C., Alfaro, M., Sánchez, M., y López, A. (2009). Resistencia a la presión de pares y pareja y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 21(3), 243-250.
- Arco, J. L. y Fernández, A. (2002). Porque los programas de prevención no previenen. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 209-226.
- Arillo, E., Trasher, J., Rodríguez, R., Chávez, R., Ruiz, S. y Lazcano, E. (2007). Susceptibilidad al consumo de tabaco en estudiantes no fumadores de 10 ciudades mexicanas. *Salud Pública de México*, 49(2), 170-181.
- Armendáriz, N., Rodríguez, L. y Guzmán, F. (2008). Efecto de la Autoestima sobre el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes del área rural de Nuevo León México. *Revista Electrónica de Salud Mental y Drogas*, 4(1), 1-16.
- Aveyard, P., Cheng, K. K., Almond, J., Sherratt, E., Lancashire, R., Lawrence, T., Griffin, C. y Evans, O. (1999). Cluster randomised controlled trial of expert system based on the transtheoretical (“stages of change”) model for smoking prevention and cessation in School. *Department of Public Health and Epidemiology and University of Birmingham UK*, 319, 948-953.
- Barría, R. y Calvo, M. (2008). Factores asociados a infecciones respiratorias dentro de los tres primeros meses de vida. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(3), 281-289.
- Bejarano, I. y Alderete, E. (2009). Tabaquismo y estado emocional. Las emociones negativas como predictores del inicio al tabaquismo en adolescentes jujeños. *Revista: Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales-Universidad Nacional de Jujuy*, 37, 49-62.
- Berenzon, S., Villatoro, J. A., Medina-Mora, ME., Fleiz, C., Alcántar-Molinar, E. y Navarro, C. (1999). El consumo de tabaco de la población estudiantil de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 22, 20-25.
- Billieux, J., Van der Linden, M. y Ceschi, G. (2007). Wich dimensions of impulsivity are related to cigarette craving? *Adicctive Behaviors*, 2(2007), 1189-1199.
- Botvin, G. J., Batson, H.W., Witts-Vitale, S., Bess, M.V., Baker, E. y Dusenbury, L. (1989). “A Psychosocial approach to smoking prevention for urban black youth” *Public Health Reports*, 4, 573-582.
- Botvin, G. J., Goldberg, C.J., Botvin, E. M. y Dusenbury, L. (1993). “Smoking behavior of adolescent exposed to cigarette advertising” *Public Health Reports*, 106(2), 217-224.

- Botvin, G. J., Griffin, K.W., Díaz, T., Miller, N. & Ifill-Williams. M. (1999). Smoking initiation and escalation in early adolescent girls. One-Year Follow-Up of a school-based prevention intervention for minority youth. *JAMWA*, 54(3), 139-143.
- Bours, E., López, R., Higuera, F. y Muro, J. (2005). Programa Estatal de habilidades para la vida. *Secretaría de Educación Pública, Servicios de Salud Mental y Estado de Sonora*, 1-113.
- Bravo, A., Galvez, H y Martínez, V. (1998). Aprendiendo sobre nuestros sentimientos: una guía para el trabajo en el aula: guía para educadoras/es. *Ministerio de Salud*, 39.
- Bruvold, WH. (1993). A Meta-Analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal Public Health*, 83, 872-880.
- Calleja, N. y Aguilar J. (2008). Por qué fuman las adolescentes: Un modelo estructural de la intención de fumar. *Adicciones*, 20(4), 387-394.
- Calleja, N. (2009). Prevención de tabaquismo en mujeres adolescentes. Capítulo 2. La adicción al tabaco. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 37-47.
- Calleja, N. (2012). Susceptibilidad al consumo de tabaco y comportamiento tabáquico en las adolescentes. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1227-1234.
- Calvete, E. y 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.
- Clayton, F., Scutchfield, F. D., & Wyatt, S.W. (2000). Hutchinson Smoking Prevention Project: a New Gold standard in prevention science requires new transdisciplinary thinking. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(24), 1964-1965.
- Comité de Expertos sobre documentos de la Industria del Tabaco (2000). "Estrategias de empresas tabacaleras para socavar las actividades de la lucha antitabaco de la Organización Mundial de la Salud. Jul.2000. disponible en <http://www.who.int/tobacco/media/en/inquiry SP.pdf>
- Cuevas, E. y Hernández-Pozo, MR. (2008). Evaluación de la impulsividad en fumadores: Una revisión sistemática. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34, 293-311.
- Czernik, G., Almeida, S. A., Godoy, E. I. y Almirón, L. M. (2006). Severidad depresiva en adolescentes de una escuela de formación profesional de la ciudad de Resistencia. Chaco Argentina. *CIMEL*, 11(1), 16-19.
- De Vries, H., Candel, M., Engels, R. y Mercken, L. (2006). Challenges to the peer influence paradigm: Results for 12-13 years old from six European countries from the European smoking prevention framework approach study. *Tobacco Control*, 15, 83-89.
- Donado, B. E. y Striedinger, M. (2014). Grupo etario de 9-15 años período crítico para adquirir la adicción al tabaquismo y momento ideal para programas educativos de prevención. *Escenario*, 12(1), 74-84.
- Doran, N., Spring, B., McChargue, D., Pergadia, M. y Richmond, M. (2004). Impulsivity and smoking relapse. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(4), 641-647.
- Dusenbury, L., Kemer, J. F., Baker, E., Botvin, G., James-Ortiz, S. y Zauber, A. (1992). "Predictors of smoking prevalence among New York latino youth, *American Journal of Public Health*, 82(1), 55-58.

