

# **“DETERMINANTES DEL CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES: DIFERENCIAS DE GÉNERO”.**

---

“DETERMINANTS OF SMOKING IN  
TEENAGERS: GENDER DIFFERENCES”.



**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA “CASA DE SALUD VALDECILLA”.**  
**GRADO EN ENFERMERÍA 2014/15.**  
**AMADA PELLICO LÓPEZ.**  
**DIRECTOR: CARLOS HERNÁNDEZ JIMÉNEZ**

ÍNDICE	Página 1
RESUMEN/ PALABRAS CLAVE	2
ABSTRACT/ KEYWORDS	2
INTRODUCCIÓN	3
Objetivos	4
Metodología de trabajo	4
CAPÍTULO 1. EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO Y SUS DIFERENCIAS DE GÉNERO	7
1.1. Causas de muerte atribuibles al tabaco en nuestro medio y sus diferencias de género	7
1.2. Cuantificación del consumo de tabaco en nuestro medio y sus diferencias de género	7
1.3. Progresión de la conducta tabáquica	9
1.4. Consecuencias del consumo de tabaco en adolescentes	10
CAPÍTULO 2. DETERMINANTES DE LA CONDUCTA DE FUMAR EN ADOLESCENTES Y SUS DIFERENCIAS DE GÉNERO	11
2.1. Modelo ASE (Attitudes- Social influence- Self-efficacy)	11
2.2. La actitud como determinante	12
2.3. El papel de la influencia social	13
2.4. La autoeficacia	15
2.5. Habilidades y barreras	15
2.6. Intención como precursor de la conducta	17
2.7. Variables externas que influyen a los determinantes de la conducta de fumar	17
CAPÍTULO 3. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LLEVAR A CABO INTERVENCIONES EN PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO EN ADOLESCENTES	20
CONCLUSIÓN	22
BIBLIOGRAFÍA	24

## **RESUMEN/ PALABRAS CLAVE**

El tabaco es la principal causa de muerte actualmente. La feminización del hábito tabáquico actual ocasionará en el futuro un aumento de la carga de enfermedad y muerte atribuible al tabaco en mujeres.

La presente monografía pretende describir la situación entre nuestros adolescentes, que determinantes influyen en que varones y mujeres adolescentes consuman tabaco y cómo intervenir de forma efectiva para prevenirlo.

La diferencia de género en consumo de tabaco tiende a desaparecer y las mujeres adolescentes comienzan a fumar antes y en mayor proporción. Existen diferencias de género en cuanto a las ventajas percibidas del tabaco. Las mujeres son más vulnerables a la influencia de amigos y familiares y temen más fracasar a la hora de dejar de fumar. Se recomienda intervenir en prevención de consumo de tabaco en la adolescencia temprana. Es importante atender al género e implicar a la familia tanto en prevención de inicio como en cesación del hábito de fumar.

**Palabras clave:** Conductas Saludables, Hábito de Fumar, Adolescente, Identidad de Género.

## **ABSTRACT/ KEYWORDS**

Tobacco is the most important cause of death today. The current feminization of smoking result in an increased burden of disease and death in women attributable to tobacco in the future.

This paper aims to describe the situation between our teenagers, which determinants influence adolescent males and females who consume tobacco and how to effectively to prevent it.

The gender difference in tobacco habits tends to disappear and female adolescents begin smoking earlier and in greater proportion. There are gender differences in terms of the perceived advantages of smoke. Women are more vulnerable to the influence of family and friends and are more afraid of failing when quitting. It is recommended preventing consumption of tobacco in early adolescence. It is important to look after gender and involve family in both prevention and cessation of smoking.

**Keywords:** Health Behavior, Smoking, Adolescent, Gender Identity

## **INTRODUCCIÓN**

Sabemos que las principales causas de muerte en nuestro medio serían en buena parte evitables mediante la adopción de hábitos de vida saludables. El cáncer, las enfermedades cardiovasculares o respiratorias crónicas son causantes de muerte, carga de enfermedad, pérdida de calidad de vida e incapacidad. Estos problemas de salud comparten como factor de riesgo común el consumo de tabaco (1).

Fumar tabaco es una conducta de riesgo globalizada, presente tanto en países del llamado primer mundo como en los que están en vías de desarrollo. Está demostrado que es una sustancia tóxica y potencialmente mortal cuyo consumo acarrea grave riesgo. Sin embargo, se trata de una droga legal que se vende de forma más o menos accesible y económica para población general (2).

Frente a dicha accesibilidad y debido a la carga de morbimortalidad que ocasiona, hemos sido testigos en los últimos años de la apuesta de los gobernantes de países de nuestro medio para legislar medidas en contra del consumo de tabaco. Paralelamente, los responsables de nuestros sistemas sanitarios han facilitado la deshabituación de los propios profesionales fumadores y han tratado de formar a un buen número de profesionales para prevenir y tratar el tabaquismo en la población que atienden (2).

Una de las funciones propias de nuestra disciplina enfermera es la Educación para la Salud, favoreciendo la promoción de hábitos saludables y la prevención de comportamientos que puedan suponer un daño al individuo, familia o comunidad. En concreto, la figura de la Enfermera Comunitaria está cerca del individuo en todas las etapas de su vida, como observadora privilegiada de cómo la persona crece y se relaciona con sus iguales y su medio. La población infantil y adolescente debe ser el objetivo fundamental en la promoción de hábitos de vida saludables, pues esas etapas son fundamentales en la adquisición de hábitos de vida. Es en la adolescencia cuando aparecen conductas de riesgo como el consumo de tabaco que perjudican la salud de los chicos y chicas y determinan su calidad de vida futura. El hecho de que niños y adolescentes acudan a la escuela obligatoriamente hasta los 16 años da la oportunidad a profesionales como los sanitarios y docentes de integrar la promoción de hábitos saludables como una materia transversal al resto de actividades curriculares. Por eso, la enfermera de Atención Primaria debe ampliar su ámbito de trabajo fuera de las paredes del Centro de Salud y acercarse de forma proactiva a la población de su zona básica, conociendo entre otros recursos, los centros educativos (3).

Pero para saber cómo plantear intervenciones efectivas en Educación para la Salud es importante identificar los condicionantes que subyacen a la adquisición de determinados hábitos. En el caso del tabaco, debemos saber qué factores favorecen probar, iniciar y llegar a consolidar ese consumo en los jóvenes. Según lo que se ha ido publicando al respecto, parece que existirán diferencias de género en esos condicionantes y atender a dichas diferencias puede contribuir a aumentar la eficacia de las intervenciones (4, 5).

