

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO EN ADOLESCENTES.

Luz Viviana Sastre Gómez.

Diplomado de Psicología de la Salud

Facultad de Psicología

Universidad de La Sabana

Chia, Junio 2007.

Resumen.

El consumo de tabaco es la mayor fuente de enfermedades y esta ligado a una cuarta parte de las defunciones anuales en América, de igual forma se ha evidenciado que la iniciación al consumo de esta sustancia habitualmente ocurre en la adolescencia. Esta situación permite reconocer que el tabaquismo sigue siendo un problema de salud pública el cual necesita ser abordado desde la psicología ya que se trata de una conducta identificada que se ejecuta en función de variables biopsicosociales, por lo tanto el conocimiento de las causas permite predecir y controlar el consumo del tabaco.

Este trabajo presenta una revisión de las experiencias en evaluación psicosocial del consumo de tabaco en población adolescente desde los modelos explicativos en conductas saludables, con el objetivo de identificar las variables que ayudan a prevenir la conducta o promover conductas saludables.

Palabras Claves: Adolescencia, consumo de tabaco, evaluación psicosocial, factores de riesgo, factores protectores, modelos de promoción en salud, prevención, promoción de la salud, tabaquismo.

Abstract

The tobacco consumption is the biggest source of illnesses and this linked to a fourth part of the annual deaths in America, of similar way one it has been seen that the initiation he happens in the adolescence to the substance consumption usually. This situation allows recognizing that the tobacco habit goes on being a problem of public health that needs to be approached from the psychology because slave trade of an identified conduct that one the knowledge of the causes executes according to biopsychosocial variables, by him so allows predicting and controlling the tobacco consumption.

This work presents an experience revision in psychosocial evaluation of the consumption of tobacco in teenager population from the explanatory models in healthy conducts with the objective of identifying the variables that help to warn the conduct or promote healthy conducts.

Keywords: Adolescents, Ricks factors, smoking, tobacco, prevention, tobacco consumption, health promotion models, health promotion, biopsychosocial evaluation.

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO EN ADOLESCENTES.

El consumo de tabaco es un problema de salud pública a nivel mundial. De acuerdo con la OMS, el tabaquismo es la segunda causa de mortalidad en el mundo, y la primera evitable, la evidencia científica de los últimos 50 años revela que el tabaco es uno de los productos más nocivos para la salud por sus consecuencias sobre ésta. No solo afecta al individuo por las múltiples enfermedades que causa, además de la reducción en la esperanza de vida, sino que también causa un gran daño sobre la economía de un país, en tanto que el aumento de la prevalencia de enfermedad y morbimortalidad produce un decremento en la productividad e inversión en atención terciaria, lo que representa un alto costo en el PIB de un país.

Además se ha demostrado que el tabaquismo es un hábito que, en la mayoría de los casos, se adquiere en la adolescencia, época en la cual se consolidan los hábitos en salud que conformarán los estilos de vida en la edad adulta. Además, está determinado por diversas variables individuales y sociales que habilitan el consumo de esta sustancia, legalmente aceptada.

Por esta razón, en las últimas décadas las ciencias de la salud, entre éstas la psicología, centran su atención en la gestión de programas de promoción de la salud, como eje central de la intervención. Se relacionan conceptos como salud, conducta saludable y calidad de vida. Se realiza la revisión de las experiencias en evaluación psicosocial del consumo de tabaco desde los modelos explicativos en conducta saludable.

Definición del Problema

Características del Tabaquismo

El tabaco es originario de América y proviene de la planta (*Nicotiana Tabacum*), arbusto de hojas verdes grandes, de textura vellosa y pegajosa con sabor amargo, sus flores son de color blanco, amarillo y violeta. Tiene aplicaciones en agricultura como insecticida y, en la industria química, como fuente de ácido nicotínico. Para la industria tabacalera es la materia prima en la producción de tabaco, por lo cual su cultivo se encuentra en incremento, por lo que ha llegado a ser una de las fuentes principales de ingreso para algunos países (Tapia, 2001).

En la década de los treinta, fumar se convirtió en una moda tanto para hombres como para mujeres, en esta época los epidemiólogos empezaron a observar que el cáncer de pulmón, poco frecuente antes del siglo XX, aumentó en forma considerable. Por su parte, por investigaciones clínicas y de laboratorio se encontró que muchas sustancias químicas en el humo de los cigarrillos son carcinógenas (Tapia, 2001).

El tabaquismo presenta diferentes clasificaciones una de esta es por las formas disponibles, ya que existe una enorme variedad de productos de tabaco en el mercado, que se categorizan en tres clases principalmente: el tabaco para fumar, las pipas y las preparaciones orales para mascar y mantener en la boca. Cada una de estas presentaciones tiene características particulares, pero todas ellas son mortíferas por compartir la misma base, el tabaco. La literatura otorga mayor interés al cigarrillo, por ser este el producto de mayor producción, comercialización y consumo (OMS, 2006a).

Otra clasificación igualmente dada por la organización mundial de la salud (OMS,1997), es la que cuantifica la adicción por el numero de cigarrillos fumados, por ejemplo se considera fumador habitual quien ha fumado 1 cigarrillo por día ó 5 por semana en el último año. Fumador esporádico, quien fuma 4 ó menos cigarrillos por semana. Y ex-fumador, quien no ha fumado ningún cigarrillo durante el último año.

Seguido a esto, también se clasifica el consumo de tabaco según la agencia, lo que se refiere a la diferencia entre el fumador activo, quien consume directamente el producto del tabaco; y el fumador pasivo, quien está expuesto a la corriente de humo secundaria y terciaria. La corriente primaria, es la que se inhala al succionar el cigarrillo y al aspirar para llevarla a los pulmones; la secundaria, sale del cigarrillo mientras hace combustión; y la corriente terciaria, es expulsada por el fumador activo después de haber inhalado la corriente primaria. Incluso se considera que la corriente secundaria y terciaria tienen componentes de mayor toxicidad que los de la corriente primaria, por lo cual, el fumador pasivo que inhala el humo que producen otros

fumadores, está en mayor riesgo de verse afectado en su salud (Córdoba, Clemente, & Aller 2003).

Otro estilo de clasificación que permite realizar un diagnóstico clínico, lo ofrece el manual diagnóstico y estadístico DSM-IV. Este involucra los criterios de dependencia y abstinencia a la nicotina como trastornos, en los que establece los siguientes criterios: necesidad de cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado (tolerancia), el efecto de las cantidades de sustancia disminuyen con su consumo continuado (tolerancia), la ingesta de la sustancia para aliviar o evitar la abstinencia (síndrome de abstinencia), aumento en la ingesta de la sustancia en mayores cantidades o durante periodos de tiempo mas largos de lo que inicialmente se pretendía (síndrome de abstinencia), por el contrario el abuso de nicotina y la intoxicación nicotínica no son considerados como un trastorno, puesto que son poco frecuentes. (DSM-IV,1994; Gold, 1995)

Según Carmo, Pueyo, & Lopez, (2005), la dependencia a la nicotina involucra aspectos físicos, después de ser inhalada en siete segundos atraviesa la superficie alveolar de los pulmones, entra en la corriente sanguínea y alcanza el cerebro, en este preludeo de tiempo el fumador siente los efectos placenteros como el aumento de la capacidad mental, incremento en la concentración, estabilidad en el estado de ánimo y la reducción de ansiedad, la dependencia se genera cuando entra en contacto la nicotina con las neuronas, esto a su vez crea una memoria en las células del cerebro, lo que genera modificaciones neuronales para la próxima excitación. Está comprobado que fisiológicamente, la nicotina produce efectos tolerantes, es decir, después de varias horas de la administración ocurre un decremento del efecto.

Sánchez, Ezcurra, Villamayor, y Elizagárate, (2001) presentan los aspectos implicados en la adicción a la nicotina, lo cual es pertinente abordar dado que el consumo de tabaco por parte de los adolescentes presenta mayores probabilidades de generar adicción. Así que los consumidores ocasionales pueden llegar a un nivel de consumo habitual, y los habituales presentar niveles altos de consumo producto de la tolerancia que desarrolla el organismo en respuesta al suministro repetido de esta sustancia. Estos autores indican que la adicción a la nicotina se desarrolla por varias

razones: la primera de ellas se explica por mecanismos de refuerzo positivo, por las propiedades estimulantes de la nicotina que generan un aumento en los niveles de activación. La nicotina actúa principalmente en el aumento y síntesis de dopamina en el núcleo accumbens, los efectos de recompensa son mayores que los reforzadores naturales ya que este neurotransmisor está implicado en el aprendizaje de respuesta y reforzamiento, lo que aumenta la probabilidad de consumo como respuesta instrumental.

Según Carmo, Pueyo, & Lopez, (2005), se conocen tres tipos de tolerancia que son: la metabólica, la farmacodinámica y la psicológica. El consumo de tabaco induce la formación de enzimas en el hígado incrementando la tolerancia metabólica de la nicotina y alquitrán, la tolerancia farmacodinámica hace referencia a la concentración de una determinada droga en el cuerpo regulada por el efecto de la nicotina sobre los receptores colinérgicos, y finalmente la tolerancia psicológica es una respuesta adaptativa y una conducta compensatoria que reduce estados emocionales alterados. Por esta razón, la estimulación (aumento de energía), la manipulación sensoriomotora, la relajación, el hábito en sí (fumar por automatismo), la reducción de afecto negativo (alivio de tensión, ansiedad o frustración) y la adicción, éstas son las principales razones que normalmente reportan los fumadores para seguir en el hábito. Estos motivos indican que los efectos subjetivos, y conductuales de la nicotina están asociados con las acciones neuro-reguladoras de estas sustancias con los neurotransmisores. (Breslau, Kilbey & Andreski 1994; Carmo, Pueyo, & Lopez, 2005).

Magnitud del Problema

En el 2005 se reportaron 1.200 millones de fumadores, cifra que para el 2006 aumentó a 1.300 millones, lo que sugiere que para el año 2030 esta cifra resultará en 2.000 millones de fumadores, se espera que cada una de tres muertes en los adultos del mundo se deba al efecto de fumar tabaco (OMS, 2005; OMS, 2006^a, Prevención del cáncer, 2007).

Según la OMS la mitad de los fumadores que se mantienen en el consumo mueren prematuramente debido a tal conducta, es decir, el 50% de los fumadores

regulares, 1 de cada 2, muere por el hábito (OMS, 2006a). Ya que se estima que hay 1.300 millones de fumadores habituales, de estos 650 millones morirán (OMS, 2006a).

Por su parte, en cuanto al consumo a temprana edad, la ENA (Encuesta Nacional de Adicciones, en México) indica que el consumo en población urbana de 12 a 65 años, según la escolaridad, es mayor en estudiantes de secundaria (32%); en segundo lugar, los menores en educación primaria (29.3%). Con respecto a la edad de inicio, 61.4 % comenzó a fumar antes de los 18 años y 33% entre los 18 y los 25 años; 5.5% después de tener 25 años. Con relación a fumadores en población masculina de 12-17 años, 23.5% de los escolares fuma y en el caso de mujeres 12.4% (Secretaría de salud de Mexico, 2001).

Según Medina, Peña, Cravioto, Villatoro, Kuri (2002), la edad de mayor probabilidad para iniciar el consumo como forma de experimentar ocurre entre los 15 y 19 años, lo que corrobora que el inicio temprano de tabaco aumenta la probabilidad de generar mayor dependencia, lo que a su vez, aumenta la probabilidad de probar otras sustancias ilícitas. En un estudio realizado en 2001 por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Nacional de Psiquiatría entre la población escolar en México, se reportó que el rango de edad más crítico para iniciar el consumo es de los 11 a 14 años, razón por la que los adolescentes son considerados grupos de alto riesgo, ya que más del 60% de los fumadores se han iniciado desde los 13 años y más del 90 % antes de los 20 años.

Según la Organización Panamericana de la salud OPS (2006), los países que tiene mayor prevalencia de adolescentes (entre los 13- 15 años) fumadores son: Chile en 32.4%, Uruguay con 25.6% y Argentina en 27%, por el contrario los países con menor prevalencia de fumadores en esta población son Cuba (5,7%) y República Dominicana (6.6%). Colombia no aparece

Los países con mayor prevalencia de fumadores en población adulta (15 –100 años) son: Chile con 37%, Cuba con un 34% y Costa Rica en un 30%, seguido de Argentina con un 25.8% y Uruguay en 29.8%, por el contrario los países con menor

prevalencia de fumadores en esta población son Guatemala en un 4.1 % y Ecuador con un 4.8%. Colombia no aparece (OPS, 2006).

Por otro lado el país que expone a los estudiantes de una mayor forma (13-15 años) a la publicidad relacionada al consumo de tabaco es Uruguay en un 94.8%, Paraguay en un 90.8%, Argentina en un 86%, Chile en un 84.7%, por el contrario, los países con menor exposición de publicidad a esta población son Haití 52% y Cuba 54%, Colombia no aparece (OPS, 2006).

En Colombia según el ministerio de la protección social (2006), el 68.7% de los jóvenes comienzan a consumir tabaco antes de los 14 años. Mientras el 70% de los consumidores comienza antes de los 18 años (Valdés, Hernández, & Sepúlveda, 2002). La prevalencia de consumo en el país es del 21% en la población general y del 29.8% para adolescentes entre los 12 y 18 años, según la OPS (2001a). De igual forma, la proporción de fumadores que consumen menos de un cigarrillo diario es cercana a 10% del total de fumadores del país (Ministerio de Salud, 1999). Según el estudio realizado por Hernandez, Guevara, Garcia & Tasco (2006) a 478 estudiantes universitarios se encontró, que el 71% de los fumadores informaron consumir 21 cigarrillos o menos por semana, frecuencia que se extrapola a una razón de 3 cigarrillos diarios, y de estos 75% de los jóvenes ya fumaban antes de ingresar a la universidad, lo que evidencia que el tabaquismo es una practica desarrollada en la niñez y adolescencia.

Actualmente el tabaco cobra 5 millones de vidas al año a nivel mundial, cifra que llegará a duplicarse para el 2020 (OMS, 2006a). El consumo de tabaco es el factor de riesgo número 1 para desarrollar cáncer de pulmón, que a su vez es el que causa mayor número de muertes en el mundo, el 90% de los casos de cáncer de pulmón y el 20% de los demás tipos de cáncer como los de faringe, laringe, cavidad oral, vejiga y riñón, son producidos por el consumo de tabaco se ha documentado que el uso de tabaco esta causalmente relacionado a otros tipos de cáncer como estomago, hígado, leucemia mieloide, entre muchos otros (Doll, 1996, Salgado, 1999; OMS, 2006a).