- Encuesta Nacional de Adicciones. (2011). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: *Reporte de Drogas*. Villatoro-Velázquez, J.A., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Téllez-Rojo, M.M., Mendoza-Alvarado, L.R., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J.P., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear, C. y Guisa-Cruz, V. 25-60.
- Enríquez, A. (2007). Habilidades para la vida en los adolescentes estudiantes de una escuela secundaria. *Informe Profesional de Servicio Social*, para obtención del grado de Maestría. UNAM.
- Fernández, B., Jorge, V. y Béjar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo del tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *Psiconcología*, 6(1), 243-256.
- González, L. y Berger, K. (2002). Consumo de tabaco en adolescentes: Factores de riesgo y Factores protectores. *Ciencia y Enfermería*, 8(2), 27-35.
- Granö, N., Virtanen, M., Vathera, J., Elovainio, M. y Kivimäki, M. (2004). Impulsivity as a predictor of smoking and alcohol consumption. *Personality and Individual Differences*, 37(2004), 1693-1700.
- Griffin, K. W., Botvin, G. J., Nichols, T. R. y Doyle, M. M. (2003). Effectiveness of universal drug abuse prevention approach for youth at high risk for substance use initiation. *Preventive Medicine*, 36, 1-7.
- Hoffman, B.R., Monge, P.R., Chou, C-P. y Valente, T.W. (2007). Perceived peer influence and peer selection on adolescent smoking. *Addictive Behavior*, 32(2007), 1546-1554.
- Jackson, C. (1997). Initial and experimental stages of tobacco and alcohol use during late childhood: relation to peer, parent and personal risk factors. *Addictive Behaviors*, 22(5), 685-698.
- Kotwal, A., Thakur, R. y Seth, T. (2005). Correlates of tobacco-use pattern amongst adolescents in two schools of New Delhi, India. *Indian Journal Medicine Science*, 59(6), 243-252.
- Krishnan-Sarin, S., Reynolds, B., Duhig, A.M., Smith, A., Liss, T., McFetridge, A., Cavallo, D.A., Carroll, K.M. y Potenza, M.N. (2007). Behavioral impulsivity predicts treatment outcome in a smoking cessation program for adolescents smokers. *Drugs Alcohol dependence*, 88(1), 79-82.
- Kuri-Morales, P. A., González-Roldán, J. F., Hoy, M. J. y Cortés-Ramírez, M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública de México*, 48(1), 91-98.
- Lenz, B. K. (2004). Tobacco, depression, and lifestyle choices in the pivotal early college years. *Journal of American College Health*, 52(5), 213-220.
- Magdaleno, M., Concha-Eastman, A., Beerling-Henestrosa, D., y Moreno, A.I. (2005). Experiencia 4, Habilidades para la vida y promoción de la salud en la escuela, librería en línea de la *Organización Mundial de la Salud*, 21-24.
- Magdaleno, M., Morello, P., e Infante-Espíndola, F. (2003). "Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década", *Salud Pública de México*, 45(1), 132-139.