En países desarrollados se ha venido observando recientemente una feminización en el hábito de fumar tabaco. Incluso, estudios consultados para llevar a cabo este trabajo, llegan a relacionar la igualdad entre hombre y mujeres en hábitos nocivos como propio de la modernización de un país (6, 7). Como veremos, la brecha de género clásica respecto al consumo de tabaco prácticamente ha desaparecido en la actualidad en países como el nuestro. La feminización de la epidemia del tabaco en las adolescentes de hoy en día ocasionará previsiblemente en el futuro una adicción en mujeres adultas con previsibles y graves consecuencias. Se ha demostrado que a mayor emancipación de la mujer, mayor feminización del hábito (8). Ahora bien, pese a la tendencia a la igualdad en las tasas de

tabaquismo entre sexos, como veremos en el desarrollo de la presente monografía, hay diferencias en los determinantes del inicio y mantenimiento del hábito.

Trabajo habitualmente como enfermera en un Centro de Salud y mi labor se centra en la promoción de hábitos saludables y la prevención de enfermedades como el cáncer, la enfermedad cardiovascular o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Ese es el motivo de elección del tema de la presente monografía. He hecho deshabituación tabáquica en adultos tanto en consulta individual como en grupo y he observado en pacientes hombres y mujeres diferencias de género en los factores que condicionan el mantenimiento del hábito. Esos factores además dificultan la deshabituación y suelen ser motivo de recaída. Desde el Equipo de Atención Primaria estamos contactando con los centros educativos de la zona básica de salud para colaborar en la Educación para la Salud de los escolares. De cara a plantear una intervención educativa efectiva frente a tabaco en este grupo de edad es importante saber qué factores externos y conductuales suponen un riesgo y por tanto deben ser abordados. Además en dicho abordaje será importante tener en cuenta las diferencias entre varones y mujeres.

### **Objetivos**

Por todo lo expuesto, los objetivos del presente Trabajo Fin de Grado serán:

- Describir el consumo actual de tabaco en adolescentes españoles, diferenciando según género.
- Analizar los factores comunes determinantes del consumo de tabaco y los específicos de cada género.
- Identificar recomendaciones, teniendo en cuenta los resultados de los estudios analizados, sobre cómo deben ser las intervenciones para prevenir el tabaquismo en adolescentes.

Esta monografía consta de introducción, tres capítulos y conclusión. Tras la necesaria introducción al tema objeto de estudio y dentro de esta, se explicará cómo se ha llevado a cabo el método de revisión. En el primer capítulo se describe que ocurre con el tabaquismo adolescente en nuestro medio, el riesgo que supone y supondrá en un futuro en términos de morbi-mortalidad y las diferencias de género. En el segundo capítulo se presenta el modelo ASE (Attitudes- Social influence- Self-efficacy) como modelo teórico a seguir de cara a estructurar los determinantes, pasando después de describir cada uno de ellos y sus diferencias de género. En el tercer capítulo se enumeran recomendaciones sobre como plantear intervenciones en tabaquismo adolescente efectivas y que determinantes deben ser diferenciados por género. Se concluye destacando lo considerado más importante de los hallazgos de los estudios consultados.

### **Metodología de trabajo**

Para la realización de esta monografía, se efectuó una localización de referencias bibliográficas a través de una búsqueda realizada hasta el mes de diciembre de 2014, en las bases de datos Medline, Dialnet, Cuiden Plus y Psycinfo.

Se utilizó para la estrategia de búsqueda descriptores recogidos en el tesoro de la National Library of Medicine de Estados Unidos (MeSH, Medical Subject Headings) y de la Biblioteca Virtual de Salud (DeCS, Descriptores en Ciencias de la Salud). Se efectuaron diferentes combinaciones utilizando los operadores booleanos "AND" y "OR", aplicando límites en la estrategia de búsqueda: búsqueda diez años atrás, en idiomas inglés y español y en población preescolar, escolar y adolescente (Tabla 1, Figura 1).

Tabla 1. Resultado de la búsqueda inicial.