El consumo de tabaco es causa de más de 70 tipos de cáncer y es factor de riesgo de las enfermedades coronarias, es la principal causa de morbimortalidad evitable en el mundo (OMS, 2006a; Campo, 2006). Las enfermedades asociadas al tabaquismo son la primera causa de mortalidad en los países desarrollados y ocupan los primeros lugares en los países en desarrollo (Salgado, 1999).

A nivel de las Américas, el tabaco ocasiona alrededor de 845.000 muertes al año, las tasas de tabaquismo varían significativamente en América Latina, las más altas en los países del Cono Sur, en particular Chile y Argentina, con un consumo alrededor del 45% de la población, y las más bajas en el Caribe. En la mayoría de los países de América mas del 70% de los fumadores comenzaron a fumar antes de los 18 años (Peruga, Rincón & Selin, 2002, OPS, 2001b).

La situación en Colombia 5 millones de Colombianos consumen cigarrillo lo que representa la muerte de 21 mil colombianos por hechos atribuibles al consumo del tabaco y un gasto para el país de 11 billones de pesos, en los últimos cinco años por concepto de atención de tres males atribuibles al tabaquismo: EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), 2.2 billones de pesos lo que corresponde al 0.7 del PBI anualmente. Esto por concepto de discapacidades asociadas al tabaquismo y a la muerte prematura. Según la asociación colombiana de neumología 9 de cada 100 colombianos mayores de 40 años padece de EPOC, infarto y cáncer de pulmón, lo que representa al rededor de 15 casos por cada 100.000 habitantes colombianos (Presidencia de la republica, 2006; El vicio de fumar, 2007).

Audiencia Objetivo

Se considera, para esta revisión, la definición de adolescencia y juventud dada por la presidencia de la Republica de Colombia, en la que se involucra tres criterios: el desarrollo biológico, desarrollo psicológico y la autonomía de joven determinada por la capacidad de responder por si mismo y por sus actos (Presidencia de la República de Colombia, 2004). Así que adolescencia y juventud se definen bajo, el desarrollo biológico, como variable objetiva, el desarrollo psicológico como variable subjetiva, y la responsabilidad legal, como variable convencional. Surge entonces la diferenciación entre los jóvenes menores de edad y los jóvenes mayores de edad.

Para efectos prácticos, se acepta la definición de la Presidencia de la República (2004) de adolescencia como: “una condición que suele empezar con la pubertad (maduración sexual), hacia los 12 ó 13 años, y que algunos prolongan hasta los 18 ó 19” (pp. 55) y, joven como la persona entre 14 y 26 años de edad que se encuentra en “la transición entre la niñez, con su dependencia de los adultos, y la condición adulta, caracterizada por la autonomía” (pp. 57).

Revisión del Tabaquismo Desde una Mirada Psicológica, Modelos de Salud

Antes de comenzar a revisar los diferentes modelos psicológicos de la salud, es pertinente explicitar conceptos fundamentales como salud y su relación con la conducta, el papel de la psicología de la salud, prevención, promoción y estilo de vida.

En primer lugar, cabe aclarar que la definición del concepto de salud ha estado sujeta a diversos cambios fruto de la discusión de sus elementos, actualmente se entiende la salud como “un proceso social de constante tensión y conflicto, en la búsqueda permanente de mejores condiciones para el desarrollo de la calidad de vida y bienestar” (OPS, 1999 pp. 11). En este proceso, múltiples variables, en múltiples niveles, interactúan en una dinámica fluctuante que no resulta en un producto acabado, por el contrario, resulta en un continuo dentro del cual se desplaza el individuo momento a momento su vida. Así, condiciones biológicas, psicológicas y sociales se interrelacionan en este proceso a favor o en contra de la condición objetiva y subjetiva del individuo lo que deriva en su propio nivel de calidad de vida (Salleras, 1990; Epp, 1996; Flórez-Alarcón, 2005).

En este sentido, para que la salud sea posible, se hace necesaria la disponibilidad de unas condiciones mínimas que garanticen que el individuo alcance su desarrollo:

“Los prerrequisitos para la salud son la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la comida, los ingresos, el empoderamiento de las mujeres, un ecosistema estable, el uso sostenible de los recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Por encima de todo la pobreza es la mayor amenaza a la salud.” (OMS, 1986).

Es claro el carácter bio-psico-social de éstos que deben garantizarse para lograr la salud. Si estos se cumplen, la conducta adquiere un papel determinante en el desarrollo de la salud, puesto que la conducta, en términos de hábitos y estilos de vida, constituyen factores de riesgo y/o protección.

Es así, como la promoción de la salud se fundamenta en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La salud se percibe entonces, no como el objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, tratándose de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas (OMS, 1986).

La promoción de la salud es la estrategia encaminada a lograr tal desarrollo y que fundamenta la prioridad y enmarca los esfuerzos por lograr la salud para todos. En ella, se establecen los determinantes que permiten direccionar las intervenciones a nivel comportamental, social, normativo y ambiental con miras a dignificar la vida de los individuos (OMS, 2006b). Esta consideración trae consigo un compromiso por promocionar estilos de vida saludables en los que previamente se garanticen las condiciones mínimas, antes indicadas (Flórez-Alarcón, 2005).

Para que se promueva este proceso es indispensable que las disciplinas de la salud se involucren, y es aquí donde surge la psicología en el campo de la salud, ya que el mayor interés está encaminado a encontrar un modelo descriptivo y explicativo más amplio del proceso de salud y enfermedad, que incluya las variables sociales y psicológicas que pueden confluir para causar un malestar cualquiera; en la medida en que son incluidas dichas variables, se incrementa la probabilidad de ampliar las intervenciones mas allá del nivel usual del tratamiento, extendiéndose a los niveles de la salud, de la prevención integral, y de la prevención primaria (Flórez-Alarcón, 1999). Por esta razón, la psicología de la salud se entiende como el conjunto de contribuciones teóricas y educativas que la psicología hace a la aproximación y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de las enfermedades, y a mejorar el sistema sanitario (Matarrazzo, 1982, Flórez-Alarcón, 1999).

Por su parte, la prevención soporta estos esfuerzos en la medida en que permite identificar factores de riesgo para la salud e intervenir para evitar que se produzcan

los resultados negativos a la misma. En este orden de ideas, el consumo de tabaco se considera como un factor de riesgo importante en la aparición de enfermedad crónica y muerte prematura.

Desde el enfoque de prevención y promoción, se orientan los esfuerzos para alejar al individuo del consumo de tabaco y promocionar estilos de vida saludables, lo cual hace referencia al comportamiento de las personas frente a aquellos factores que pueden resultar perjudiciales para su salud. Estos comportamientos se pueden convertir en factores protectores o de riesgo, resultando determinantes en la salud física y mental de las personas (Florez-Alarcon & Sarmiento, 2004). Aquí es clara la relación entre conducta y salud, lo que no es evidente es que dicha relación no es directa en tanto que está determinada por una compleja relación entre variables.

Principalmente, la psicología debe dar cuenta de cómo se dan estos procesos, qué factores determinan esta relación, cómo se pueden evaluar, y por supuesto, cómo se pueden diseñar programas de intervención dirigidos a mejorar la salud a partir de la adopción de conductas protectoras y promotoras de ésta y el abandono de conductas que constituyen un riesgo para la misma (Conner y Norman, 1998)

Especialmente, se diferencian cuatro categorías de modelos, de acuerdo con su axioma ontológico: aquellos cuya unidad de análisis es el individuo, otros cuya unidad son las interacciones, aquellos que ponen su énfasis en la comunidad y aquellos que surgen de la interacción de la teoría con la investigación. Cada uno proporciona una visión sistemática de los eventos, fenómenos y situaciones, lo que hace posible explicar y predecir la relación entre conducta y salud (Glanz, Rimer & Lewis, 2002).

A partir de la evidencia empírica es posible observar las fortalezas y debilidades de cada uno en la explicación de conductas en salud. Por esta razón, los resultados en la aplicación práctica de cada microteoría divergen en su efectividad y aplicabilidad, ya que cada una surge de la observación de fenómenos particulares y explica una parte de la complejidad de la conducta en relación con la salud.

Por lo tanto, a continuación se abordan las diferentes microteorías que se han utilizado para estudiar el consumo de tabaco en adolescentes, se realiza una breve

descripción de las variables más relevantes como predictivas de la adquisición de la conducta de fumar para cada teoría, la aplicación y los resultados obtenidos.

Modelos Centrados en el Cambio Individual

Modelo de Creencias en Salud

De acuerdo con Conner & Norman (1998), este modelo considera que la conducta es el resultado de las creencias que tiene el sujeto y la relación entre dichas creencias. Esta microteoría presenta tres constructos: el primero es la percepción de amenaza que tiene el individuo (percepción que se tiene sobre la amenaza que representa la conducta para su propia salud), este, se encuentra compuesto por la susceptibilidad percibida (percepción de riesgo sobre la salud), y la severidad percibida (el nivel de gravedad que el individuo percibe la enfermedad). El segundo constructo, la creencia del individuo para reducir la amenaza (que es el resultado de los beneficios percibidos de mantener la conducta y las barreras percibidas al adquirir las nuevas conductas saludables). El tercer constructo lo componen las claves para la acción, que pueden ser intrínsecas como las señales fisiológicas (Tos, fatiga) o extrínsecas como el conocimiento de la información ya sea por documentación o por parientes que hayan padecido la enfermedad.

Por lo tanto la amenaza percibida en una persona que fuma estará dada por la percepción que tiene el individuo de ver su salud afectada por dicha conducta y la percepción de las enfermedades asociadas al tabaquismo, y en segunda parte los beneficios y barreras de dejar de fumar, como es el aumento de ansiedad y/o peso, son determinantes y finalmente el adquirir una conducta saludable se relaciona con la información que el individuo tenga sobre los efectos del tabaquismo.

Este modelo ha sido ampliamente verificado mediante experiencias tales como la que reporta el estudio realizado por González & Berger (2002), de tipo cuali-cuantitativo cuya finalidad fue establecer los factores de riesgo y protección para el consumo de tabaco en adolescentes. Los factores considerados son de orden tanto individual, como familiares y socioculturales en 392 estudiantes de 14 a 18 años de Valparaíso, Chile. Se identificó que el 43.3% de los adolescentes consumían tabaco, siendo la edad de inicio los 12 y 13 años. También se evidenció que los jóvenes que

no fumaban presentaban mayor conocimiento del daño de tabaquismo en un 67,5% sobre los que fumaban, los jóvenes fumadores referían que el tabaco podría producir patologías de carácter respiratorio y cáncer, pero creían que ellos aun no les afectarían estas enfermedades, ya que las nominaban como problemas de “los mayores”, estuvieron de acuerdo que el tabaco era dañino durante el embarazo. De igual forma, también se demostró que los fumadores presentaban una vida social más activa, es decir un mayor número de amigos y salidas a fiestas que los que no fumaban, y argumentaban que ellos tenían la conducta por que los relaja y les gusta.

Este estudio permite divisar las variables que propone el modelo de creencias en salud, puesto que la percepción amenaza en los adolescentes fumadores es muy baja, así como otros constructos como probabilidad de acción y calves para la acción se ven influidas por los costos y beneficios de tener la conducta fumadora (aprobación social) y no presentar sintomatología fisiológica.

Por su parte, Waters, Harris, Hall, Nazir, Waigandt (2006), tomaron a un grupo de 351 estudiantes fumadores recurrentes, entre los 13 a 18 años, pero contrario a lo que se esperaban el 70% de estos opinaron que ellos eran fumadores sociales, y el 47.7% de esta población se consideraba no fumadora. La investigación evidenció que la mayor influencia para no dejar de fumar en los adolescentes es la percepción que ellos tengan de si mismos como no fumadores, y la creencia que si fuman menos cigarrillos al día, estos le generaba ningún daño a la salud, lo que deja ver que la percepción de riesgo se disminuye de acuerdo al numero de cigarrillo que ello consumen.

En este caso la percepción del riego es nula ya que sus creencias estaban fundamentadas en el tabaquismo social mas no personal, generando una baja amenaza para la salud.

Finalmente, Tyc, Lensing, Klosky, Rai, y Robinson (2005) realizaron una evaluación del consumo de cigarrillo y de las creencias relacionadas con esta conducta entre los adolescentes con cáncer y adolescentes sin cáncer, con el propósito de corroborar el papel determinante de la vulnerabilidad percibida sobre la intención

de fumar. La evaluación la realizaron en 90 adolescentes en tratamiento oncológico, y 279 adolescentes estudiantes de secundaria sin cáncer, en Memphis, Estados Unidos.

Los resultados evidenciaron que el consumo de tabaco presentó una diferencia significativa entre adolescentes con cáncer 2.2% frente a los adolescentes sin cáncer 22%. El 18.2% de los adolescentes con cáncer reportó un consumo previo a la aparición de la enfermedad. Los adolescentes sin cáncer reportaron tener intención de fumar en el 74% de los casos frente a los adolescentes con cáncer en el 48% de los casos. Entre quienes reportaron intención de fumar, se encontró una asociación significativa con respecto a los beneficios percibidos de fumar. Los adolescentes sin cáncer reportaron mayor rebeldía, menor soporte social y menor conocimiento frente al riesgo.

En conclusión, la vulnerabilidad percibida predice el consumo de tabaco, ya que es claro que los pacientes oncológicos se perciben altamente vulnerables, lo que se relaciona con el bajo nivel de consumo de este grupo. También es posible apreciar el efecto de las señales para la acción, ya que el consumo de los pacientes con cáncer se redujo sustancialmente desde el momento del diagnóstico. En comparación con los participantes sin cáncer en los que la percepción del riesgo fue menor y el consumo mayor. La inclusión de la variable rebeldía, representa un aporte interesante que merece ser evaluado en distintas condiciones, ya que en este estudio mostró un nivel predictivo significativo del consumo de tabaco.

Teoría de la Acción Razonada y de la Acción Planeada

Este modelo privilegia la intencionalidad como determinante de la conducta, la intención se entiende como el producto de las actitudes, de las normas subjetivas y del control percibido (Conner & Norman, 1998), por consiguiente este modelo explica la conducta de salud como producto de las intenciones.