- Magdaleno, M., Concha-Eastman, A., Beerling-Henestrosa, D., y Moreno, A. I. (2005). Experiencia 4, Habilidades para la vida y promoción de la salud en la escuela, librería en línea de la *Organización Mundial de la Salud*, 21-24.
- Malcon, M. C., Menezes, AM. B., Maia, MF. S., Chatkin, M. y Victora, C. G. (2003). “Prevalencia e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(4), 222-228.
- Mangrulkar, L., Whitman, CV. y Posner, M. (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes, *Organización Panamericana de la Salud*, 1-65.
- Mallol, J., Koch, E., Caro, N., Sempertegui, F., y Madrid, R. (2007). Prevalencia de enfermedades respiratorias en el primer año de vida en hijos de madres que fumaron durante el embarazo. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 23(1), 23-29.
- MEC (Ministerio de Educación y Ciencia) y MSC (Ministerio de Sanidad y Consumo). (2005). *Prevención del tabaquismo y promoción de estilos de vida sin tabaco sobre colectivos específicos de educadores y alumnos*. Melilla, España: MEC y MSC.
- Medina Mora, ME., Peña-Corona, MP., Cravioto, P., Villatoro, J. y Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas ¿el uso temprano del tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud Pública de México*, 44(1), 109-115.
- Muñoz, M. A. (2007). Mecanismos motivacionales del craving: ansia por el tabaco. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología de la Universidad de Granada. *Editorial de la Universidad de Granada*, 1-349
- Nerin de la Puerta, I. y Checa, M. J. (2007). Informe sobre la situación actual del consumo de tabaco en las mujeres desde una perspectiva de género. Recomendaciones de futuro. Libro Blanco sobre Mujeres y Tabaco. *Comité Nacional para la prevención del tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo*, Capítulo ocho, Tabaquismo pasivo. R’Kainay Comino, 137.147.
- Núñez, A. y Núñez, S. (2007). Prevalencia del hábito de fumar en adolescentes escolares en Asunción, Paraguay. *CIMEL*, 12(1), 16-18.
- OPS Organización Panamericana de la Salud. (1999). *El Convenio Marco para la Lucha Anti tabáquica*. Fortalecimiento de la salud a nivel mundial.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2000). Por una Juventud sin Tabaco, *librería en línea de la Organización Mundial de la Salud*. (OMS). Adopción de Medidas, 23-31, 35-47.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) y OMS (Organización Mundial de la Salud) (2001). *Promoción de la Salud*. 43er Consejo Directivo 53ª sesión del Comité Regional, Washington D.C. EUA.
- OPS/OMS/CDC/SND (2002). Tabaquismo, consumo en el ámbito de la enseñanza media.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2003) XXXVIII *Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. Visitas a Áreas Técnicas*. Washington, D.C., 3-5 de noviembre de 2003.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), OMS (Organización mundial de la Salud), (2006). 47. ° *Consejo Directivo*, 58. ° *Sesión del Comité Regional*. Washington, D.C., EUA.

- OPS/OMS/CDC/SND (2006). Segunda Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, (EMTJ) Uruguay 2006.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2000). Qué ocurre con los muchachos? *Una revisión bibliográfica sobre la salud y desarrollo de los muchachos adolescentes*. Ginebra Suiza.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2002). “Informe sobre la salud en el mundo 2002”, *Reducir los Riesgos y Promover una Vida Sana*.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2002). *Convenio Marco de la OMS para la lucha anti tabáquica*.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2002). Programas nacionales de lucha contra el cáncer. Directrices sobre Política y Gestión. *Resumen de Orientación*. Ginebra Suiza.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2002-2003). *Presupuesto por Programas y Evaluación de la Ejecución*.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2003). Promoción del Desarrollo Fetal Óptimo. *Informe de una Reunión Consultiva Técnica*. Ginebra Suiza.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra Suiza.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2006). *Conferencia de las partes en el Convenio Marco de la OMS, para el control del tabaco*, “Situación del Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco”.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2006). *Informe de la Secretaría interina y situación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2006). *Salud Bucodental: Plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad*. Consejo Ejecutivo 120ª reunión, punto 4.6 de la orden del día provisional. 30 de noviembre de 2006.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2008). *Informe sobre dependencia y abandono del tabaco* (en relación con el artículo 14 del Convenio) (Decisión FCTC/COP2 (14)), punto 4.7 del orden del día provisional.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2009). *Informe OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo, 2009*. Consecución de ambientes libres de tabaco.
- Palacios, J.R., y Andrade, P., (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*, 7, 5-16.
- Paniagua, H. y García, S. (2003). Signos de alerta de trastornos alimentarios, de depresión, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 411-422.
- Perea-Baena, J. y Ocaña-Compan, S. (2011). Impulsividad como predictor de recaída en el abandono de tabaco. *Anales de la Psicología*, 27(1), 1-6.
- Pérez de la Barrera, C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Adicciones*, 24(2), 153-160.
- Perrine, N.E. y Aloise-Young, P.A. (2004). The role of self-monitoring in adolescents susceptibility to passive peer pressure. *Personality and Individual Differences*, 37(2004), 1701-1716.