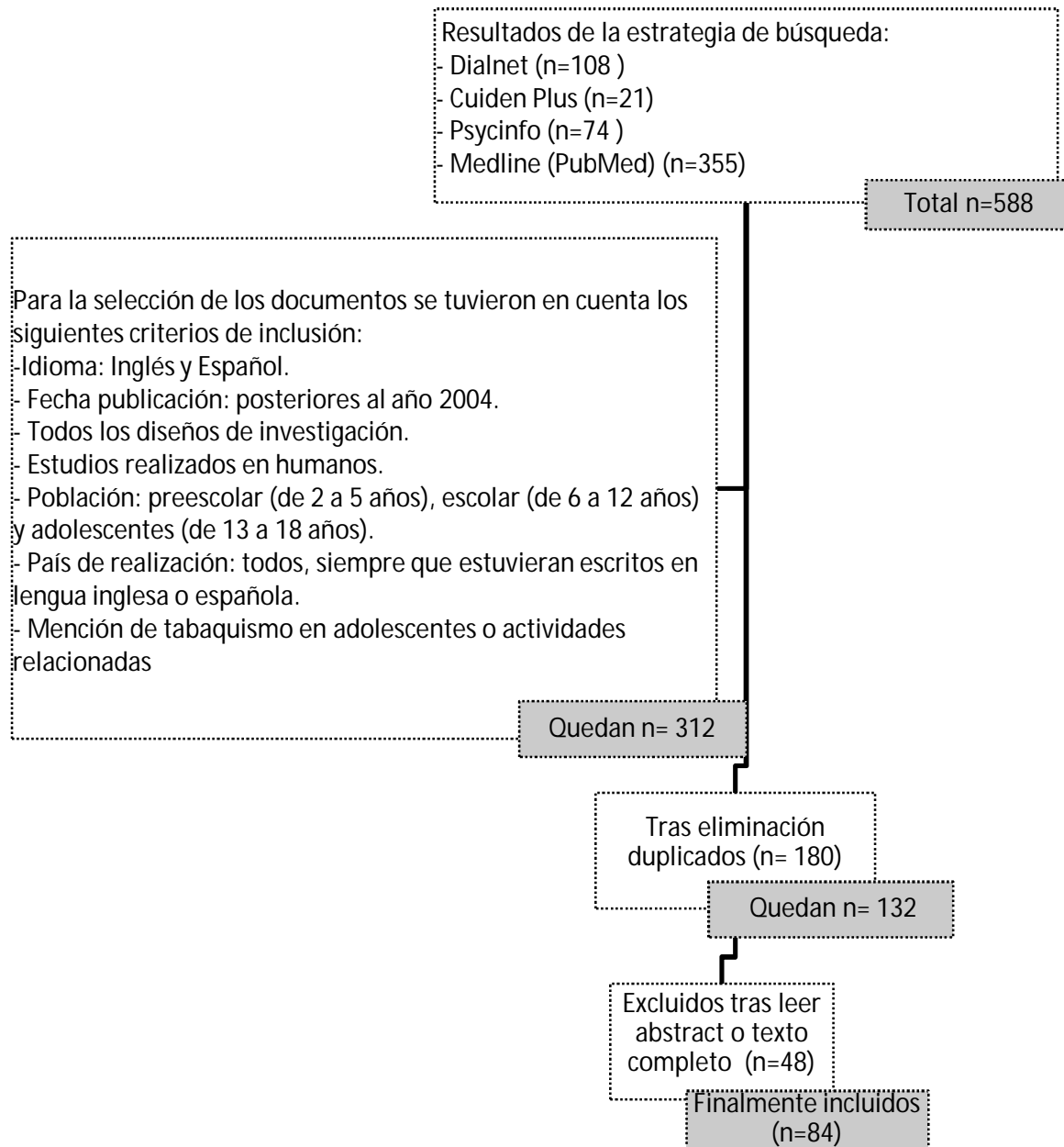
BASE DE DATOS	TÉRMINOS DE BÚSQUEDA	LÍMITES	RESULTADOS
DIALNET	"Fumar" y "adolescentes"	Límites: De 2004 a 2014	81
DIALNET	"Fumar" y "niños"	Límites: De 2004 a 2014	27
DIALNET	"Fumar" y "preescolar"	Límites: De 2004 a 2014	0
CUIDEN PLUS	"Fumar" y "adolescentes"	Límites: De 2004 a 2014	16
CUIDEN PLUS	"Fumar" y "niños"	Límites: De 2004 a 2014	5
CUIDEN PLUS	"Fumar" y "preescolar"	Límites: De 2004 a 2014	0
PSYCINFO	"Health Behavior" AND "Smoking" AND ("gender identity" OR sex)	Límites: publicación posterior a 2004, en idiomas inglés y español, en población preescolar, escolar y adolescente.	74
MEDLINE	"Health Behavior" AND "Smoking" and ("gender identity" or sex)	Límites: publicación posterior a 2004, en idiomas inglés y español, en población preescolar, escolar y adolescente.	355
			588 TOTAL

Fuente: Elaboración propia.

Los criterios de inclusión o exclusión se aplicaron a las referencias encontradas, mediante la lectura de los resúmenes, o cuando fue necesario, de la lectura completa de los estudios primarios. Se utilizaron finalmente los artículos que respondían al objeto de la revisión y cuya población de estudio se adaptaba a nuestros intereses (Figura 1).

Por tanto, constituyen la base de la monografía 84 artículos. También se consultaron como fuentes relevantes sobre epidemiología, las paginas oficiales de organismos como la Organización Mundial de la salud (OMS), el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), la Consejería de Sanidad y el Observatorio de Salud Pública de Cantabria. También las Encuestas Nacionales promovidas por las Delegaciones de Gobierno de las comunidades autónomas para el Plan Nacional sobre Drogas (ESTUDES y EDADES) y la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), realizada por el MSSSI en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística. Se consultaron además los modelos teóricos que se engloban en el mencionado modelo ASE sobre determinantes de la conducta de salud. El número total de referencias bibliográficas asciende a 100 documentos.

Figura 1: Árbol de búsqueda bibliográfica.



Fuente: Elaboración propia.

Cabe mencionar como una de las limitaciones de este trabajo la propia estrategia de búsqueda que puede llevar a un sesgo de selección. Al limitarse a publicaciones en inglés y español, priorizar hacia bases de datos de ámbito clínico y tener que manejar una cantidad de información adaptada a la extensión de la presente monografía se puede perder información relevante. Como se verá más adelante, se encuentran resultados contradictorios entre estudios debido probablemente a la variabilidad en el tipo de estudios, tamaño de muestras, metodología y contextos. Para una revisión más extensa sería necesario consultar bases de datos más generales y en más idiomas.

## **CAPÍTULO 1. EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO Y SUS DIFERENCIAS DE GÉNERO.**

### **1.1. Causas de muerte atribuibles al tabaco en nuestro medio y sus diferencias de género.**

Hay evidencia suficiente para afirmar que el consumo de tabaco aumenta el riesgo de mortalidad por todas las causas tanto en hombres como en mujeres (2). Dada la relación de causalidad entre consumo de tabaco y sus consecuencias asociadas, el patrón de morbi-mortalidad de nuestro entorno es paralelo al hábito de fumar en la población.

En cuanto a causas de muerte a nivel mundial, según la OMS, en 2012, el 68% de las muertes fueron causadas por enfermedades no transmisibles. Se sitúan en primer lugar las enfermedades cardiovasculares, seguidas del cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas. En países desarrollados, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte también en mujeres, aunque tradicionalmente se consideraba un problema masculino. En todo el mundo, el consumo de tabaco es una causa importante de estas enfermedades y la OMS señala que el tabaco está detrás de 1 de cada 10 muertes en adultos (9).

En España, el último informe de patrones de mortalidad publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) contiene datos recogidos en 2012. Dentro de las 15 principales causas de muerte las primeras son, por ese orden: cáncer, enfermedades del corazón, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Este informe nos dice además que "casi un 60% de las defunciones se deben a las primeras cuatro causas de muerte". Sabemos que en todas ellas, el hábito tabáquico es uno de los principales factores de riesgo. El Ministerio informa que entre 2001 y 2012 la mortalidad por causas de muerte atribuibles al tabaquismo en España ha descendido en hombres y aumentado en mujeres. El incremento en la mortalidad por cáncer de pulmón que se viene observando en mujeres, refleja su incorporación tardía al consumo de tabaco, ocurriendo lo contrario en los varones que han ido dejando de fumar en mayor proporción (1).