Particularmente, la intención de abandonar el consumo de cigarrillo es el producto de tres variables. Las actitudes; las cuales son producto de las creencias del individuo acerca del daño que puede producirle la conducta, la segunda es las normas subjetivas que involucran la aprobación o desaprobación por parte de los demás para dejar de fumar mas la motivación que tenga para abandonar el cigarrillo, y la tercera

hace referencia al control percibido involucra la creencia de poder controlar el consumo de cigarrillo hasta el punto de abandonarlo mas la evaluación que realicen sobre el grado de dificultad en dejar el habito (Conner & Norman, 1998; Glanz, Rimer & Lewis, 2002).

Kendzora, Copelanda, Sterwarta, Businellea & Williamsona (2007), realizaron un estudio de la percepción de tabaquismo que presentaba una población de niños y adolescentes entre los 7 a 13 años en Estados Unidos, los resultados mostraron que los adolescentes presentan preocupaciones sobre el peso y esto alternadamente puede conducir a fumar a temprana edad, ya que los adolescentes y niños admitieron tener creencias como: las personas que fuman son mas adineradas que las que no fuman y también son mas delgadas.

En este estudio es clara la evaluación de variables ya que permite ver que posiblemente la adquisición de la nueva conducta, esta mediada por la creencia que el individuo tiene sobre el acto de fumar y los beneficios de la misma, además de esto la presencia directa de las normas subjetivas que favorecen mantener una conducta para generar beneficios secundarios como es el estar delgado y tener dinero. Según esto, los investigadores sugieren crear programas que retomen las creencias personales y los valores agregados que tiene el fumar.

En la misma línea, White, Tan, y Hill (2003) encuestaron a 3714 adolescentes entre los 14 y 17 años de Australia con el propósito de evaluar el efecto de la Campaña Nacional de Tabaco sobre las actitudes, intenciones y conductas de consumo; por medio de un cuestionario de autorreporte. Evaluaron el estatus de fumador (si ha fumado alguna vez en su vida, si ha fumado alguna vez en el último año, si ha fumado en la última semana), la frecuencia de consumo (nunca, algunas inhalaciones, menos de 10 cigarrillos, más de 10 pero menos de 100). En cuanto a la campaña, preguntaron si los estudiantes habían visto los anuncios sobre los efectos sobre la salud del tabaco. Y el impacto del lema de la campaña “cada cigarrillo lo está matando”.

El 41% de los adolescentes eran no-fumadores, el 32% lo había probado pero no recientemente, el 14% lo había probado recientemente, el 1% era ex-fumador, y el

12% fumadores habituales. Por efecto de la campaña, el 60% de los adolescentes era consciente de las consecuencias que el cigarrillo trae para la salud, el 18% era consciente de que el cigarrillo produce pérdida de peso, el 15% de la importancia de un estilo de vida saludable, todos estuvieron de acuerdo con la veracidad de la información suministrada por la campaña. El 57% de los no fumadores y el 37% de los fumadores discutieron la campaña con amigos en la escuela. El 81% de los fumadores intentó dejar de fumar por efecto de la campaña, el 27% redujo el número de cigarrillos, y el 26% pensaba dejarlo, el 22% de los de los ex-fumadores y el 10% de los que lo probaron por experimentar, pero no recientemente, dejaron de fumar por efecto de la campaña.

Esta experiencia permitió confirmar el efecto de la información suministrada por la campaña en el abandono y reducción del consumo. Sin embargo, aunque la información resultó efectiva, cabría indagar por qué fue así, sería necesario establecer sobre qué constructos la campaña ejerció su efecto, ya que la información pudo ejercer un cambio sobre las creencias normativas y sobre las expectativas de resultado.

Estos resultados evidencian que el modelo da un énfasis importante a la racionalidad, por este motivo el modelo no ha tenido gran aplicación en el campo de la salud ya que si bien la conducta si esta determinada en gran parte por la intención y la razón, esta microteoria no involucra la emoción como variable importante, puesto que la conducta de fumar involucra no solo componentes racionales como es el conocer los riesgos que implica la conducta y tenga las intenciones de abandonarlo, si no que los componentes emocionales también determinan la conducta de fumar , sin contar con el habito.

Modelo Transteórico y Etapas del Cambio.

El modelo transteórico integra las variables más consistentes de los modelos antecesores y se fundamenta en tres aspectos de la conducta que determinan la comprensión que se da de los fenómenos relacionados con el abuso de sustancias: la temporalidad, las variables medidoras y las variables independientes (Prochaska, 1993; Flórez-Alarcón, 2005).

Prochaska propone un modelo que surge de la práctica clínica en psicoterapia en el abuso de sustancias, razón por la cual existe amplio sustento del modelo en este campo (Prochaska, Redding, & Evers, 2002). Por esto es importante enfatizar que si bien el modelo tiene amplias aplicaciones en el campo de la salud sobre los comportamientos de riesgo, el modelo fue diseñado para tratar conductas adictivas (Prochaska, 1993).

El primer elemento, es la temporalidad de cambio, esta propuesta contiene seis etapas en el proceso de adopción de conductas saludables, las cuales ocurren en el tiempo y siguen una secuencia, este principio es definitorio del modelo, ya que se considera que los procesos de cambio se dan de forma secuencial (Prochaska, et al, 2002). En la primera etapa, Precontemplación, no hay intención de cambio para los próximos seis meses por desinformación o por información insuficiente, en este estadio la actitud del sujeto es defensiva con respecto a su conducta adictiva. En la segunda etapa, Contemplación, se considera el cambio para los próximos seis meses, el individuo realiza la evaluación de los beneficios y costos del cambio, en este proceso aparece la ambivalencia, si se mantienen en el tiempo dicha ambivalencia es contemplación crónica o postergación conductual. En la tercera etapa, Preparación, se piensa e intentan acciones para los próximos 30 días, se toman algunas acciones conductuales y se ha realizado alguna acción significativa, durante el último año, como buscar ayuda. En la cuarta etapa, Acción, se tiene una acción concreta de modificación en los últimos seis meses, además dicha acción se mantiene. En la quinta etapa, Mantenimiento, el cambio se realiza y perdura en más de seis meses, la conducta de riesgo se ha abandonado y no se vuelve a practicar y las conductas protectoras adoptadas se mantienen en práctica, además se está activo en la prevención de recaídas. Por último, en la sexta etapa, Terminación, la conducta desaparece totalmente así que no se presenta en el futuro y no regresa el hábito como un mecanismo de afrontamiento ante las situaciones de estrés, y como elemento definitorio de este estadio, no hay tentación (Prochaska, 1993; Prochaska, et al, 2002, Flórez-Alarcón, 2005).

El segundo elemento, se refiere a los constructos que constituyen el conjunto de variables intervinientes de orden psicosocial. La tentación, los balances decisionales (definidos por las ganancias para sí mismo y para otros y la aprobación propia y social) y la autoeficacia (como la evaluación sobre las situaciones específicas) (Prochaska, et al, 2002; Flórez-Alarcón, 2005).

Y por último, el tercer elemento de este modelo refiere a los procesos psicológicos concebidos como variables independientes que determinan la ocurrencia del cambio (Flórez-Alarcón, 2005) y que Prochaska propone en diez categorías: Concienciación: elevar la conciencia del problema a través de retroalimentación, confrontación, interpretaciones, biblioterapia y campañas de salud. Autoliberación: cambio de creencias, liberación social, empoderamiento y diseño de nuevas estrategias de afrontamiento. Contracondicionamiento: aprendizaje de conductas saludables que sustituyan la conducta adictiva. Control de estímulos: detectar y evitar los estímulos que eliciten la conducta. Auto-reevaluación: autoevaluación de los aspectos cognitivos y emocionales de la conducta. Reevaluación del entorno: evaluación cognitiva y afectiva sobre las condiciones ambientales que eliciten el consumo y generan ansiedad en abstinencia. Manejo de contingencias: diseño de alternativas, contratos, reforzamiento. Alivio por dramatización: incrementar la experiencia emocional respecto al problema y relaciones de ayuda, es el soporte social para el cambio (Prochaska, 1993; Prochaska, et al, 2002).

Este modelo ha sido utilizado en investigaciones como las de Woodruff. S, Lee. J & Conway.T. (2006), quienes en estudio evidenciaron que los jóvenes que se encontraba en fase de precontemplación no tenían intenciones de dejar la conducta por lo tanto no realizaban ninguna acto orientado a esto, por el contrario los adolescentes que estaban en etapa de contemplación, presentaban intenciones para dejar el habito y se observa en conductas como es disminuir el números de cigarrillos fumados en el día, estos autores sugieren que es conveniente realizar programas en esta etapa pues las personas al estar dispuesto al cambio adoptan conductas preventivas.

En este marco conceptual, M. F Pérez, M. J. Pérez, Jiménez, Leal, Mesa (2006), pretendían conocer la prevalencia y la dependencia del tabaquismo entre adolescentes españoles de Janen, la relación con factores sociofamiliares y la motivación para abandonar el consumo. Para esto realizaron un estudio descriptivo transversal mediante encuestas a 236 adolescentes entre los 12 y 17 años con una media de 14 años. Las variables recogidas en el cuestionario fueron: edad, sexo, hábito tabáquico del adolescente (consumo diario de cigarrillos, duración del consumo y su calidad, valorada como: no consumo, consumo esporádico o consumo diario) y consumo de tabaco entre los amigos. El análisis del grado de dependencia hacia la nicotina lo realizaron mediante el test de Fagerström. La motivación para el cambio la estudiaron con el test de Richmond, y cada fase del abandono del consumo, mediante el ciclo propuesto por Prochaska.

El estudio mostró que el 58% de los participantes eran fumadores, y que los adolescentes motivados para el cambio (22%) consumen entre 7 y 8 cigarrillos diarios menos que los que no piensan dejar de fumar (78%). Entre los motivados para dejar de fumar, la mayoría (70%) ha pensado dejar de fumar, pero no de forma inmediata (en fase de contemplación); la tercera parte restante de adolescentes motivados se divide casi por igual en la fase de preparación (17%) y en la fase de acción (13%).

Estos resultados son coherentes con la teoría y con la investigación previa. Las variables evaluadas y las relaciones entre éstas, mostraron consistencia con el modelo.

En la misma línea, Varona, Rodríguez, Alfonso, Bonet, García & Fernández (2003), realizaron un estudio en Cuba, con el objetivo de describir la distribución de los fumadores en las etapas iniciales del proceso de cambio, precontemplación y contemplación, las características de estos fumadores y la relación entre dichas características, tomaron una población de 4835 fumadores, para la estimación realizaron una estratificación por genero y grupo de edad las cuales iban desde los 15 años hasta los 64 años, la primera estratificación por edad fue de los 15 hasta los 19 años, este estudio evidenció que la edad promedio en que se inicia el habito de fumar es a los 17 años. De igual forma, el estudio mostró las variables asociadas a la

probabilidad de estar en la etapa de precontemplación, ya que a medida que aumentaron la edad en que se empezó a fumar, la cantidad de cigarrillos consumidos a diario y los intentos de dejar de fumar, disminuyó la probabilidad de estar en la etapa de precontemplación. Por lo tanto, el inicio precoz del consumo de cigarrillos ya que es un fuerte factor pronóstico en relación con la dependencia de la nicotina y la probabilidad de abandonar el consumo regular aumenta en la medida en que aumenta la edad en que ocurren los procesos de experimentación y consolidación del consumo regular del tabaco.

En relación con el nivel de escolaridad encontraron que los fumadores con estudios secundarios, medios superiores y universitarios estaban más dispuestos a dejar de fumar que los que tenían solamente estudios de nivel primario.

Este estudio permite observar que el paso de una etapa a otra está influida por variables biológicas ya que el número de cigarrillos y la adquisición temprana de la conducta baja el pronóstico de continuar con la siguiente etapa, variables psicosociales como la formación académica también contribuyen a la adquisición de conductas saludables.

Otro estudio que permite ver la evaluación del tabaquismo en los adolescentes desde este modelo es el de, Riedel, Robinson, Klesges, y McLain-Allen (2002) quienes realizaron una encuesta a 110 adolescentes de la ciudad de Memphis y el pueblo de Shelby, en Estados Unidos. Los participantes fueron sorprendidos fumando en la escuela.

Evaluaron variables sociodemográficas, desempeño escolar, frecuencia de consumo de tabaco, dependencia a la nicotina (con la escala de Fagerström de tolerancia) de (Prokhorov, Pallonen, Fava, Ding, & Niaura, 1996), si planearon dejar de fumar, el periodo más largo de abstinencia intencional, y si pensaron seriamente en abandonar el consumo. También evaluaron las etapas de cambio del modelo transteórico, precontemplación, contemplación, preparación y acción. Finalmente, evaluaron las estrategias utilizadas para abandonar el consumo, dejarlo en un sólo momento, disminuir el consumo, evitar a sus parientes y amigos fumadores, abandonar a sus amigos fumadores y no fumadores, decirle a los amigos que estaban

intentando dejar de fumar, darle el cigarrillo a algún amigo fumador, beber productos con cafeína, hacer dieta para evitar ganar peso, practicar más ejercicio físico o usar suplementos de nicotina.

Los investigadores reportan que el 65% eran fumadores habituales, la edad de inicio de consumo fue en promedio los 11 años, el 27% reportó haber intentado dejar de fumar en el último año una vez y el 44% 2 o más veces, el 26% tuvo un periodo de abstinencia intencional de menos de 24 horas mientras el 18% menor a una semana, 30% menos de un mes. En las etapas de cambio, el 34% se ubicó en la fase de contemplación, el 33% en precontemplación, el 14% en preparación y el 19% en acción. El 59% de los que intentaron dejar de fumar lo hicieron en un solo momento, el 64% intentaron mediante la disminución del consumo, el 19% evitó a sus amigos y allegados fumadores, el 61% comunicó a sus amigos de su decisión, el 33% incremento el consumo de cafeína, el 16% uso suplementos de nicotina, el 11% se ejercitó y el 10% realizó dietas para evitar ganar peso.

La distribución por las etapas describe el proceso de abandono del cigarrillo, sin embargo, las estrategias adoptadas por los adolescentes no necesariamente resultaron efectivas. El modelo describe el proceso en términos descriptivos y los operacionaliza en términos temporales para quienes intentan abandonar la conducta de riesgo, que en este caso es contrastable con los resultados. Sin embargo, parece que las estrategias que utilizan los adolescentes son poco efectivas ya que el índice de recaída es alto lo que se aprecia en el alto porcentaje de personas que han intentado dejar de fumar en repetidas ocasiones.