- Perry, C. L., Kelder, S. H., Murray, D. M. y Kleep, K. I. (1992). Communitywide smoking prevention: Long-Term outcomes of the Minnesota Heart Health Program and the Class of 1989 Study. *American Journal of Public Health*, 82(9), 1210-1216.
- Ponciano-Rodríguez, G. y Morales-Ruiz, A. (2007). La escritura emocional como una herramienta para el tratamiento psicológico del tabaquismo. *Salud Pública de México*, 49(2), 280-289.
- Reddy-Jacobs, C., Téllez-Rojo, M. M., Meneses-González, F., Campuzano-Rincón, J. y Hernández-Ávila, M. (2006). Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México. *Salud Pública de México*, 48(1), 83-90.
- Redolat, R., Carrasco, M. C. y Simon, V. M. (1994). "Efectos cognitivos de la nicotina y el tabaco en sujetos humanos". *Psicothema*, 6(001), 5-20.
- Rossignoli, 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.
- Saldias, F., Méndez, J. I., Ramírez, D. y Díaz, O. (2007). El riesgo de infecciones respiratorias en el fumador activo y pasivo. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 23, 179-187.
- Sánchez-X, C. O., Andrade, P., Betancourt, D. y Vital, G. (2013). Escala de resistencia a la presión de los amigos para el consumo de alcohol. *Acta de Investigación Psicológica*, 3 (1), 917-929.
- Schepis, Ty. S., Desai, R.A., Smith, A.E., Cavallo, D.A., Liss, T.B., McFetridge, A., Potenza, M.N. y Krishnan-Sarin, S. (2008). Impulsive sensation seeking, parental history of alcohol problems, current alcohol and tobacco use in adolescents. *Journal Addictive Medicine*, 2(4), 185-193.
- Scott, G. (2003). Measurement of impulsivity in a hierarchical model of personality traits: implications for substance use. *Substance use and Misuse*, 38(1), 67-83.
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa de acción: Adicciones. Tabaquismo*. DR. Secretaría de Salud. Lieja7. Col. Juárez. México, D.F. [www.ssa.gob.mx/unidades/conadic](http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic).
- Serfati, E.M., Casanueva, E., Zavala, M.G., Andrade, J.H., Boffi-Boggero, H.J., Leal Marchena, N., Masaútis, A. E. y Foglia, V. L. (2002). Violencia y riesgos asociados en los adolescentes. *Adolescencia Latinoamericana*, 3(1), 0-0.
- Simons-Morton, B., Haynie, D.L., Crump, A.D., Eitel, P. y Saylor, K.E. (2001). Peer and parent influences of smoking and drinking among early adolescents. *Health Education & Behavior*, 28 (1), 95-107.
- Skinner, M.D., Aubin, H-D. y Berlin, I. (2004). Impulsivity in smoking, nonsmoking and exsmoking alcoholics. *Personality and Individual Differences*, 29(2004), 973-978.
- Stockdale, M. S., Dawson-Owens, Haley, L. y Sagrestano, L. M. (2005). Social, attitudinal and demographic correlates of adolescent vs College-age tobacco use initiation. *American Journal of Health Behavior*, 29(4), 311-323.
- Stoltenberg, S.F., Batien, B.D. y Birgenheir, D.G. (2008). Does gender moderate associations among impulsivity and health-risk behaviors? *Addictive Behavior*, 33(2), 252-265.
- Unger, J. B., Chou, CP., Palmer, P. H., Ritt-Olson, A., Gallaher, P., Cen, S., Litchman, K., Azen, S. y Anderson Johnson, C. (2004). Proyect FLAVOR: 1-Year outcomes of a