En Cantabria, las causas de muerte más frecuentes en 2009 y 2010 fueron las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores, las enfermedades del sistema respiratorio y los trastornos mentales y del comportamiento. También aparecen diferencias en hombres y mujeres. Los hombres fallecen más por tumores y enfermedades del sistema respiratorio y las mujeres fallecen por enfermedades del sistema circulatorio y trastornos mentales y del comportamiento (10).

### **1.2. Cuantificación del consumo de tabaco en nuestro medio y sus diferencias de género.**

La tendencia en términos de mortalidad parece ser el resultado del fenómeno sociológico que venimos observando décadas atrás en torno al consumo del tabaco. Fumar parece haber pasado de ser una práctica tradicionalmente masculina en la generación de nuestros abuelos y abuelas a ser un comportamiento cada vez más común y extendido entre las mujeres de nuestros tiempos.

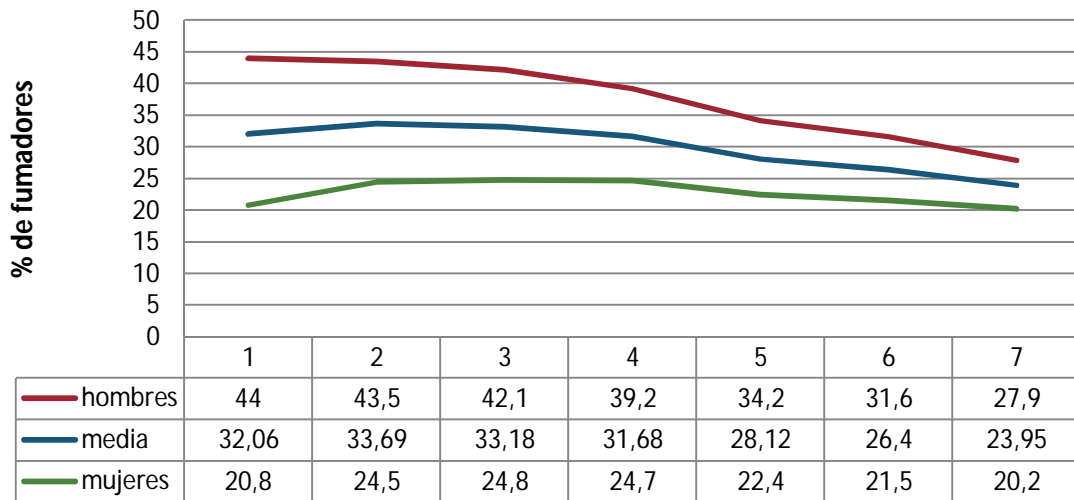
A nivel mundial, la epidemia de tabaquismo se considera una catástrofe de Salud Pública. Es considerado la primera causa mundial de muerte prevenible. Se estima que existen más de mil millones de personas fumadoras en el mundo y que la mayoría viven en países de nivel económico bajo o medio, lo que empeora la carga de enfermedad y mortalidad asociada (2,11).

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011 – 2012 ha sido publicada en Marzo de 2013 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Según la ENSE, en España el 24,0% de la población de 15 y más años afirma que fuma a diario. En 1993 fumaban un 44,0%



de los hombres y 20,8% de las mujeres de 16 y más años. En 2012 tiende a igualarse en población de 15 y más años hacia el 24,0% (27,9% de los hombres y 20,2% de las mujeres).

Figura 2. Progresión del hábito tabáquico en España entre 1993 y 2012.

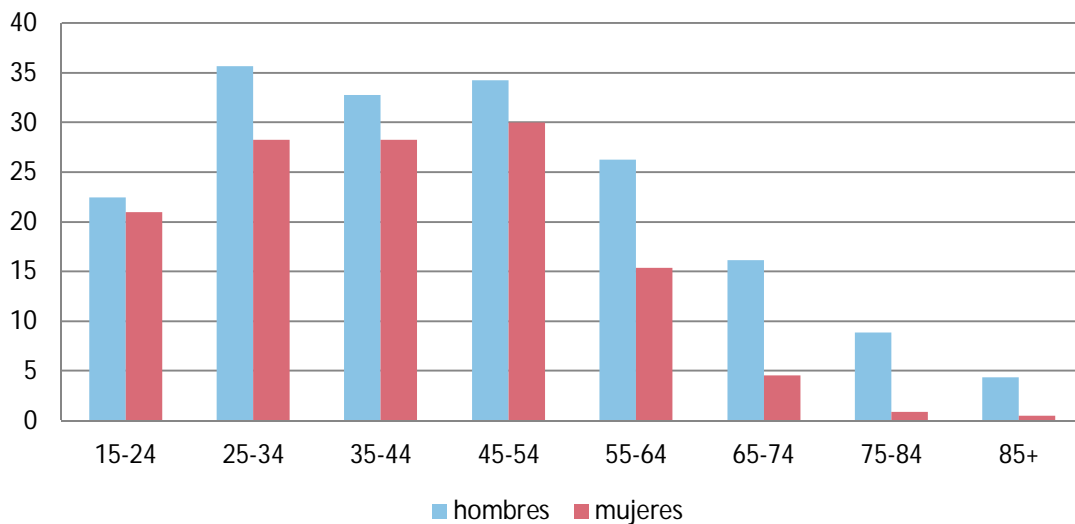


Fuente: adaptado de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (12).

Así, en el total de la población, desde 1993 a 2012 el porcentaje de población española que consume tabaco a diario muestra un continuo descenso. Ese descenso es fundamentalmente a expensas de los hombres. Desde 2003 también se aprecia un declive en mujeres, aunque menos acusado (ver Figura 2).

La reducción de la brecha de género se ilustra con lo que ocurre con el hábito tabáquico actualmente por grupos de edad. El hábito tabáquico en los jóvenes entre 15 y 24 años afecta al 21,7%, sin gran diferencia por sexo, comparado con la diferencia existente entre los grupos de edad de 65 años y mayores (ver Figura 3) (12).

Figura 3. Hábito tabáquico en 2012 en España según grupos de edad.



Fuente: adaptado de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (12).

En Cantabria, según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 la población que consume tabaco a diario u ocasionalmente es de un 24,7%. Fuman el 27,9% de hombres y el 21,6% de mujeres. Por tanto, el consumo de tabaco es algo mayor en las mujeres de Cantabria respecto al resto de España (12).