Modelos de Cambios Basados en las Relaciones Interpersonales

Teoría de la cognición social

La teoría de la cognición social considera la conducta saludable como el resultado de la interacción entre los factores personales y las influencias ambientales. En este sentido, es necesario aclarar la diferencia interaccionista del modelo, ya que la relación entre la conducta, los factores personales y las influencias ambientales no es unidireccional, sino que por el contrario es recíproca, es decir, en la triada cada factor determina a los otros, así un cambio en cualquiera implica un cambio en los

otros en ambas direcciones. Este principio se conoce como determinismo recíproco (Baranowski, Perry & Guy, 2002).

Ahora bien, los factores personales corresponden al conjunto de recursos con los que cuenta el individuo, los cuales son: la capacidad para simbolizar la conducta, capacidad para anticipar los resultados de su conducta, capacidad para aprender a partir de la observación de la conducta de otros, la confianza en el desempeño de su propia conducta; la autorregulación, autodeterminación y autocontrol de la conducta y, la capacidad para hacer un análisis de su experiencia (Baranowski, et al, 2002).

En cuanto a la influencia ambiental, el modelo distingue aquellos factores externos que son objetivos, físicos y sociales como ambientes, diferentes de las representaciones cognitivas que el individuo construye y que son las situaciones.

Este modelo ha sido ampliamente evaluado, lo demuestra Nebor, Tomás, Ariza, Valmayor & Mudde (2002), quienes realizaron un estudio con el objetivo de describir los factores asociados con el consumo de tabaco y la intención de fumar en el futuro en una muestra de 1041 estudiantes de 12 y 13 años de primer curso de educación secundaria en Barcelona, para esto aplicaron un test en el cual evaluaron variables sociodemográficas y determinantes cognitivos con el hábito de fumar como actitudes, norma social y autoeficacia. Encontraron que el 9,8% de los varones y el 12,6% de las mujeres manifestaron fumar de forma regular u ocasional. Entre los no fumadores, un 61,4% de los varones y un 73,3% de las mujeres declararon tener intención de fumar en el futuro. En los dos géneros, los determinantes del consumo son la norma social, el consumo de tabaco por parte de los hermanos, las actitudes contrarias al consumo y el dinero semanal disponible.

También lo evidenció Martínez & Lozano (2001), quienes realizaron un estudio orientado a conocer el efecto de determinadas variables de protección sobre el consumo de sustancias legales en adolescentes de Granada España, para esto tomaron una población de 534 entre los 14 a 21 años, los resultados mas significativos fueron: que los adolescentes se abstendrían de fumar o mantenían el hábito de acuerdo a como ellos valoran la salud, esta entendida como el conocimiento de las consecuencia que

trae el fumar, en segunda instancia el cumplimiento de leyes y normas de la comunidad, la tercera variable fue apoyo social, y la cuarta variable fue apego.

Este estudio evidencia como variables más importantes aquellas que se relacionan con las interacciones sociales que un individuo realiza en diferentes contextos ya que el apego se entiende como la afiliación con el núcleo familiar, el apoyo social está relacionado a la función de las redes ya sea en familia y pares y por último el cumplimiento de las leyes o comunidad que está instaurado por una sociedad.

De igual forma diferentes investigaciones han evidenciado que el tabaquismo en adolescentes se asocia fuertemente con la presencia de amigos y familiares fumadores, se encuentra como factor de riesgo la presencia de padres fumadores, puesto que los adolescentes que fuman reportaron tener más padres fumadores que madres, esto se observó también en el estudio realizado por M. F Pérez, M. J. Pérez, Jiménez, Leal, Mesa (2006), quienes tomaron una población de 236 adolescentes entre los 12 y 17 años de escuelas en Jaén España, demostraron que el 58% de los participantes eran fumadores. De los adolescentes fumadores el 40% tenía padres fumadores, 19% madres fumadoras y 9% hermanos fumadores. También Bird, Moraros, Olsen, Coronado, Thompson. (2006), en su estudio mostraron que se presenta una relación entre la adquisición de fumar con la exposición ambiental donde hay presencia de humo de cigarrillo ya que el 51% de los adolescentes fumadores tiene padres fumadores. Observaron que estos adolescentes tienen amigos fumadores con más frecuencia que los que no fuman, presentan un mayor consumo, alrededor de 9.6 cigarrillos diarios, y un menor consumo, pues la media es de 3.3 cigarrillos diarios, cuando están con amigos no fumadores. Otro factor de riesgo para los adolescentes de esta población es estar en colegios públicos, puesto que en estas instituciones no hay legislación que prohíba el consumo de tabaco M. F Pérez, M. J. Pérez, Jiménez, Leal, Mesa (2006); Woodruff, Lee & Conway 2006; Victoir, Eertmans, Van den Broucke, Van den Bergh 2006; Nuño, Alvarez, Madrigal de Leon., Ramussen, 2005; Ramírez & Andrade. 2005, Martínez & Lozano 2001).

En la misma línea, en estudio, 1671 adolescentes Árabes mostraron que se incrementa la prevalencia de consumo de tabaco con la edad, ya que el 15% de adolescentes de 14, el 22% de 15 años, el 33% de 17 años y el 44% de los jóvenes de 18 años, fuman. Demostraron que el mayor predictor para adquirir la conducta de fumar es tener padre, hermanos o amigos que tengan este hábito, ya que el 93.8% de los participantes fumadores tiene familia o amigos fumadores (Hill, Weglicki, Templin, Hammad, Merrill 2006).

Por su parte, Martínez, Amaya, Campillo, Campos, y Díaz (2005) diseñaron un estudio transversal con el propósito de determinar la prevalencia de consumo así como los factores asociados en estudiantes de secundaria de grado sexto a noveno en Bucaramanga, Colombia. Aplicaron una encuesta a 2.586 estudiantes sobre el consumo de drogas. Evaluaron el consumo de tabaco, el estatus de fumador; por medio de la escala CAGE para alcoholismo, que mide la culpa individual, la ingestión matutina, la necesidad de dejar el consumo.

Encontraron que factores como tener un mejor amigo fumador o consumidor de alcohol, presentar bajo rendimiento académico y tener más edad fueron los factores de riesgo que predicen el consumo de tabaco. En el caso particular del consumo de alcohol, encontraron que es un predictor confiable 95% que indica el consumo de tabaco en el ámbito social.

Redes sociales y Soporte Social

Este modelo no es una teoría, es una descripción de la estructura, procesos y funciones de las redes sociales. Permite apreciar la dinámica de relaciones interpersonales y su papel en la conducta saludable. Parte de dos conceptos que sustentan la descripción: la integración social como los lazos sociales que se forman entre individuos, a partir de este elemento se distinguen las redes sociales como la red de relaciones que rodean a un individuo, y luego, como función de la red social, se encuentra el soporte social, que hace referencia a el contenido que busca ejercer influencia sobre la conducta del individuo (Heaney & Israel, 2002).

Esta dinámica se da en díadas de relaciones, las cuales presentan ciertas características como la reciprocidad; que es la relación en doble vía, la intensidad;

cercanía emocional, y complejidad; multifuncionalidad de la relación. Por otra parte, también el compartir ciertas características de tipo sociodemográfico impone otras cualidades a las relaciones que, en este sentido, no se entienden de uno a uno, como la densidad; cantidad de miembros que se relacionan, homogeneidad; características similares entre los miembros, y dispersión geográfica; proximidad espacial entre los miembros. Estos aspectos corresponden a las características de la red social (Heaney & Israel, 2002).

Por su parte, Heaney & Israel (2002), clasifican el soporte social según la naturaleza de la función, aunque el común denominador es que busca brindar ayuda y asistencia intercambiable por los miembros de la red como una acción deliberada y conciente. El soporte social puede ser emocional; empatía e intercambio de sentimientos y afectos, instrumental; provisión ante necesidades tangibles, informativo; consejo y dirección, y evaluativo; retroalimentación positiva.

Para el diseño de estrategias de intervención se ha definido que el soporte social es más efectivo cuando se establece por parte de una persona que se identifique con el individuo, a fin de establecer una comprensión empática, ya que la persona considera que su soporte ha pasado o está pasando por una situación semejante. También se sabe que el soporte percibido tiene mayor valor para el individuo que el soporte real. Y por último, el momento en el que se brinde el soporte es decisivo, ya que en el periodo crítico cuando el contacto con el estresor es más próximo y más intenso, se hace más necesario el soporte (Heaney & Israel, 2002).

Las intervenciones desde este modelo, están dirigidas a mejorar los vínculos existentes, crear nuevas redes sociales y a mejorar las existentes.

En lo que se refiere a la salud, el soporte social es importante, aunque ha sido documentado en su mayoría en el proceso de enfermedad, constituye un factor protector substancial. El modelo se aplica, preferentemente, a la prevención secundaria y terciaria, sobre lo cual hay mayor investigación. Está por determinarse su papel en el proceso de promoción de la salud.

Al respecto Sontos & Carrl (2005), realizaron una investigación donde el principal objetivo fue conocer las variables psicosociales que influenciaban a fumar a

los adolescentes árabes, para esto se tomaron una población de 1930 estudiantes entre los 13 y 19 años, encontraron que el 95% de los fumadores tenían familiares fumadores, promoviendo creencias positivas hacia la conducta de fumar, de igual forma evidenciaron que el riesgo aumenta cuando el familiar es más representativo para el adolescente o tiene una percepción de autoridad mayor que otros familiares.

Este estudio mostró que es mayor la influencia que ejerce la familia y no los pares para estos adolescentes, a diferencia de la población occidental donde los pares si ejercen una mayor influencia al adquirir nuevas conductas. Esto porque la familia presenta una mayor importancia para los árabes en comparación con los occidentales, por lo tanto los adolescentes árabes son más influenciados a fumar por sus hermanos o padres, que por compañeros. Cabe rescatar que la cultura árabe al ser patriarcal presenta creencias y conductas machistas, razón por la cual el tabaquismo en adolescentes mujeres no es común porque socialmente no está aceptado (Sondos & Carrl, 2005).

Por su parte, Webster, Hunter, y Keats (2002) diseñaron un estudio en Australia para evaluar los efectos de un programa de apoyo por parte de pares sobre el conocimiento, las actitudes del adolescente con respecto al consumo de alcohol y cigarrillo. Para este propósito evaluaron los constructos en tres escuelas en las que aplicaron el programa, en 169 estudiantes de séptimo grado, y compararon los resultados con la misma evaluación aplicada en otras tres escuelas en las que no se había ofrecido el programa, 157 estudiantes de séptimo.

De los resultados obtenidos, Webster, et al (2002) reportan que la influencia directa por parte de los pares aumenta con el tiempo, la influencia indirecta de la madre es más significativa que la del padre sobre las normas. Pese a esto, la conducta está más determinada por las preferencias que por las normas. En términos generales, el programa de apoyo de pares no generó ningún efecto sobre el conocimiento, las actitudes, ni sobre la conducta de consumo.

Según las hipótesis que manejaron, la influencia de los pares es mayor a medida que aumenta la edad y la influencia de los padres es inversamente proporcional, lo

que implica que en edades tempranas es importante intervenir con el apoyo de los padres, mientras que en edades más avanzadas, con el soporte de los pares.

Modelos de Conducta Saludable de Grupo y Comunidad.

Modelo de la Organización y la Construcción de la Comunidad en Conducta Saludable

El modelo de organización y construcción de comunidad, se fundamenta en el proceso en el que la comunidad ayuda a identificar problemas, plantea metas, moviliza sus recursos y desarrolla e implementa estrategias para resolver sus problemas. El constructo de base es el empoderamiento, que se define como la toma del control, por parte de la comunidad, en la búsqueda de alternativas y acciones para dar solución a sus propios problemas (Minkler & Wallerstein, 2002).

Para realizar un abordaje de la salud desde los modelos de comunidad resulta útil, en primer lugar, definir qué es comunidad. Habitualmente, se piensa en comunidad en términos de ubicación geográfica, sin embargo, el concepto abarca aspectos como las características étnicas; como la comunidad Judía, de orientación sexual; la comunidad gay, y de ocupación; como la comunidad estudiantil. Los criterios para definir un grupo como comunidad son: en primer lugar, las unidades de función espacial; demográficas, las unidades de interacción; organización, y las unidades de identidad colectiva; idiosincrasia (Minkler & Wallerstein, 2002).

El modelo de organización y construcción de la comunidad se estructura en dos dimensiones, en primera instancia el continuo entre el consenso y el conflicto y, luego, el continuo entre las necesidades y las fortalezas de base. El desarrollo de la comunidad es posible por la conjunción entre las necesidades de base y el consenso por medio de la colaboración de toda la comunidad. La comunidad se construye a partir de las fortalezas de base y el consenso. Por otra parte, la acción social es posible frente a la resolución del conflicto sobre las necesidades de base. Ante el conflicto, si hay fortalezas de base la comunidad se empodera y realiza las acciones sociales pertinentes. El equilibrio entre estos factores posibilita la creación y el seguimiento de estrategias para la organización y construcción de políticas y

legislación que se llevan a la práctica en la comunidad (Minkler & Wallerstein, 2002).

Los constructos que fundan este modelo son: el empoderamiento; se entiende como proceso de acciones sociales para adquirir control sobre la vida de la comunidad para crear cambios, la conciencia crítica; como la capacidad de reflexión y acción orientadas al cambio, la capacidad de la comunidad; como las características de la comunidad que la habilitan para identificar, movilizar y direccionar los problemas, la capacidad para seleccionar aspectos en términos de objetivos alcanzables y específicos, y por último, la participación; como la capacidad de la comunidad para organizarse y participar equitativamente (Minkler & Wallerstein, 2002).

Un estudio que muestra el papel de una comunidad fue el que realizó Godeau, Vignes & Navarro (2006) en Toulouse, Francia, ellos decidieron realizar un programa de prevención de tabaquismo como lección civil orientado a población adolescente, para esto acudieron a las escuelas, tomaron una población de 308 adolescentes entre los 11 y 15 años, establecieron una competencia entre cursos de diferentes instituciones educativas, los estudiantes tuvieron que planear, diseñar e implementar una campaña publicidad contra el tabaquismo dirigida a su pares. La investigación evidenció que este programa llevó a los estudiantes a reflexionar sobre las creencias, motivos, consecuencias que traía el fumar, aparte de esto los impulso a buscar información sobre las consecuencias del tabaquismo en la salud y a conocer los datos epidemiológicos sobre este problema, como resultado surgió una campaña llamada “generación oxígeno”, que tiene como insignia un perro que muestra en diferentes historietas las consecuencias del tabaquismo, esta campaña no sólo fomento el conocimiento de las consecuencias del tabaquismo sino promovió a respetar y generar espacios sin humo en zonas publicas como lo es el colegio y al alrededores de estos.