- multicultural, school-based smoking prevention curriculum for adolescents. *American Journal of Public Health*, 94(2), 263-265.
- Valdés-Salgado, R., Thrasher, J., Sánchez-Zamorano, LM., Lazcano-Ponce, E., Reynales-Shigematsu, L.M., Meneses-González, F. y Hernández-Ávila, M. (2006). Los retos del convenio marco para el control del tabaco en México: un diagnóstico a partir de la Encuesta sobre tabaquismo en jóvenes, *Salud Pública de México*, 48(1), 5-16.
- Vartiainen, E., Fallonen, V., McAlister, A. L. y Puska, P. (1990). Eighth-year follow-up result of an adolescent smoking prevention program: The North Karelia Youth Project. *American Journal of Public Health*, 80(1), 78-79.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. A., Rojano, C., Fleiz, C., Bermudez, P., Castro, P. y Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición de otoño del 2000. *Salud Mental*, 25(1), 43-53.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. A., Hernández, M., Fleiz, C., Buenabad, A. y Bermúdez, P. (2005). La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México: Noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 28(1), 38-50.
- Villegas-Pantoja, M. A., Alonso-Castillo, M. M., Alonso-Castillo, B. A. y Guzmán, F. R. (2014). Eventos estresantes y la relación con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Ciencia y Enfermería*, 20(1), 35-46.
- Vries, H., Mudde, A., Leijts, I., Charlton, A., Vartiainen, G. B., Clemente, M. P., Storm, H., González, A., Nebot, M., Prins, T. y Kremers, S. (2003). The European smoking prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention. *Health Education Research*, 18(5), 611-626.
- Wang, L. Y., MBA, MA., Crossett, L. S., Lowry, R., Sussman, S. y Dent, C.W. (2001). Cost-effectiveness of a school-based tobacco-use prevention program. *Archivos de Pediatría y Adolescencia Médicos*, 155(9), 1043-1050.
- Wasserman, D. y Narboni, V. (2001). Prevención del suicidio, un instrumento para docentes y demás personal institucional *WHO/MNH/MBD/00.3*. Ginebra.

# ANEXOS



**Instrucciones:** A continuación se presenta una lista de situaciones que están relacionadas con la vida diaria. Lee cuidadosamente cada una y marca la opción que corresponde a lo que tú harías.

<i>Situaciones</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Casi siempre</i>
1. Pienso antes de hacer las cosas.				
2. Tengo metas definidas en mi vida.				
3. Mis decisiones me llevan a lograr mis metas.				
4. Lucho por conseguir lo que realmente deseo.				
5. Trato de lograr las metas que me propongo.				
6. Acepto mis errores				
7. Controlo mis emociones.				
8. Cuando estoy enojado, lo disimulo.				
9. Soy paciente.				
10. Soy honesto conmigo mismo.				
11. Dejo mi futuro a la suerte.				
12. Me mantengo tranquilo ante las dificultades.				
13. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.				
14. Doy mi punto de vista aunque no sea igual al de otras personas.				
15. Expreso claramente lo que pienso sin ofender a los demás.				
16. Me da pena participar en clase por temor a lo que piensen mis compañeros.				
17. Me mantengo firme en mis decisiones.				
18. Si mis amigos (as) me invitaran a fumar, aceptaría aunque a mí no me gustara fumar.				
19. Si en una fiesta todos estuvieran fumando tabaco, me sentiría presionado (a) para hacerlo aunque no quiera fumar.				
20. Soy una persona que expresa su afecto.				
21. Expreso lo que siento.				
22. Si mi mejor amigo(a) me pidiera que fumáramos y yo no quisiera, le diría que "No".				
23. Trato de ocultar mis emociones.				
24. Demuestro mi alegría.				
25. Cuando las cosas no me salen como yo las deseo, me enojo.				
26. Fumaría si mis amigos me insistieran.				