En población escolar, los datos se extraen de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (ESTUDES), promovida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Las prevalencias encontradas de consumo de tabaco en Cantabria en todas las frecuencias se encuentran por debajo de la media nacional. Según la ESTUDES, entre los adolescentes de 14 a 18 años de Cantabria el 40,2% de ha fumado alguna vez en la vida, el 33,6% durante el último año y el 28,2% durante el último mes. El 13,7% fuman a diario. Las chicas presentan mayores prevalencias de consumo que los chicos, aunque las diferencias decrecen a mayor frecuencia de consumo (13).

### **1.3. Progresión de la conducta tabáquica.**

La edad de inicio del hábito tabáquico difiere según países. Si en países occidentales se sitúa en torno a los 15 años, en países como Taiwan el inicio es más tardío, especialmente en mujeres, en las que se da entre los 19 y 21 años (14).

En España, según la Encuesta sobre alcohol y drogas en España publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2013, la edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 16,4 años alcanzando el consumo diario a una edad media de 18,6 años (15). Peores datos nos aporta la encuesta ESTUDES de Cantabria de 2012: la edad media de inicio al consumo de tabaco es de 13,7 años y la edad media de comienzo de consumo diario es a los 14,4 años, antes en las chicas que en los chicos (13).

El tabaquismo es la consecuencia de un proceso que depende en su inicio de múltiples determinantes conductuales y sociales, y finaliza con décadas de dependencia física y psicológica a la nicotina. Es el propio adolescente el que decide fumar o no, pero influido por su entorno. Parece que no hay motivos conscientes para el inicio del consumo, hay sensación de control del consumo y se acepta como una experiencia propia del crecimiento adolescente (16). Se comienza a fumar por curiosidad y por la creencia de que con el tabaco se pueden contrarrestar emociones negativas como la ansiedad (17).

En la etapa escolar entre los 7 y los 14 años se prueba el primer cigarrillo al que siguen experimentaciones repetidas. Si se da con frecuencia suficiente se adquiere el hábito y aparece posteriormente la adicción y por tanto el mantenimiento de dicho hábito (18).

El hábito tabáquico continúa y se estabiliza hacia la madurez en mayor medida que otros comportamientos adquiridos en la adolescencia, como la práctica de deporte o el consumo de alcohol. Esa estabilidad del hábito probablemente sea debida a la adicción a nicotina. Además, fumar se relaciona en la madurez con otras conductas perjudiciales como beber alcohol y practicar menos actividad física (19).

Se ha observado que al entrar en la edad adulta, suelen abandonarse conductas como el consumo tabaco y el intensivo de alcohol (20). En ese momento de transición hacia la madurez, pueden ser útiles estrategias de prevención y deshabituación.

Intervenir en adolescentes en la prevención de conductas de riesgo y promoción de hábitos saludables es importante. La importancia no radica sólo en el establecimiento de esos hábitos, también en consecuencias negativas que aunque no parezcan inmediatas, se dan desde el inicio.

#### **1.4. Consecuencias del consumo de tabaco en adolescentes.**

Con el hábito de fumar, aparece precozmente daño arterial o alteraciones en el perfil lipídico y por tanto, enfermedades cardiovasculares. A nivel respiratorio, el tabaquismo adolescente se asocia con problemas como tos, aumento de secreciones respiratorias y reducción de capacidad pulmonar. El contacto precoz con sustancias cancerígenas puede producir alteraciones que hagan al adolescente fumador especialmente susceptible a padecer neoplasias (21, 22).

Se ha demostrado, a partir de un estudio de seguimiento prospectivo, que las conductas de beber alcohol y fumar en adolescentes y además el estrés y mala salud percibida se relacionan con la probabilidad de morir de forma violenta. Parece que la presencia de esas conductas se relaciona con comportamientos de riesgo para la salud (23). El inicio de consumo de tabaco en la adolescencia, también de alcohol o cannabis, se relaciona con ideación suicida tanto en varones como en mujeres. En mujeres se relaciona además con intentos de suicidio (24).

En general, un estilo de vida poco saludable en la adolescencia suele afianzarse en la edad adulta. La mayoría de consecuencias negativas futuras para la salud de los adultos se relacionan con conductas en la infancia y adolescencia como fumar, tomar drogas, abusar del alcohol, los comportamientos violentos o la dieta desequilibrada. Dichas conductas ya establecidas tempranamente, son difíciles de cambiar al madurar y por ese motivo interesa especialmente la promoción de conductas saludables en adolescentes (25).

## **CAPÍTULO 2. DETERMINANTES DE LA CONDUCTA DE FUMAR EN ADOLESCENTES Y SUS DIFERENCIAS DE GÉNERO.**

El comportamiento del adolescente no es un hecho aislado, sino fruto de la interacción entre el individuo y sus iguales, familia, escuela, comunidad y sociedad. La iniciación y mantenimiento del hábito tabáquico sabemos que ocurre fruto de la compleja combinación de variables sociales, familiares, personales y cognitivas.

De cara a estructurar la información que tenemos sobre una conducta de riesgo y su prevención se hace necesario enmarcarla en un modelo teórico. Existen numerosas teorías para concretar los aspectos que influyen en una conducta y el modelo ASE (Attitudes- Social influence- Self-efficacy) como modelo teórico elegido ha demostrado su utilidad en el ámbito de la prevención de tabaquismo en jóvenes.

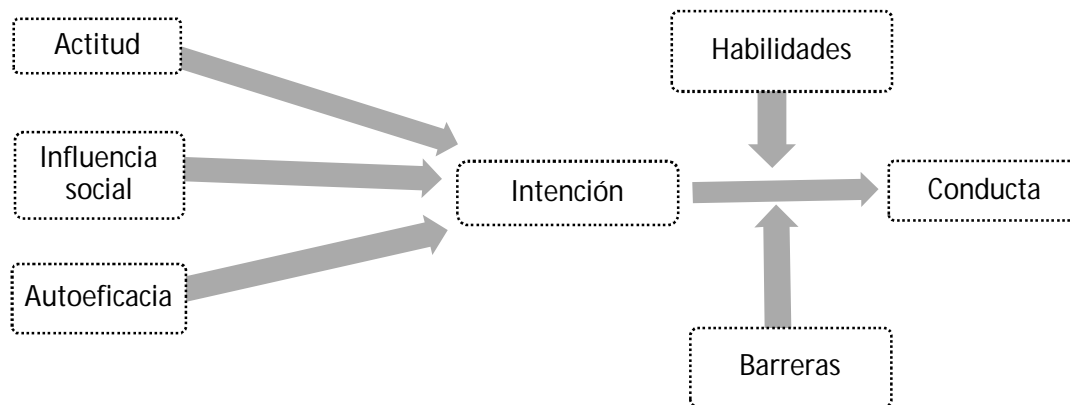
### **2.1. Modelo ASE (Attitudes- Social influence- Self-efficacy)**

El modelo teórico ASE (Attitudes- Social influence- Self-efficacy), propuesto por De Vries (26), es un programa de base social desarrollado en la Universidad de Maastricht para estudios sobre tabaquismo entre los adolescentes holandeses. Su nombre es el acrónimo de las palabras inglesas actitud, influencia social y autoeficacia.