Modelo de Influencia Social Mediante la Comunicación Interpersonal en Conducta Saludable

La influencia social es un proceso que conlleva al cambio en la conducta saludable, tal influencia se ejerce mediante la comunicación interpersonal. Si bien la

comunicación se puede dar entre múltiples canales, el modelo centra su atención en la comunicación entre díadas, social-psicológica, es decir, otro-individuo. Un aspecto importante y definitorio del modelo es la interdependencia de la relación, ya que un cambio en uno de los elementos implica el cambio en el otro elemento (Lewis, DeVellis & Sleath, 2002).

De acuerdo con el modelo, la comunicación está determinada por las normas sociales, las características de la relación, el sistema de interacción y los factores sociodemográficos que envuelven a los participantes del proceso. A su vez, la comunicación determina los agentes de influencia social; quien ejerce la influencia, y los objetivos de dicha influencia; quien es influenciado. La influencia se da en distintos niveles, cambio en los pensamientos, en los sentimientos, en las conductas y, por supuesto, en la salud (Lewis, DeVellis & Sleath, 2002).

La pregunta de base que guía el planteamiento del modelo, es cómo se ejerce la influencia social. Resolver esta cuestión permite mejorar la efectividad de los programas de intervención, empoderar a los pacientes en sus interacciones y mejorar la efectividad del soporte por parte de la red social del paciente (Lewis, DeVellis & Sleath, 2002). Por lo cual se ha definido la localización del poder para ejercer influencia, que bien puede ubicarse en el informante, en la información o en el informado. En primer lugar, por parte de los agentes de influencia social, el informante, existe un poder que puede ser legítimo; si lo hace en calidad de experto ya que se considera que es alguien a quien se le debe obedecer. Por otra parte, el poder en la información conlleva al cambio por vía de la persuasión, ya que la información es lo suficientemente clara, confrontativa y provee una dirección de acción. Así también, el poder se ubica en el informado como referente, que se da si existe una identificación de la persona con un grupo de referencia en el que juegan un papel definitivo las normas y los valores.

Esto se puede observar en el estudio realizado por Valente, Unger, Ritt-Olson, Cen, Johnson (2006), quienes demostraron la importancia de seleccionar el emisor adecuado para socializar temas relacionados con el tabaquismo en adolescentes, para este estudio tomaron 1486 estudiantes de séptimo grado, en edades entre los 11 y 12

años, la mayoría de estudiantes eran latinoamericanos 56.3%, seguidos por europeos y americanos en un 24.2% y el 26.5% era población asiática-americana. En este estudio se puso a prueba dos programas ya instaurados en Estados Unidos, el primero llamado Flavor (Plan de estudios cultural adaptado) y el otro nominado Chips (programas estandarizados de influencia), estos dos programas están orientados a la prevención del tabaquismo en las escuelas, cada uno consta de 50 sesiones. Estos programas apuntan a cambiar los mediadores psicosociales de empleo de tabaco como: actitudes hacia fumar, autoeficacia, habilidades de rechazo, adaptación de habilidades e intención de fumar.

Por otro lado para corroborar la efectividad del emisor del mensaje y el currículo del programa, los investigadores decidieron trabajar con tres clases de líderes, la primera clase de líder fue aquellos a quienes los compañeros de clases eligieron y el grupo con el que trabajarían fue elegido al azar, la segunda clase de líderes fue de igual forma escogido por los estudiantes, pero ellos mismo armaban los grupos de trabajo, y el tercer líder fue escogido por el profesor y los grupos también fueron armados por un profesor.

Los resultados evidenciaron que el programa más eficaz fue el Flavor puesto que este está orientado a generar entendimiento y apreciación por la cultura propia, rescatando aquellos valores y estereotipos que previenen la adquisición del hábito de fumar. De igual forma, el grupo que reportó mejores resultados fue el que conformó el docente, ya que este grupo se caracterizó por ser homogéneo lo que ayudó a que los adolescentes (sobre todo los latinoamericanos) de una misma cultura por medio de discusiones, ejemplos, diálogos, reafirmaran y modificaran estereotipos, generando entre ellos mismo una mayor aprobación, enganche y eficacia. Estos datos sugieren que los efectos school-based del plan de estudios dependen, hasta cierto punto, de quién pone específicamente el programa en ejecución y sobre el contexto social que se implemente, puesto que entre más homogéneo sea el grupo los resultados tenderán a ser mejores. Por lo tanto, la prevención de tabaquismo se debe orientar a programas de pares conducidos en los que los adolescentes sean constructores de modelos culturalmente reales.

Modelo de Investigación.

Modelo PRECEDE-PROCEED

El modelo de diseño de programas de intervención social que tiene amplia aplicabilidad por la complejidad de su estructura es el PRECEDE-PROCEED (Predisposing, Reinforcing, Enabling) este se desarrolla en nueve fases.

En la primera fase, evaluación social, se exploran las necesidades percibidas de la comunidad en términos de calidad de vida, así que en este momento de la evaluación, el planeador del proyecto de intervención social se acerca a la comunidad para reconocer las necesidades de ésta, y también, la comunidad se involucra al expresar sus necesidades (Green & Kreuter, 1991; Mckenzie & Jurs, 1993; Carlson & McDonald, 2002).

En la segunda fase, evaluación epidemiológica, se determinan los problemas de salud más importantes en los grupos de la comunidad, en términos de datos epidemiológicos, estadísticas de prevalencia; morbilidad; mortalidad. Estos datos pueden ser primarios; se recogen de la misma comunidad, o secundarios; se toman de fuentes ya existentes (Green & Kreuter, 1991; Mckenzie & Jurs, 1993; Carlson & McDonald, 2002).

En la tercera fase, evaluación conductual y ambiental, se consideran tres factores: los factores de riesgo; que son de carácter conductual, en segunda instancia las condiciones de riesgo, que son ambientales, y por último, los determinantes de la salud; que refieren a aquellos factores distales considerados poderosos que acumulativamente tienen efecto sobre la salud los cuales moldean la conducta y el ambiente, por esto se entiende que los determinantes engloban los factores y las condiciones de riesgo (Green & Kreuter, 1991; Mckenzie & Jurs, 1993; Carlson & McDonald, 2002).

La evaluación se centra sobre los factores predisponentes, factores de mantenimiento (reforzantes), factores habilitantes (facilitadores), en dos niveles, la evaluación conductual y la evaluación ambiental. Se identifican las causas del problema de salud, luego se clasifican las conductas, en preventivas o de tratamiento; se establecen por orden de importancia, luego se establece la modificabilidad de la

conducta; qué tan susceptible de cambio es, y por último, se elijen los objetivos conductuales. Por otra parte, se identifican las causas ambientales, se clasifican por orden de importancia, se define la modificabilidad y se establecen los objetivos ambientales de intervención (Green & Kreuter, 1991).

Luego, en la cuarta fase, evaluación educacional y ecológica, se identifican los factores antecedentes y de mantenimiento que se deben establecer para iniciar y mantener el proceso de cambio (Green & Kreuter, 1991).

En la quinta fase, evaluación administrativa y política, se identifican las políticas y regulaciones existentes, los recursos disponibles en la organización que puedan facilitar la implementación del programa, así como también que lo puedan dificultar (Green & Kreuter, 1991; Carlson & McDonald, 2002).

La sexta fase, implementación, corresponde a la aplicación del programa a la comunidad. La séptima fase, evaluación del proceso, corresponde a la evaluación sobre los factores predisponentes, reforzantes y habilitantes. En la octava fase, evaluación del impacto, se evalúa el cambio en la conducta, los estilos de vida y en el ambiente. Y en la última fase, evaluación de resultado, se evalúa el resultado de la implementación del programa en la conducta y en la calidad de vida (Green & Kreuter, 1991; Carlson & McDonald, 2002).

Este modelo es una propuesta más reciente que obedece a la necesidad de abordar los problemas complejos desde la integración de diversas variables a un nivel metodológico sistemático. Son ejemplos de evaluación con este modelo las experiencias reportadas por Bauman, Foshee, Ennett, Hicks, y Pemberton (2001) quienes están de acuerdo al afirmar que ante las múltiples intervenciones infructuosas que se han realizado para prevenir el consumo de tabaco en los jóvenes, se ha hecho necesario investigar diversos campos de intervención que puedan resultar más efectivos. La intervención a nivel familiar puede ser una estrategia que aporte nuevas soluciones al problema de consumo de tabaco y alcohol por parte de los jóvenes, según los autores. Por esta razón, realizaron una investigación en la que relacionaron el estilo de la interacción familiar con el consumo de tabaco y alcohol, desde el modelo PRECEDE-PROCEED.

Además, consideraron los constructos de los modelos de creencias en salud a nivel del sistema familiar. Es decir, para que la familia asumiera la conducta en salud, sería necesario que percibieran que el adolescente es vulnerable de ser consumidor, también que el consumo le podría ocasionar enfermedades graves y que los beneficios percibidos serían mayores a las barreras percibidas. Además, integran el concepto de autoeficacia en el sentido en que los padres tienen que creer que son capaces de influir sobre la conducta de sus hijos.

Las familias hacia las que dirigieron la intervención fueron familias en las que hubiese adolescentes entre los 12 y 14 años, en Estados Unidos, la evaluación del programa la realizaron entrevistadores especializados que evaluaron las variables del modelo y recolectaron las características sociodemográficas, en 1.323 familias lo que representa el 57% de la población intervenida. Aunque en el reporte no dan cuenta específicamente de la manera de evaluar las variables, se evidencia que la evaluación fue dirigida a explorar los aspectos familiares y el tipo de comunicación que se manejó dentro del grupo familiar que sirven de factores protectores para prevenir el consumo de tabaco y alcohol. Concluyen proponiendo a la familia autoritativa como el tipo de familia que constituye un factor protector para prevenir el consumo de tabaco y alcohol. La familia autoritativa, se caracterizó por cumplir el rol de educadora de salud, ya que fueron los padres que mediante la persuasión crearon conciencia del peligro para la salud que representaba el consumo de sustancias, y sobre el control de la propia salud que tienen los adolescentes.

Este reporte ilustra con claridad que pese a la concepción teórica del modelo, que en este caso fue el modelo de creencias en salud, este puede ser aplicado en el abordaje del problema, ya que el modelo permite integrar diversas variables al estudio.

Por su parte, Richard, Potvin, Denis, y Kishchuck (2002) presentan un estudio en el cual proponen estrategias y focos de intervención con una perspectiva ecológica para escuelas y comunidades, lo que es un ejemplo de evaluación ecológica y ambiental. Para esto, la evaluación fue realizada en las organizaciones de salud pública regionales de Canadá. Los programas evaluados fueron aquellos que se

enfocaron en adolescentes hasta los 17 años, por lo cual evaluaron 122 programas que cumplieron este criterio. Tuvieron en cuenta la duración del programa, la descripción de actividades, las características de la población, los resultados obtenidos, la audiencia objetivo de cada programa. Encontraron que la intervención ecológica se realiza desde tres escenas: las organizaciones, la comunidad y la sociedad. La audiencia objetivo mas frecuentemente reportada fue la juventud, seguida por las organizaciones y finalmente el ambiente interpersonal. Richard, et al, (2002) reportan que el control del tabaco ha comenzado a ser un foco de intervención ampliamente abordado por diversos programas, con un énfasis en los determinantes intrapersonales, aunque se ha abierto el campo para considerar las variables interpersonales, organizacionales y de comunidad.

Ejemplo de la evaluación política administrativa del PRECEDE-PROCEED, se encuentra el reporte ofrecido por Park (2006), quien evidencia que el fumar en Corea ha generado controversia, puesto que el cáncer de pulmón ha pasado de un 5.8 % en 1983 a un 26.4% a el 2003. Pero diferentes medidas tomadas en este país han demostrado que el tabaquismo de adolescente se ha disminuido ya que el 1997 el 35.3% de los hombres adolescentes fumaban y un 8.1% de las adolescentes fumaban, después del 1997 se evidenció una disminución en el consumo de tabaco en los jóvenes ya que un 15.9% hombres y el 7.5% de las adolescentes fumaban. Hacia el 2004 se evidenció un decremento de esta conducta en los hombres adolescentes de un 2.4% y en las mujeres en un 1.7% para el 2004.

Según Park(2006), estos resultados se han podido lograr gracias a las políticas asumidas a nivele estatal en Korea, puesto que desde el 1995 se realizó todo un programa de prevención del tabaquismo en adolescente, prohibiendo la venta a ellos, proclamando algunos sitios para fumar, restringiendo la publicidad de tabaco, adicional en el 2001 se realizó el año contra tabaquismo en adolescentes, se asumieron programas en la escuela, programas antitabaco para profesores, aumentaron la publicidad de mensajes antitabaquicos por Internet, generaron programas vacacionales para los adolescentes.

Park (2006), evaluó la eficacia de los programas antitabaco de las escuelas de Corea del sur, encontró que los programas usados intervenían en diferentes áreas como: aspectos del conocimiento, principalmente el conocer que elementos dañinos tenía el humo, consecuencias del tabaco para la salud, la influencia social en el uso de tabaco, el fumador pasivo. Por otro lado, un programa que se orientó a generar habilidades de negación, comunicación, asertividad en momentos que se tuviese que tomar una decisión para decir no al tabaco, otra clase de programas se basaron en contenidos afectivos con el objetivo de aumentar el autoestima de los adolescentes, otro programa fomento el pensamiento crítico de los adolescentes frente al tabaquismo, un programa proporcionó estrategias de la cesación y otro dió orientación del programa a los participantes.

Se demostró que los programas orientados a generar nuevas habilidades negación y comunicación son eficaces en la reducción del inicio del consumo. También, se evidenció que los programas que implementan los propios pares presentan mejores resultados que los que implementan los docentes. Por otro lado, los programas que presentaron menor eficacia en la reducción de tabaquismo para esta población fueron los que se encargaron de ofrecer conocimientos sobre esta temática.

El investigador sugiere que la reducción en el inicio a fumar en los adolescentes será lograda cuando se evalúen variables sociales, ambientales personales y del comportamiento.

Por otra parte, de acuerdo con el modelo PRECEDE-PROCEED, el proceso de evaluación educacional y ecológica se desarrolla sobre tres aspectos determinantes: factores predisponentes, factores reforzadores (de mantenimiento) y factores habilitantes (facilitadores). Por tal razón, a continuación se presentan algunos estudios que ilustran los factores evaluados, aunque los autores no declaren que el sustento teórico y metodológico sea el modelo PRECEDE-PROCEED, para efectos ilustrativos, se reseñan estas experiencias con el propósito de dilucidar la evaluación educacional y ecológica del modelo.