27. Cuando me enojo, me desquito con cualquiera.				
28. Soy muy enojón.				
29. En una fiesta yo no fumaría aunque la mayoría estuviera fumando.				
30. Expreso mi enojo cuando me ofenden.				
31. Acostumbro salirme con la mía.				
32. Me gusta tomar riesgos.				
33. Soy impulsivo.				
34. Logro convencer a los demás para que hagan lo que yo quiero.				
35. Trato de ganar aunque dañe a otros.				
36. Si mis amigos (as) me insistieran para que fumara tabaco, lo haría aunque no quisiera.				
37. Los demás se dan cuenta cuando me enojo.				
38. Si mis amigos (as) me ofrecieran un cigarro, aceptaría aunque no quisiera.				
39. Fumaria aunque no quisiera, si mis amigos (as) me insistieran.				
40. Puedo expresar mis ideas de forma clara y abierta.				
41. Si mis amigos (as) estuvieran fumando, fumaría con ellos aunque no quisiera.				
42. Cuando tomo una decisión, evalúo sus resultados.				
43. Si yo no quisiera fumar y mi mejor amigo(a) me lo propusiera, lo haría para conservar su amistad.				
44. Me puedo negar a hacer algo que no quiera.				
45. Cuando no quiero fumar simplemente digo "No".				
46. Me cuesta trabajo decir "No" cuando me ofrecen un cigarro.				
47. Si mis amigos(as) me insistieran para que fumara, lo haría aunque no quisiera, para que no se enojaran conmigo.				
48. En las fiestas o reuniones con mis amigos(as) me niego a fumar, cuando no quiero hacerlo.				
49. Me da pena manifestar mi afecto a las personas que estimo.				
50. Cuando mis amigos(as) me presionan para fumar, les digo que no insistan.				
51. Defiendo mis opiniones ante mis amigos.				
52. Puedo rechazar un cigarro cuando no quiero fumar				



## FUMAR

La Facultad de Psicología de la UNAM está realizando un estudio sobre el hábito de fumar. Éste **no es un examen**, por lo que no hay respuestas correctas o incorrectas. Sólo nos interesa conocer tu **opinión**, la cual será absolutamente **confidencial**. Ningún maestro o papá/mamá verán las respuestas ya que se procesarán por computadora. Encierra en un círculo la opción que mejor corresponda a tu manera de pensar. Es muy importante que **contestes todas** las preguntas, aunque parezcan repetidas.

### YO CREO QUE:

#### 1. Fumar es muy rico:

Totalmente de acuerdo      De acuerdo      En desacuerdo      Totalmente en desacuerdo

#### 2. Está bien fumar:

A cualquier edad      Sólo después de los 15 años      Sólo después de los 20 años      Nunca

#### 3. Cuando sea un poco mayor, voy a fumar:

Definitivamente no      Probablemente no      Probablemente sí      Definitivamente sí

#### 4. Cuando estoy con amigas o amigos que fuman, me dan ganas de fumar:

Definitivamente no      Probablemente no      Probablemente sí      Definitivamente sí

#### 5. Durante los próximos 12 meses (un año) fumaré por lo menos un cigarro:

Totalmente de acuerdo      De acuerdo      En desacuerdo      Totalmente en desacuerdo

#### 6. Si estuviera solo(a) en la casa y me encontrara un cigarro, yo fumaría:

Definitivamente no      Probablemente no      Probablemente sí      Definitivamente sí

#### 7. Actualmente yo fumo:

Algunos cigarros al día      Algunos cigarros a la semana      Sólo de vez en cuando      No fumo

#### 8. Si una amiga o amigo me ofreciera un cigarro yo aceptaría:

Definitivamente no      Probablemente no      Probablemente sí      Definitivamente sí

#### 9. Nunca voy a fumar:

Totalmente de acuerdo      De acuerdo      En desacuerdo      Totalmente en desacuerdo

**10. Yo he probado el cigarro:**

Muchas veces

Algunas veces

Una vez

Nunca

**11. Dentro de cinco años, yo seré fumador(a):**

Definitivamente no

Probablemente no

Probablemente sí

Definitivamente sí

**12. Nombre:**

**13. Grado y grupo:**

**14. Sexo**

**Femenino**

**Masculino**

**15. Edad:**

**16. Escuela:**