Este modelo está basado en el Modelo de Creencias sobre la Salud (27), Teoría de la Acción Razonada (28), y Teoría de la Autoeficacia (29).

Los tres elementos esenciales, actitudes, influencia social y autoeficacia, combinados predicen la intención. La intención es el paso inmediatamente anterior a la conducta y es el determinante que más fácilmente puede predecirla. La conducta se llevara a cabo cuando dotemos de habilidades y eliminemos las barreras (26).

Figura 4. Modelo ASE.



Fuente: Vries H de, Dijkstra M, Kuhlman P. Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions (26).

De cara a definir una intervención preventiva, la evaluación de los tres determinantes esenciales permite predecir la intención y la conducta, así como el éxito o el fracaso de un cambio de comportamiento buscado (26).

## **2.2. La actitud como determinante**

La Teoría de la Acción Razonada, uno de los pilares del modelo ASE, define la actitud como "la posición de una persona sobre una dimensión bipolar evaluativa o afectiva respecto a un objeto, acción o evento, representando el sentimiento favorable o desfavorable de la persona hacia ese objeto estímulo". En las actitudes debemos tener en cuenta sus componentes afectivos, cognitivos y conductuales para llegar a tener una predicción de la conducta más exacta (28).

En general, los conocimientos y actitudes negativas sobre el tabaco contribuyen a reducir el inicio y mantenimiento del hábito (30).

Según el estudio de Spyrtos y cols sobre una muestra de más de 18.000 escolares griegos, las desventajas que perciben los adolescentes hacia el tabaco y que pueden resultar protectoras, predominan en orden de relevancia: el precio del tabaco, el hecho de que empeora la respiración y deja mal olor en la ropa y por último, las consecuencias para la salud. Los mensajes de riesgo en el paquete reducen el riesgo (17). Practicar deporte predice un bajo nivel de consumo, probablemente porque el hecho de que fumar reduzca la capacidad pulmonar se percibe como una amenaza al rendimiento (31).

La actitud favorable hacia el tabaco se asocia tanto con experimentación como con consolidación del consumo (32, 33). Para el comienzo del consumo, aparece en el adolescente la autopercepción de mayor seguridad al fumar, creencia de que el tabaco puede favorecer el control de los sentimientos, de que se trata de una actividad relajante, que evade del aburrimiento, se asocia a la relación con amigos y a determinados momentos del día (16). Se ha observado como la probabilidad de fumar en un futuro se relaciona con la manifestación entre los adolescentes de estar de acuerdo con creencias sobre expectativas positivas hacia el tabaco del tipo "los chicos que fuman tienen más amigos" (34).

Los adolescentes que ya son fumadores diarios y no solo ocasionales, manifiestan como razones para fumar que les gusta su imagen como fumadores, ya se sienten adictos, se ha reforzado el papel del tabaco como forma de afrontar el estrés y se percibe que el grupo de amigos también son fumadores (35).

Respecto a la percepción de salud en los adolescentes fumadores se han encontrado resultados contradictorios. Algún estudio encuentra que a pesar de fumar, los adolescentes perciben que tienen buena salud (25), y otro sí ve relación entre fumar y peor salud percibida (36). Sentirse sano sería un factor protector (37).

Los adolescentes fuman aunque perciban de forma realista la probabilidad de padecer una enfermedad relacionada con el tabaco (38). Consideran el tabaco como una droga blanda, factor de riesgo de múltiples enfermedades y causante de mortalidad, pero ya en adultos cuando ha transcurrido un largo periodo de exposición. Sólo preocupan los daños inmediatos de bajada de rendimiento o estéticos (16). Ahora bien, frente a población general, los adolescentes que han sobrevivido a un cáncer tienen menos riesgo de ser fumadores probablemente porque su experiencia haya modificado esa susceptibilidad percibida (39).

Mientras que los adolescentes no fumadores se muestran de acuerdo con las prohibiciones hacia el acceso o consumo (17), la transgresión de reglas sociales (no fumar en el instituto o ser algo prohibido por los adultos) actúa como elemento motivador (16).

La exposición prolongada a televisión, internet o videojuegos se asocia con mayor susceptibilidad hacia el consumo de tabaco. Puede deberse a la exposición del adolescente a publicidad o imágenes favorables hacia el hábito de fumar (22, 40).

En cuanto a las creencias adolescentes sobre su responsabilidad en el control sobre su salud general, un estudio llevado a cabo en Cádiz sobre una muestra de 738 estudiantes, reflejó que en torno a la mitad de los encuestados consideraban que la salud depende exclusivamente del propio comportamiento. La otra mitad de la muestra otorgaba responsabilidad relevante a la suerte (41).

Al inicio del consumo hay una sensación de control sobre la adicción que pueda provocar por el tabaco. Los adolescentes reconocen que el tabaquismo aumenta con el tiempo inevitablemente, asociando la dependencia a mayor edad y mayor consumo. Aquellos que ya fuman se dan cuenta de la adicción y la falta de control sobre su consumo. Creen que para dejarlo es importante la voluntad personal. Influyen en sus creencias las vivencias de otros familiares (16).

Las creencias acerca del atractivo del producto y su seguridad influyen en su uso. Un estudio de 2009 de Wiium y cols valoró entre jóvenes de Noruega la aceptación del cigarrillo tradicional y del producto llamado "snus". Se trata de un preparado aromatizado de tabaco, agua y sal que se consume vía oral. Se percibe como una alternativa sana al cigarrillo y se usa como herramienta de cesación o alternativa ante las limitaciones a su consumo en lugares públicos. Frente al cigarrillo, que ya se va percibiendo como poco atractivo o moderno, el uso de "snus" es bien valorado, especialmente por los varones, principales consumidores (42).

Se han descrito diferencias de género en la actitud respecto al consumo de tabaco.