Estudios que Examinan Factores Predisponentes

En California, Unger, Palmer, Dent, Rohrbach y Jonson (2000) presentan datos en los que relacionan variables étnicas asociadas al consumo de tabaco en 5.072 adolescentes de 13 y 14 años estudiantes de octavo grado.

Evaluaron la variable de etnia mediante una lista de chequeo en la que incluyeron los grupos raciales y étnicos (afro-americano, americano-asiático, americano blanco, hispano y multi-étnico), además de la nacionalidad a la que pertenecen. También, el consumo de tabaco, la susceptibilidad al consumo, el acceso a cigarrillos y la influencia social.

De los encuestados el 46% de los multi-étnicos, el 42% de los asiático-americanos, el 36% de los afro-americanos, el 53% de los hispanos y el 46% de los blancos, han fumado alguna vez en su vida; el 25% de los multi-étnicos, el 14% de los asiático-americanos, el 10% de los afro-americanos, el 20% de los hispanos y el 19% de los blancos han fumado en los últimos 30 días, el 9% de los multi-étnicos, el 4% de los asiático-americanos y de los afro-americanos, el 7% de los hispanos y el 8% de los blancos nunca han fumado; mientras que el 65% de los multi-étnicos, el 58% de los asiático-americanos, el 56% de los afro-americanos, el 71% de los hispanos y el 59% de los blancos son susceptibles de fumar, el 28% de los multi-étnicos, el 16% de los asiático-americanos, el 21% de los afro-americanos, el 19% de los hispanos y el 16% de los blancos nunca han comprado cigarrillos; el 73% de los multi-étnicos, el 63% de los asiático-americanos, el 73% de los afro-americanos, el 69% de los hispanos y el 70% de los blancos perciben fácil o muy fácil conseguir cigarrillos; el 47% de los multi-étnicos, el 29% de los asiático-americanos, el 33% de los afro-americanos, el 43% de los hispanos y el 39% de los blancos recibieron cigarrillos en el último mes; el 29% de los multi-étnicos, el 26% de los asiático-americanos, el 17% de los afro-americanos, el 31% de los hispanos y el 25% de los blancos tienen amigos fumadores; y finalmente, el 48% de los multi-étnicos, el 38% de los asiático-americanos, el 36% de los afro-americanos, el 46% de los hispanos y el 40% de los blancos consideran que sus amigos reaccionarían amigablemente si ellos fumarán.

La evaluación permitió ver diferencias significativas en los grupos étnicos en la mayoría de las variables evaluadas, lo que sugiere una influencia cultural con relación al consumo de tabaco. Los resultados permiten apreciar un mayor nivel de consumo y conductas de riesgo asociadas en los hispanos frente a otros grupos étnicos. Por ejemplo, los hispanos reportaron ser los mayores consumidores y susceptibles al consumo frente a los afro-americanos quienes reportaron índices más bajos.

De igual forma Caris, Varas, Anthony C & Anthony J (2003), realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar la asociación entre los problemas conductuales y el tabaquismo en estudiantes adolescentes en Chile, para esto recogieron datos sociodemográficos, como edad, género, condición socioeconómica, condición de fumador o no fumador y presencia o ausencia de problemas del comportamiento. El instrumentó utilizado fue Drug Use Screening Invertoty (DUSI), adaptado para población latina; los investigadores evaluaron a 46.907 estudiantes adolescentes de 13 regiones administrativa de Chile.

Los resultados conseguidos fueron, la prevalencia de tabaquismo entre los adolescentes fue muy elevada en todo el territorio de Chile, con cifras que oscilaron entre 56% y 65% en cada una de sus 13 regiones. De igual forma se evidenció una asociación positiva entre la presencia de problemas del comportamiento y la ocurrencia de fumar tabaco, mostrando que la ocurrencia se daba en 1.8 veces más entre estudiantes con problemas del comportamiento moderado y 2.0 veces más entre estudiantes con problemas de comportamiento severo con respecto a estudiantes que no presentaban problemas en el comportamiento (es decir, relación irregular con los pares, grado de irritabilidad y la magnitud de los problemas de orden escolar, familiar y de salud mental).

Este estudio evidencia que si hay una diferencia significativa entre los adolescentes que presentan problemas comportamentales y los que no, esta variable se establece como predisponente para adquirir el hábito de consumo de cigarrillo.

Por su parte Diego, Field y Sabder (2003), citado en Pardo, Sandoval & Umbarilla (2004), realizaron un estudio con 89 jóvenes de los últimos años de bachillerato en Estados Unidos, en el que demuestran que existe una estrecha relación

entre la depresión y consumo de sustancias, sobretodo en el caso de consumo de cigarrillo, alcohol y marihuana.

Por su parte, Legues, Aklin, Bornovalova, y Moolchan (2004) evaluaron la relación entre la toma de riesgo y la propensión mediante la identificación de los factores psicológicos que diferencian a los fumadores de los no fumadores. Para estos autores la toma de riesgo de fumar está determinada por factores de la personalidad y del temperamento como la búsqueda de nuevas sensaciones, la impulsividad, la desinhibición. Para relacionar estas variables aplicaron un cuestionario de autorreporte y la prueba BART que consiste en el desarrollo de tareas conductuales por computador.

Los 125 adolescentes que participaron se encontraban entre quinto y doceavo grado de escuela secundaria, en Washington, D. C., Estados Unidos. En el autorreporte evaluaron variables sociodemográficas y conducta de consumo. Para evaluar la búsqueda de novedad adaptaron la escala de Zuckerman (1994), para la toma de riesgos, la escala de Zuckerman, Eysenck y Eysenck (1978), y para medir niveles de impulsividad, la escala de Eysenck (1985). Y la prueba BART la cual es una serie de tareas por computador en la que el participante realiza acciones que le permiten ganar dinero (en el juego) o arriesgarlo.

De acuerdo con los resultados, la hipótesis de investigación fue confirmada, las diferencias entre los puntajes obtenidos en el BART de los no fumadores y los fumadores fueron significativas, lo que corrobora el hecho que los adolescentes que han fumado tienden a tomar más riesgos que los no fumadores. Por su parte, la evaluación realizada mediante el autorreporte no ofreció ninguna relación importante entre las variables medidas que permitieran diferenciar a los fumadores de los no fumadores.

Urquieta, Hernández-Ávila, y Hernández (2006) evaluaron los factores económicos y sociodemográficos que influyen en la decisión de consumir tabaco y alcohol en México. Partieron de la hipótesis de que el consumo de tabaco por parte de los adolescentes es una conducta altamente determinada por variables sociodemográficas, por la influencia de pares, por la familia, la escuela, la comunidad

y los medios de comunicación. Para comprobar estas hipótesis analizaron la información proporcionada por la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos del 2002 que fue aplicada a 15.181 adolescentes entre los 12 y 21 años.

Evaluaron variables sociodemográficas, nivel socioeconómico, escolaridad del jefe de hogar, indigenismo, y si los jóvenes cohabitan con sus padres. Encontraron que la edad de inicio de consumo es en promedio 15.75 años, el consumo de tabaco es superior en adolescentes de 12 a 16 años cuando habitan con adolescentes mayores que ellos, y que fumen. Según lo reportan, los hombres presentan mayor propensión a fumar que las mujeres, y este comportamiento aumenta con la edad. Sumado a esto, los hombres casados, o en unión libre, también aumentan la probabilidad de consumir estas sustancias, aquellos que no viven con alguno de los dos padres tienen más probabilidad de fumar, y si no viven con ninguno de los dos padres la probabilidad es mayor. Mayor tiempo de exposición a la televisión (más 5 horas); más de tres personas laboralmente activas y alta marginalidad; son factores que se asociaron a mayor consumo de cigarrillos por parte de los adolescentes. Confirmaron que la decisión de fumar y consumir alcohol guarda una estrecha relación porque dependen de una serie de factores comunes de diversos tipos, observables y no observables.

Tafur, Ordóñez, Millán, Varela, y Rebellón (2006) realizaron un estudio de aproximación epidemiológica por medio de una encuesta de autorreporte en 1.186 estudiantes de primer semestre en la Universidad de Santiago de Cali en Colombia. El estudio transversal se realizó con la encuesta diseñada por la OMS (1997) que evalúa variables sociodemográficas, estatus de fumador, antecedentes familiares de tabaquismo, características del consumo, actividades deportivas y sociales y frecuencia de consumo.

A partir de la evaluación encontraron que los estudiantes del área de la salud fuman menos, 29.6% de los hombres y 16.8% de las mujeres, con respecto a los estudiantes de otras áreas, 37.8% de los hombres y 21.7% de las mujeres. Lo que sugiere que la información cumple un papel importante en la evitación y abandono de conductas de riesgo, como factor protector.

Estudios que Examinan Factores Habilitantes (facilitadores)

Estudios transversales empíricos soportan que la publicidad pro-tabaco es un facilitador que promueve el uso del cigarrillo en los adolescentes, esto se demostró porque se encontró una relación causal entre los avisos publicitarios y el acto de fumar y mantenimiento de estas conductas en esta población. Esto lo evidencia el estudio realizado por López, Herrero, Comas, Leijs, Cueto, Charlton, Markha, & Vries (2004), realizaron una evaluación con el propósito de conocer la influencia que tiene la publicidad de cigarrillo en la adquisición y mantenimiento del tabaquismo en adolescentes. Para esto utilizaron una muestra de 3664 estudiantes españoles entre los 13 a 14 años a quienes se les presentó un cuestionario de Kuhlman que mide la autoeficacia en estas variables: actitud, influencia social y auto eficacia como los principales predictores de la conducta de fumar, de igual forma se indagó número de marcas conocidas de cigarrillos, anuncios identificados en medios publicitarios (identificaron los anuncios más reconocidos en ese momento), y datos sociodemográficos como edad, género y estado socioeconómico.

Se encontró que los adolescentes que se reconocían como fumadores activos identificaron con mayor facilidad los avisos publicitarios, por otro lado los adolescentes que no eran fumadores pero reconocían más anuncios publicitarios presentaban mayor probabilidad de ser fumadores en el futuro. En conclusión, se encontró que existe una asociación entre el conocimiento de la publicidad y fumar. Y concluyen que los adolescentes que no fuman y los que están contemplando la idea de fumar son más vulnerables si se exponen a los anuncios publicitarios.

En la misma línea, Orlando, Tucker, Ellickson y Klein (2005) realizaron una investigación longitudinal en la que intentaron establecer la relación entre consumo de tabaco y alcohol. En el estudio participaron 5.873 adolescentes de California y Óregon. Los datos fueron recogidos en dos momentos, en 1985, cuando los participantes tenían entre los 13 y 18 años, y 1995 cuando los participantes tenían de 23 a 29 años. Las variables evaluadas fueron: sociodemográficas, composición familiar, escolaridad de los padres, calidad de la escuela, estado civil y si obtuvieron título universitario a los 23 años (en la evaluación final). También evaluaron conducta

anticonvencional, si en el último año habían robado, comercio con drogas y violencia; y salud física. Sí el consumo combinado de alcohol y cigarrillo había afectado su salud global, presencia de síntomas como indigestión, diarrea, dolores de cabeza, en el último mes. Las conductas de consumo de tabaco y alcohol, la intención de fumar y beber alcohol en los próximos 6 meses, sí en el último año aceptaron alcohol o cigarrillo.

Finalmente, concluyeron que el consumo de cigarrillo está asociado al consumo de alcohol siendo este último un factor precipitante del consumo. También reportan que aquellos adolescentes con una familia en la que los dos padres están presentes, con buena comunicación y con mayor nivel educativo, es menor la probabilidad de que se presente el consumo de cigarrillos. De la misma forma, una familia incompleta y con poca educación es un indicador de consumo temprano de tabaco. Además de esto, encontraron que un perfil de bajo riesgo de consumo no es un factor protector de conductas de violencia, de hecho reportan que en un primer momento los adolescentes que presentaron un perfil de bajo riesgo de consumo, con el tiempo empezaron a exhibir mayor riesgo de presentar conductas antisociales.

Encontraron una importante relación entre las estrategias de marketing y la participación de los jóvenes en éstas.

De igual forma Fichtenberg & Glantz (2002), estudiaron la eficacia de las leyes que restringen el acceso de cigarrillo a la juventud en Estados Unidos. Para esto retomaron estudios realizados entre 1985 hasta el 2001. Estas investigaciones contaban con semejanzas como: la población (adolescentes) y la temática (eficacia de leyes y cumplimiento de estas por parte de los adolescentes y los que expedían los cigarrillos).

Los resultados mostraron que no había diferencia significativa en la población que tenían medidas de legislación con la población que no las tenía, puesto que no se reportó ningún decremento en la conducta de fumar en adolescentes, por lo tanto estos recursos aún resultan limitados para el control del tabaco. La investigación evidenció que los adolescentes que vivían en poblaciones donde la norma era vigente,

usaban otras fuentes no directas para comprar los cigarrillos como amigos, pares y familia, y otro porcentaje de esta población robaba el producto.

Este meta-análisis demuestra que aunque se instauren reglas de prohibición del tabaco si estas no se ejecutan como están dispuestas, estas se convierten en variables facilitadoras para mantener el consumo de tabaco.

Estudios que Examinan Factores Reforzantes (de mantenimiento).

Lewis-Esquerre, Rodrigue, y Kahler (2004) presentan los resultados de la validación de la Encuesta de las Consecuencias de Fumar para adolescentes, esta encuesta la adaptaron del cuestionario de consecuencias de fumar de Brandon y Baker (1991). La validación la realizaron con 437 adolescentes fumadores y no fumadores estudiantes de secundaria de 11 a 19 años de Florida, Estados Unidos.

Los autores consideran que la expectativa de resultado es un determinante importante en la adquisición y el mantenimiento de la conducta de fumar, por esta razón el instrumento evalúa mediante 38 ítems con 5 opciones de respuesta en escala Likert (nunca, rara vez, a menudo, a veces, siempre), la probabilidad de que se produzca una consecuencia por fumar. Las consecuencias tenían que ver con refuerzo positivo, refuerzo negativo, reducción de afectos negativos, control de peso, consecuencias sociales. También evaluaron factores sociodemográficos: edad, etnia, sexo, y nivel socio-económico. La conducta de consumo también fue evaluada: frecuencia de consumo, existencia de amigos y familiares que fuman, y la intención de fumar.