En cuanto a los beneficios percibidos del consumo de tabaco, en adolescentes varones prima la pertenencia a un grupo, supone un rol de autoridad personal en relación al de iguales, un paso hacia la madurez (16). Los varones ven el consumo de tabaco como oportunidad de socializar (14).

En mujeres, las creencias acerca de los beneficios del tabaco contribuyen a su consumo (43). Identifican como beneficios del tabaco: recurso de afrontamiento frente a la frustración (6, 14), ayuda al control del peso corporal (14, 16) y facilitador del inicio de las relaciones con el sexo opuesto (16).

Las mujeres adolescentes fumadoras también perciben desventajas en el consumo de tabaco: perciben peor salud que los varones (36) y el hecho de fumar provoca en ellas mayor disonancia (33). Las creencias entre las chicas acerca del potencial adictivo del tabaco supone un factor protector (43).

Es especialmente marcada en mujeres la relación entre conductas de riesgo para la salud y salud percibida en forma de múltiples síntomas somáticos o psicológicos (44). En adolescentes, el consumo diario de tabaco se relaciona con síntomas como dolor de espalda, irritabilidad y dificultad para dormir. En las chicas, además específicamente con cefalea y dolores de estómago. Este hecho se puede interpretar en dos direcciones. La percepción de mala salud puede incitar al consumo de tabaco como modo de afrontamiento de quejas psicológicas y somáticas o ser la adicción a nicotina la causa de los síntomas (45).

### **2.3. El papel de la influencia social**

La influencia social o norma subjetiva es la "percepción que tiene el individuo respecto a lo que piensan y hacen las personas importantes de su entorno". Se deriva de dos factores: las creencias normativas que el individuo atribuye a las personas de su entorno y la motivación para comportarse de acuerdo con los deseos de estas personas (28).

Según estudio consultados, es determinante en la iniciación del consumo de tabaco la influencia social de amigos y compañeros, familia y modelos sociales.

La conducta de fumar entre los amigos y compañeros tiene un papel predominante en la experimentación con tabaco y mantenimiento del hábito (46, 34). La percepción de que la mayoría de los amigos fuman (37, 33) y creer que aprobarán que el adolescente también fume (34) se asocia con la experimentación inicial con el tabaco. Los fumadores ocasionales fuman fundamentalmente con amigos fumadores y en situaciones que suponen cierta presión porque les ofrecen (35). El grupo de iguales actúa como grupo de presión para el consumo porque la adaptación es mejor si se tienen los mismos hábitos, aumentado el tabaco la integración social más aún que el consumo del alcohol (16). Más adelante, las relaciones con amigos y/o hermanos mayores que de hecho ya fuman se identifica como factor de riesgo en la consolidación del hábito tabáquico (17, 32, 41, 47).

Frente al hecho de que "pasar demasiado tiempo con amigos" suponga un riesgo, como veremos más adelante, también lo supone la soledad. La timidez en el adolescente y el mayor apego parental se asocian con empezar a fumar (48). Aquellos adolescentes chicos o chicas que son menos populares, con peor estatus o marginados entre sus compañeros de clase tienen mayor riesgo de convertirse en fumadores (49).

El hogar es una fuente importante de valores para niños y adolescentes siendo la presencia de fumadores en el hogar un riesgo para que el adolescente fume (17, 50). Aunque los adolescentes opinen que la influencia paterna es menor que la de los amigos (16), el consumo de tabaco en padres y madres se asocia con un mayor riesgo de consumo de tabaco en los hijos (16, 41, 47, 50). Parece ser especialmente importante el modelo de la madre (34).

Según los estudios consultados, se relaciona con esa influencia de la familia: las restricciones hacia el consumo de tabaco, la coherencia entre el comportamiento de los padres y las normas que transmiten y la supervisión que ejercen hacia los hijos.

Las restricciones hacia el tabaco en el hogar disminuyen el riesgo de fumar en adolescentes (51). El hecho de que los padres sean fumadores habituales supone que las restricciones sean menores (52). Los adolescentes fuman más si sus padres saben que ya fuman (17) y los adolescentes que fuman perciben menor desaprobación hacia el hábito tabáquico en sus padres (34, 52). Los fumadores ocasionales no suelen fumar en familia si el resto de la familia no fuma (35).

Respecto a la coherencia de los padres, los adolescentes esperan de ellos una educación basada en su propio comportamiento y reclaman un ejemplo de no consumo (16).

Variables que pueden indicar permisividad o escasa supervisión parental parecen ser un factor de riesgo: la despreocupación de los padres hacia lo que hacen sus hijos (50), que los adolescentes pasen mucho tiempo con amigos (37) o el hecho de que la madre beba (53). Los problemas familiares (16) o vivir en familias desestructuradas o incompletas (37) pueden favorecer el inicio del consumo tabáquico entre los adolescentes. Por el contrario, el control parental (54) y vivir con ambos progenitores suponen factores protectores (50).

Además de la opinión de la familia más cercana, también la de la familia extensa tiene mucha importancia en determinadas culturas como la latina. En estas culturas se considera el respeto hacia los parientes como una razón importante para no fumar (55).

En cuanto a los modelos sociales, los adultos jóvenes cercanos son un modelo de diversión que normalizan el consumo de diferentes drogas (16). También si el adolescente percibe que sus artistas favoritos son fumadores, aumenta el riesgo de consumo (17). Los modelos de sanitarios y profesores se perciben como más lejanos (16).

Dentro de las diferencias de género descritas respecto a la influencia social, se ha encontrado mayor vulnerabilidad en la mujer. Las mujeres sufren mayor presión del grupo ante el

ofrecimiento de consumo de tabaco (6) y mayor influencia de sus amigos fumadores en el inicio del hábito (43, 46). Algún autor argumenta que puede deberse a que las relaciones sociales entre las chicas son más íntimas (43).

En mujeres, parece que la permisividad de los padres con respecto al consumo de tabaco influye más en el hábito, mientras que la supervisión sobre sus actividades sería protectora. El hecho de que los padres estén pendientes de la educación de sus hijas y les den retroalimentación positiva reduce la probabilidad de que estas fumen, probablemente porque contrarresta la rebeldía como forma de reafirmación (43).