Luego de ser adaptados, los ítems fueron revisados por un grupo de expertos para calificarlos, también fueron revisados por algunos adolescentes para determinar la comprensión de cada ítem, la prueba fue aplicada y se evaluó la confiabilidad, la consistencia interna, y las interacciones entre las variables independientes.

A partir de la aplicación, la prueba demostró ser útil para medir las expectativas de resultado de la conducta de fumar, ya que los autores encontraron consistencia entre los resultados y las hipótesis que los guiaron a establecer las variables evaluadas como predictoras del consumo de tabaco. En términos generales, el consumo de cigarrillo se encontró asociado a los refuerzos positivos que encuentran los jóvenes en

el cigarrillo, como la aceptación social, las sensaciones fisiológicas que produce, el estatus de madurez que perciben en el fumador. También encontraron que el refuerzo negativo mantiene la conducta, como la reducción de sensaciones desagradables, y el evitar un aumento de peso, sobre todo en las mujeres.

DISCUSIÓN

Después de realizar la revisión de cada modelo de salud, se observa que la sustentación teórica está determinada por el valor que toman determinadas variables en la explicación de la adquisición y mantenimiento de conductas saludables o de riesgo. Dado que cada microteoría describe y explica un aspecto de la conducta con relación a la salud, es importante ver como a partir de esto se posibilita la realización de múltiples estudios que identifiquen y midan éstas variables con el objetivo de diseñar programas que promuevan la prevención de tabaquismo o la promoción de conductas saludables en la población adolescente.

De esta revisión, cabe destacar aspectos importantes, que bien permiten reconocer que la psicología de la salud está directamente implicada en esta clase de problemas, ya que el tabaquismo en adolescentes es un problema de salud pública que genera consecuencias inmediatas, como el incremento de fumadores a temprana edad, y a largo plazo, ya que los fumadores tienen una mayor predisposición en desarrollar enfermedades crónicas como el cáncer, EPOC y enfermedades cardiopáticas. Fundamentalmente, esto corresponde al campo de la psicología por la relación existente entre la conducta y la salud, relación mediada por múltiples variables que también corresponden a los procesos y dominios Psicológicos.

Por otra parte, la población abordada requiere que se encuentre una solución en la que se identifiquen los factores de riesgos, para evitarlos, y los factores de protección, para promoverlos. La promoción de la salud, implica entonces, cambios de conducta, hábitos y estilos de vida, frente a los factores de riesgo y protección con el objetivo de propiciar y establecer aquellos hábitos y estilos de vida que garanticen el bienestar y adecuado desarrollo en las áreas de funcionamiento de cada persona.

La población adolescente requiere tal intervención precisamente porque el momento de vida en el que se encuentran constituye el periodo en el que se generan la mayoría de hábitos y estilos de vida que se mantendrán en la edad adulta, por lo tanto es ésta en la que se proyecta la sociedad del futuro cercano. Tal como está documentado, ya que la mayoría de adultos que actualmente son fumadores, comenzaron en la adolescencia en edades entre los 15 y 18 años mientras que los

adolescentes que fuman, reportaron comenzar entre los 13 a 15 años, lo cual evidencia que la edad de inicio de consumo va en disminución (Medina-Mora ME, Peña-Corona MP, Cravioto P, Villatoro J, Kuri P 2002; Programa De adicción: Acción-Tabaquismo 2001).

Estas razones justifican la urgencia de realizar una evaluación de los factores de orden psicológico y social en relación con el consumo de tabaco en los adolescentes-jóvenes. Es necesario encontrar las variables que determinan el consumo de tabaco por parte de esta población para generar estrategias efectivas de intervención que permitan dar respuesta a esta problemática. La psicología de la salud debe abordar de forma directa tal problema ya que es claro que los adolescentes están influidos, principalmente, por variables de orden social las cuales son facilitadores o precipitantes para adquirir este hábito a diferencia del adulto sobre el que influyen componentes cognitivos, físicos y sociales que generan una intervención mucho más compleja.

En cuanto a los modelos revisados, cabe resaltar el poder predictivo de los modelos interpersonales en la explicación de la adquisición del hábito de consumo en adolescentes, estos modelos fueron los más utilizados en la evaluación de este problema otorgando un lugar importante en la explicación a variables como la influencia de los pares, familiares, étnicas, entre otros. Los resultados reportados muestran una alta incidencia de adolescentes fumadores bajo la influencia de otros fumadores (Woodruff. & Conway, 2006).

El grupo de pares, constituye un referente social importante para la búsqueda de la autonomía, en el que el tabaco supone un tipo de relación cultural y socialmente aceptada, e incluso necesaria para formar parte del grupo. Bajo esta realidad se demuestra que el tabaquismo es un problema que se debe de abordar en consideración a que cada población presenta condiciones particulares que promueven o protegen a los adolescentes de ser fumadores.

Es interesante apreciar que con el alto nivel de predicción y aplicabilidad de los modelos individuales en otros aspectos de la salud, estos presentan limitaciones en la explicación de la adquisición y mantenimiento del hábito de consumo, por lo cual tal

limitación afecta el diseño de programas de intervención. Por esta razón, no fueron los de mayor aplicación como modelos, ya que por la etapa de la vida que se encuentra esta población no se asumen como individuos, si no todo lo contrario, como personas que están en una etapa en la que la socialización y la interacción con el otro es primordial para sentirse parte de un grupo y formar identidad. En este sentido, cabe aclarar que si bien como modelo no tienen el valor predictivo para explicar los fenómenos relacionados con el consumo de tabaco, las variables sobre las que cada uno se sustenta si tienen valor predictivo, por lo cual éstas también componen otros modelos, la diferencia, entonces no es sólo las variables que los modelos usan, sino la forma en la que las relacionan.

Los modelos de conducta saludable interpersonal, demuestran la importancia que el contexto ejerce sobre el adolescente para fomentar o prevenir el consumo, esta información sólo orienta a los programas, más no da una solución eficaz puesto que aún que la evaluación de las variables es la misma. Existen diferencias sutiles que muestran que existen factores que pesan mas en unas culturas que en otras, un ejemplo de esto es la diferencia cultural de los árabes y los latinos ya que el predisponente de adquirir la conducta tabáquica en población latina esta dada por influencia de los pares por el contrario en adolescentes árabes el predisponente está dado por influencia de los familiares. Esto se debe la gran importancia que tiene el concepto familia para esta cultura, por lo tanto, aunque sugieren el mismo manejo de teorías, las variables y la forma de socialización de los programas de prevención y promoción de conductas saludables están orientadas a poblaciones distintas, este aspecto es primordial porque el éxito de los programas depende de las diferencias entre contextos y culturas.

Otro aspecto relevante que se deriva tienen que ver con la evaluación o implementación de programas en espacios escolares, lo que permite inferir que la escuela es el principal contexto en el que se desenvuelve y socializa el adolescente. Aunque también, podría ser entendido como una limitación, ya que para muchos la escuela es un ambiente en el cual se ven obligados a estar, por lo cual, si los programas se desarrollan sólo en este espacio, podrían ser interpretados como un

elemento más de la enseñanza, podrían tener mayor efecto si se realizan en otros espacios, aunque esto sólo es una hipótesis que requiere ser estudiada y comprobada. En cuanto al lugar de importancia que tiene la escuela, se entiende que el adolescente no sólo socializa y comparte en la escuela, pero ésta si tiene un gran peso que permite facilitar la adquisición de la conducta tabáquica, o ayuda a la cesación de esto por brindar el ambiente. Por lo tanto, es prudente no solo generar evaluaciones a los adolescentes si no a las otras personas como educador, directivo e instituciones para conocer aspectos más relevantes de la interacción y reglas sociales que se aceptan y permiten la adquisición del hábito.

Es interesante cuestionarse sobre las causas sociales que se asocian a esta problemática y que tiene una gran aproximación a la explicación de la adquisición y mantenimiento de estas conductas lo que permite conocer los factores protectores y factores de riesgo. Pese a esto, no han permitido generar cambios significativos de esta conducta, aunque es apresurado suponer que no están siendo efectivos, si es evidente que no se han abordado las variables adecuadamente ya que los programas generalmente han entendido el problema en sólo una de sus partes en los que se hace énfasis en una única variable que se debe tener en cuenta. La revisión teórica permite observar que en los países que se ha logrado reducir la prevalencia de tabaquismo en adolescentes, se realizaron intervenciones en múltiples niveles en los que hubo una consideración completa del tema, se concibe la problemática desde una visión holística y cada variable cumple un papel importante en la predicción y el control, pero son todas en conjunto las que se deben abordar en el momento indicado y en cuanto se cumplan las condiciones indicadas.

En este sentido, se resalta la importancia de los modelos investigativos integradores como el PRECEDE-PROCEDE, el cual no solo se focaliza en generar teorías explicativas del fenómeno, también se logran validar por las experiencias en intervención.

Es evidente que en América Latina, específicamente en Colombia, aun no se ha implementado este modelo, aunque la revisión permite ver que todas las variables son tenidas en cuenta, pero de una manera aislada, se debe tener presente que para poder

dar soluciones eficientes a este problema, es pertinente retomar una evaluación de las necesidades de la población no sólo en términos epidemiológicos, sino que también las necesidades percibidas de la población, las políticas públicas que facilitan o impiden la implementación de programas de intervención, las condiciones educacionales y ecológicas que determinan tales conductas tal como lo propone el modelo PRECEDE-PROCEED. Se trata de conocer la prevalencia de un problema y las consecuencias que de este, además las acciones, creencias de los sujetos sobre el problema, por lo tanto la psicopedagogía de los sujetos, las medidas anti-tabáquicas que asume una nación como prohibición de venta libre del productos, espacios libres de humo, restricción de publicidad, la reflexión constante de una sociedad sobre un problema que atañe a todos, el ejemplo de los estereotipos que tienen los adolescentes, el espacio en la escuela para generar programas que con habilidades y conductas asertivas en adolescentes, han demostrado traer resultados óptimos para evitar el consumo de cigarrillo en población joven, por lo tanto debe considerarse el tabaquismo como un problema biopsicosocial cuyo abordaje requiere un acercamiento multidisciplinario que permita profundizar en la complejidad del adolescente.

En cuanto a las asunciones metodológicas, se ha advertido que la correlación no implica causalidad, sin embargo, esto pasa desapercibido en los procesos de evaluación. En la mayoría de los estudios, se evalúan las variables y se atribuye causalidad sobre la conducta de salud. También existen problemas con los estudios transversales, metodología aplicada por excelencia. Ya que se evalúan conductas que son el resultado de procesos que están en un cambio continuo, y por lo tanto no se puede apreciar su desarrollo a partir de medidas tomadas en un momento fijo, además porque diversas variables intervienen y afectan la evaluación y que no pueden ser controladas por los investigadores.

Si la situación es compleja en América Latina, en Colombia es aún más preocupante, ya que si bien existen políticas públicas en la materia, la legislación al respecto no se cumple, las industrias tabacaleras ofrecen un importante ingreso de recursos para la nación superior a las pérdidas por costos de salud, por lo cual no hay

un rigor en la exigencia del cumplimiento de las leyes. Las estadísticas muestran que la población de fumadores aumenta, pero en Colombia no hay muchos datos que respalden esto, la inversión en investigación que se hace es limitada, se carece aún de la información epidemiológica en la materia.

Por otro lado la efectividad del consejo antitabaco en adolescentes es aún mal conocida, dado que los estudios disponibles ofrecen problemas de tipo metodológico y esto se puede evidenciar en las diferentes investigaciones ya que la mayoría de variables eran medidas por medio de encuestas o auto-reportes que la propia población debía responder este hecho quita objetividad y validez a las pruebas pues no se sabe a ciencia cierta si lo que los adolescentes responden es la verdad o son respuestas influidas por un contexto. De igual manera, identificar las falencias no solo de la forma como se evalúan las variables sino aspectos que no permite que se llegue a generar estos programas en Colombia, también orientar a explorar nuevos paradigmas que de respuesta y solución de forma efectiva a este problema desde una perspectiva psicológica que como se evidencio este problema no solo atañe a factores biológicos como es la dependencia a sustancias si no variables que al parecer influyen de una mayor forma en una población, que se considera vulnerable por el estado de desarrollo que se encuentra.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4a.ed.)*. Washington, Dc: Autor.
- Baranowski, T., Perry, C., & Guy, P. (2002). How Individuals, environments, and health behavior interact. En K. Glanz., B. Rimer., B., & Lewis, F. (Eds.), *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice (pp. 153-178)*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bauman, K. E., Foshee, V. A., Ennett, S. T., Hicks, K., & Pemberton, M. (2001). Family matters a family-directed program designed to prevent adolescent tobacco and alcohol use. *Health Promotion Practice. 2, 1*, 81-96.
- Bird, Y., Moraros, J., Olsen, K., Coronado, G., & Thompson, B. (2006). Adolescents' smoking behaviors, beliefs on the risks of smoking, and exposure to ETS in Juarez, Mexico. *American Journal of Health Behavior, 30, 4*, 435- 446.
- Breslau, N., Kilbey, M., & Andreski, P. (1994). DSM-II-R nicotina dependence in young adults: Prevalence, correlates and associated psychiatric disorders. *Addiction, 89*, 743-57.
- Campo, A. A. (2006). Prevalencia de dependencia de nicotina en algunas poblaciones: Una revisión sistemática. *Revista de Salud Pública, 8, 1*, 98-107.
- Caris, L., Varas, M., Anthony, C., & Anthony, J. (2003). Behavioral problems and tobacco use among adolescents in Chile. *Rev Panam Salud Publica. 14,2*, 84-90.
- Carlson, A., & McDonald, E. (2002). Using the precede-proceed planning model to apply health behavior theories. En Glanz, K., Rimer, B., & Lewis, F. (Eds). *Health behavior and Health education. Theory, research and practice (pp. 223-228)*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Carmo, J., Pueyo, A., & Lopez, E. (2005). The evolution in the concept of smoking. *Cad. Saúde Pública, 21, 4*, 999-1005.
- Conner, M., & Norman, P. (1998). Health Behavior. En Conner, M.; Norman, P. *Predicting Health Behavior (pp 62-94)*. Philadelphia: Open University Press.
- Córdoba, R., Clemente, L., & Aller, A. (2003). Informe sobre el tabaquismo pasivo. *Atención Primaria, 31, 3*, 181-190.
- Diego, M., Field, T., & Sanders, C. (2003). Academic performance, popularity, and depression predict adolescent substance use. *Adolescence, 32*, 149, 35-49.
- Doll, R (1996). Cancers weakly related to smoking. *Oxford Journals: British Medical Bulletin, 52*, 35-49.
- El vicio de fumar le quema vidas y el bolsillo al país. Sección salud y vida. (2007, Mayo 30). El Tiempo.
- Epp, J. (1996). Lograr la salud para todos: Un marco para la promoción de la salud. En: Organización Panamericana de la Salud, *Promoción de la salud: una antología (pp. 25- 36)*. Washington: OPS, OMS.
- Fichtenberg, C., & Glantz, S. (2002). Youth Access Interventions Do Not Affect Youth Smoking. *Pediatrics, 109*, 1088-1092. obtenido en mayo 2 de 2007 en <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/109/6/1088>.
- Flórez- Alarcón, L. (1999). La psicología de la salud y la salud publica: El papel de la comunidad Científica. *Revista Colombiana de Psicología, 8*, 22-29.
- Flórez-Alarcón, L. (2005). Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico, en estudiantes de secundaria y universitarios consumidores de alcohol. *Acta Colombiana de Psicología, 13, 1*, 135-151.
- Florez-Alarcon, L., & Sarmiento, D. (2004). Programa “tipica” para la promoción de factores psicosociales de protección, mediante la educación, para la salud en la escuela. *Revista Colombiana de Psicología, 13*, 113-128.

- Glanz, K., Rimer, B., & Lewis, F. (2002). The scope of health behavior and health education. En Glanz, K., Rimer, B., & Lewis, F. (Eds). *Health behavior and Health education. Theory, research and practice*(pp.3- 21). San Francisco: Jossy-Bass.
- Godeau, E., Vignes, F., & Navarro, F. (2006). Generation Oxigen, an interactive health promotion exhibition on smoking prevention for high-school students. *Annual EUPHA Meeting: Parallel Session C, 10, 30, 52*. Obtenida en Abril 7, 2007 de la base de datos de ProQuest.
- Gold, M.(1995). *Tabaco*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- González, L., & Berger, K. (2002). Consumo de tabaco en adolescentes: Factores de riesgo y factores protectores. *Revista Ciencia y Enfermería. 8, 2, 27-35*. Obtenida en Mayo 22 del 2007 en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532002000200004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0717-9553.
- Green, L., & Kreuter, M. (1991). *Health Promotion and Planning. An educational and environmental approach* (3ª. Ed.). Mountain View: Mayfield publishing Company.
- Heaney, C., & Israel, B. (2002). Social networks and social support. En Glanz, K., Rimer, B., & Lewis, F. (Eds). *Health behavior and Health education. Theory, research and practice* (pp. 185-209). San Francisco: Jossy-Bass.
- Hernandez, J., Guevara, C., Garcia, M., & Tasco, J. (2006). Habito de fumar en los estudiantes de primeros semestre de la facultad de Salud: Características y percepción: Universidad del Valle, 2003. *Colombia Medica, 37, 1, 31-38*.
- Hill, V., Weglicki, L., Templin, T., Hammad, A., & Merrill, P. (2006). Predictor of Arab American adolescent's tobacco use. *Psychology Journals, 52, 2, 327- 342*.
- Kenzora, D., Copelanda, A., Stewart, T., Bisunellea, M., & Williamson, D. (2007). Weight-related concerns associated with smoking in young children. *Addictive Behaviors. 32, 3, 598-607*.

- Legues, C., Aklin, W., Bornovalova, M., & Moolchan, E. (2004). Differences in risk-taking propensity across innercity adolescent ever and never-smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 7, 1, 71-79.
- Lewis, M., DeVellis, B. & Sleath, B. (2002). Social influence and interpersonal communication in health behavior. En Glanz, K., Rimer, B., & Lewis, F. (Eds). *Health behavior and Health education. Theory, research and practice* (pp. 240-2654). San Francisco: Jossey-Bass.
- Lewis-Esquerre, J., Rodrigue, J., & Kahler, C. (2004). Development and validation of an adolescent smoking consequences questionnaire. *Nicotine & Tobacco Research*, 7, 1, 81-90.
- López, L., Herrero, P., Comas, A., Leijts, I., Cueto, A., Charlton, A., Markha, W., & Vries, H. (2004). Impact of cigarette advertising on smoking behaviour in Spanish adolescents as measured using recognition of billboard advertising. *European Journal of Public Health*, 14, 4, 428-432.
- Martínez, J., & Lozano, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13, 2, 222-228.
- Martínez, J., Amaya, W., Campillo, H., Campos, A., & Díaz, L. (2005). Factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en adolescentes estudiantes de básica secundaria de Bucaramanga, Colombia. *Biomédica*, 25, 4, 518-526.
- Matarazzo, J. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-4.
- Mckenzie, J., & Jurs, J. (1993). *Planning, implementing, and evaluating health promotion programs: A primer*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Medina, M., Peña, M., Cravioto, P., Villatoro, J., & Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?. *Salud Publica México*, 44, 1, pp 109- 115.
- Ministerio de la protección social (2006) *Se espera reducir el consumo en adolescentes*. Boletín de prensa N° 063, Junio 27 del 2006. Obtenida en Abril

23 de 2007 en
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=14743&IDCompany=3>

Ministerio de Salud (1999). *Tabaquismo Tomo II*. Serie de Documentos Técnicos. Colombia: Autor.

Minkler, M., & Wallerstein, N. (2002). Improving health through community organization and community building. En Glanz, K., Rimer, B., & Lewis, F. (Eds). *Health behavior and Health education. Theory, research and practice* (Cap 13, pp.30- 52). San Francisco: Jossey-Bass.

Nebor, M., Tomás, Z., Ariza, C., Valmayor, S., & Mudde, A. (2002), Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona. *Gac Sanit*, 16, 2, 131-138. Obtenida en Marzo 9 del 2007 en la base de datos de ProQuest.

Nuño, B., Alvarez, J., Madrigal de Leon, E., & Ramussen, B. (2005). Prevalencia y factores asociados al consumo del tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Salud Mental*. 25, 5, 64-70.

Organización Mundial de la Salud. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. obtenido en Abril 26 del 2007 en <http://www.paho.org/Spanish/dd/ais/coredata.htm>

Organización Mundial de la Salud. (1997). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: WHO Tobacco or Health Programme.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización de los Estados Americanos, Comisión Internacional para el Control del Abuso de Drogas. Washington, D.C. Obtenida en abril 26 del 2007 en <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm>

- Organización Mundial de la Salud. (2006a). *El tabaco mortífero en todas sus formas*. Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Obtenida en mayo 2 del 2007 en <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps060530a.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2006b). Promoción de la salud: seguimiento de la sexta conferencia de promoción de la salud. 117ª reunión 16 de Enero del 2006 Ginebra, Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud (1999). *Planificación local participativa. Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe*. Washinton, D.C: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001a). *Area of sustainable development and environmental health (SDE), Risk Assessment and Management (RA)*. Based country information. Bogotá, Colombia: Autor
- Organización Panamericana de la Salud. (2001b). *El Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica: una oportunidad para mejorar la salud pública de las Américas*. 43^{er} Consejo Directivo. 53ª Sesión del Comité Regional. Washington D.C., EUA, 24 al 28 de septiembre de 2001.
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Pan American Tobacco informatio Online System*. Obtenida en abril 26 del 2007 en <http://www.paho.org/tobacco/CountriesTopic.asp?CountryId=0&TopicId=1127&ShowTrends=ST>
- Orlando, M., Tucker, J., Ellickson, L., & Klein, D. (2005). Concurrent use of alcohol and cigarettes from adolescence to young adulthood: an examination of developmental trajectories and outcomes. *Substance Use & Misuse*. 40, 1051-1069.
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, Z. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*. 13, 13-28.
- Park, E. (2006). School-based smoking prevention programs for adolescents in South Korea: a systematic review. *Health Education Research*. 21, 3. 407-415.

- Pérez. M. F., Pérez, M. J., Jiménez. I, Leal. F, Mesa. I (2006), Tabaquismo y adolescentes: ¿buen momento para dejar de fumar? Relación con factores sociofamiliares. *Aten Primaria*, 37, 08, 452-456. obtenida en Mayo 22 de 2007 en http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?inctrl=05ZI0105&rev=27&vol=37&num=8&pag=452
- Peruga, A., Rincón, A., & Selin, H. (2002). El consumo de sustancias adictivas en las Ameritas. *Adicciones*, 14, 2, 227-236. obtenido el 5 de mayo de 2007 en la base de ProQuest.
- Presidencia de la República de Colombia. (2004). *Política Nacional de juventud: bases para el plan decenal de juventud 2005-2015*. Programa Presidencial Colombia Joven. Colombia: Autor.
- Presidencia de la República de Colombia. (2006) *Urge Aprobar Legislación para Controlar Consumo de Tabaco*. 31 de mayo del 2006 en Comunicado de Prensa
- Prevencion del Cancer: estrategias basadas en la evidencia, una mirada de la UICC para America Latina (2007). Obtenido el 6 de mayo de 2007 en <http://www.uicc.org/fileadmin/guia/05pdf>
- Prochaska, J. O. & Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: M.C. Brugué & M. Gossop (Eds.). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas* (pp. 85-136). Barcelona: Ediciones en neurociencias.
- Prochaska, J. O.; Redding, C. A. & Evers, K. E. (2002). The transteoretical model and stages of change. En Glanz, K., Rimer, B., Lewis, F. (Eds). *Health Behavior and Health education. Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Prokhorov, A., Pallonen, U., Fava, J., Ding, L., & Niaura, R. (1996). Measuring nicotine dependence among high-risk adolescent smokers. *Addictive Behaviors*. 21, 117-127.

- Ramírez, M., & Andrade, D. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-ecuador). *Rev Latino-am Enfermagem*, 13, 813-818. Obtenido el 23 de Abril de la base de Proquest.
- Richard, L., Potvin, L., Denis, J., & Kishchuck, N. (2002). Integration of the ecological approach in tobacco programs for youth: a survey of Canadian public health organizations. *Health Promotion Practice*, 3, 3, 397-409.
- Riedel, B. W., Robinson, L. A., Klesges, R. C., & McLain-Allen, B. (2002). Characteristics of adolescents caught with cigarettes at school: implications for developing smoking cessation programs. *Nicotine & Tobacco Research*, 4, 351-354.
- Salgado, C. (1999). Tamizaje de Cáncer de Pulmón. *Guías de práctica clínica basadas en la evidencia*. Proyecto del Instituto de Seguros Sociales con la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME. Bogotá Colombia.
- Salleras, L. (1990). *Educación sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos S.A.
- Sánchez, P., Ezcurra, J., Villamayor, A., & Elizagárate, E. (2001). Dependencia a la Nicotina, tratamiento. *Salud Global*, 2, 5-8.
- Sanchez, P., Ezcurra, J., Villamor, A., & Elizagárate, E. (2001). Dependencia a la nicotina . Tratamiento. *Revista Salud Metal Atención Primaria*, 2, 5-7. Obtenido en abril 4 del 2007 de <http://www.grupoaulamedica.com/aula/saludmental2011.pdf>
- Secretaria de Salud de México. (2001). *Programa De adicción: Acción-Tabaquismo* (1ª. Ed.). México: Autor.
- Sondos, M., & Carrl, A. (2005). Influence of known psychosocial smoking risk factors on Egyptian adolescents' cigarette smoking behavior. *Health Promotion International*, 20, 2, 135-145. obtenido el 23 de abril del 2007 en

<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=857800781&Fmt=6&clientId=65938&RQT=309&VName=PQD>.

- Tafur, L., Ordoñez, G., Millán, J., Varela, J., & Rebellón, P. (2006). Tabaquismo en personas de la universidad Santiago de Cali, *Revista Colombiana Medica*, 36, 3, 194- 198. Obtenido 6 de mayo del 2007 en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342006000200008&lng=es&nrm=iso
- Tapia, R (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno.
- Tyc, V., Lensing, S., Klosky, J., Rai, S., & Robinson, L. (2005). A comparison of tobacco-related risk factors between adolescents with and without cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 4, 359-370.
- Unger, J., Palmer, P., Dent, C., Rohrbach, L., & Johnson, C., (2000). Ethnic differences in adolescent smoking prevalence in California: are multi-ethnic youth at higher risk?. *Tobacco Control*, 9, 2, 9-14.
- Urquieta, J. E., Hernández-Ávila, M., & Hernández, B. (2006). El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas, *Salud Pública de México*, 48, 1, 530-540.
- Valdés, R., Hernández, M., & Sepúlveda, J. (2002), El consumo de tabaco en la región americana. Elementos para un programa de acción. En *Salud Pública de México*. 44, 1, 125-135.
- Valente. T., Unger, J., Ritt-Olson, A., Cen, S., & Johnson, A. (2006). The interaction of curriculum type and implementation method on 1-year smoking outcomes in a school-based prevention program. *Health Education Research*, 21,3, 315-324. obtenido el 17 de abril de 2007 de base de Proquest.
- Varona, P., Rodríguez, M., Alfonso, K., Bonet, M., García, R., & Fernández, N. (2003). Factores asociados a etapas de cambio de comportamiento en fumadores cubanos. *Revista Panamericana Salud Pública*, 14, 2, 119-24.

- Victoir, A., Eertmans, A., Van den Broucke, S., & Van den Bergh., O. (2006). Smoking status moderates the contribution of social-cognitive and environmental determinants to adolescents' smoking intentions. *Health Education Research*.21,5, 674-87.
- Waters, K., Harris, K., Hall, S., Nazir, N., & Waigandt, A. (2006). Characteristics of social smoking among collage students. *Journal of American college health*, 55, 3, 133- 140.
- Webster, R., Hunter, M., & Keats, J. (2002). Evaluating the effects of a peer support programme on adolescents' knowledge, attitudes and use of alcohol and tobacco. *Drug and Alcohol Review*, 21, 7-16.
- White, V., Tan, N., & Hill, D. (2003). Do adult focused anti-smoking campaigns have an impact on adolescents? The case of the Australian National Tobacco Campaign. *Tobacco Control*, 12, 2, 23-29.
- Woodruff, S., Lee, J., & Conway, T. (2006). Smoking and Quitting History Correlates of Readiness to Quit in Multiethnic. *American Journal of Health Behavior*, 30, 6, 663. Obtenido en abril 20 de 2007 en base de datos de Proquest.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. New York: Cambridge University Press.
- Zuckerman, M., Eysenck, S., & Eysenck, H. J. (1978). Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149.