#### **2.4. La autoeficacia**

La autoeficacia se relaciona con autoconcepto, aunque ambos no deben confundirse. El autoconcepto tiene que ver con la autoimagen. La autoeficacia depende del juicio del sujeto acerca de sus propias capacidades (29). El autoconcepto positivo o autoestima alta protegen frente a conductas de riesgo, incluido fumar (47). Tanto en varones como en mujeres, es un factor protector la esperanza hacia el futuro, no sentirse solo, estar satisfecho/a con su propia vida y consigo mismo (56). Al contrario, fumar se asocia con peor percepción de rendimiento escolar (52) y la insatisfacción con la propia imagen y el cuerpo se asocia con malos hábitos, incluido fumar (57). La relación entre consumo de tabaco y baja autoestima es significativa en las mujeres (32), especialmente la baja autoestima relacionada con sentirse poco valorada dentro de su familia (58).

La autoeficacia se ha definido como "la capacidad percibida por la persona respecto a la posibilidad de realizar con éxito cada uno de los pasos necesarios para tener una conducta preventiva" (29).

La autoeficacia tiene un efecto directo sobre la intención y la conducta de fumar, no mediado por las creencias. Respecto a tabaco, se hace referencia a la autoeficacia tanto a la hora de no probar rechazando el ofrecimiento para evitar los primeros consumos, como a la hora de abandonar el hábito (26).

La autoeficacia relacionada con el consumo de tabaco implica situaciones específicas. Fumar se presenta en una fiesta, con amigos, en la escuela o en general, en una variedad de situaciones que precisa en el adolescente de la habilidad y capacidad necesarias para evitar una conducta de riesgo para su salud en diferentes contextos (59).

La confianza en uno mismo hace que sea más fácil decir no al tabaco. La autoeficacia a la hora de rechazar un cigarrillo contribuye a reducir tanto la experimentación como el mantenimiento y consolidación del hábito (16, 33), esta relación es especialmente importante entre adolescentes con síntomas de depresión y en adolescentes mujeres (30, 58).

La autoeficacia también influirá a la hora de decidirse a dejar de fumar. Se han descrito en ese momento diferencias de género. Las chicas temerán fracasar ante un intento de dejar de fumar porque les preocupa especialmente el control de peso y refieren mayor dependencia psicológica (14).

#### **2.5. Habilidades y barreras**

Al presentar el modelo teórico ASE, De Vries explica como la conducta también depende de las habilidades y barreras. Las habilidades personales se definen como "el control real que el individuo tiene para llevar a cabo una conducta" (26).

Se ha publicado acerca de habilidades de los adolescentes que actúan como agentes protectores ante el consumo de tabaco durante la adolescencia. En un estudio con una muestra de 5.651 estudiantes de bachillerato en Méjico se demostró que aquellos



adolescentes que no fumaban eran los que lograban mejores resultados al evaluar habilidades en planificar su futuro (metas definidas en la vida, lograr lo que se proponen y no dejar el futuro a la suerte), autocontrol (habilidad para mantenerse tranquilos ante dificultades, aceptar errores, evaluar los resultados de sus decisiones y pensar antes de actuar), solución de problemas (uso de la negociación, evitar riesgos y ser menos impulsivos) y por último, manejo del enojo o frustración (60).

La relación entre practicar un deporte y su papel protector frente al consumo de tabaco, merece mencionarlo como habilidad o hábito a fomentar entre adolescentes. Numerosos estudios demuestran que la práctica regular de ejercicio físico en adolescentes se relaciona de forma inversa con el hábito de consumo de tabaco (17, 61-64). El factor protector del deporte es común entre diferentes culturas o etnias (65). Unos estudios revelan que el factor protector de la práctica deportiva parece ser más llamativo en varones (66) mientras que otros nos dicen que es entre las mujeres que practican deporte donde el consumo es menor (67). Algunos autores encuentran diferencias de género en el tipo de deporte que se relaciona con el consumo de tabaco. Así, parece que practicar deportes de equipo resulta un factor protector en mujeres pero de riesgo en varones (54).

Acerca de las barreras que ya presenta De Vries en el modelo ASE, encontramos una buena definición en el modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Pender define las barreras como "apreciaciones negativas o desventajas percibidas por la persona que pueden obstaculizar una conducta real" (68).

Parece que el posible uso del tabaco como forma de afrontamiento puede suponer una barrera. Los síntomas depresivos (52) y la hiperactividad (37) se asocian en adolescentes con el consumo de tabaco.

La relación entre trastorno de conducta alimentaria y tabaquismo, se explica porque los adolescentes ven su utilidad como forma de evitar ganar peso (69). Se ha observado que los adolescentes con alto riesgo o que ya padecen un trastorno de conducta alimentaria fuman en mayor proporción que los de bajo riesgo (70). Frente a autores que defienden que padecer sobrepeso aumenta el riesgo de fumar (17), para otros no es el sobrepeso lo que supone un riesgo, sino pretender bajar peso independientemente de que el peso de partida sea adecuado o no (56).

La búsqueda de sensaciones se caracteriza por la necesidad de experimentar comportamientos que suponen riesgo por el deseo de disfrutar de la experiencia. Los jóvenes que consumen sustancias como tabaco, alcohol o cannabis puntúan más alto en búsqueda de sensaciones (64).

Consumir otras sustancias también es una barrera. Se consume tabaco más entre los adolescentes que consumen alcohol de forma habitual (67, 71). En cuanto al cannabis, mientras que los jóvenes pueden tener una visión negativa del hábito tabáquico, especialmente por su potencial adictivo, el cannabis se percibe como algo relativamente benigno. Su consumo puede inducir, mantener y reforzar el hábito tabáquico (72).

Respecto a las diferencias de género encontradas en las barreras mencionadas, en varones, fumar se relaciona en adolescentes varones con la presencia de otras conductas de riesgo como beber alcohol, consumir cannabis, mantener contactos sexuales precoces (37) o participar en peleas (73). La hipótesis de que esto sea debido en los varones al mayor rasgo de búsqueda de sensaciones no ha podido ser demostrado (64).

En mujeres, es más llamativa la relación entre padecer sobrepeso y obesidad y abuso de sustancias como tabaco, alcohol y cannabis (74). La incorporación de la mujer al hábito tabáquico puede estar provocada por la relación entre el tabaco y la autoestima, el estrés, la

mayor preocupación por la propia imagen y el control del peso, (25, 56, 75, 76). El hecho de percibirse a una misma con sobrepeso, sea o no cierto, se relaciona en chicas con la conducta de fumar. Puede deberse a la relación popular entre dejar de fumar y engordar, al uso del cigarrillo como estrategia para perder peso o a la imagen fumadora y elegante usada por la industria tabaquera en publicidad (76, 77).

La asociación entre ambos factores: tabaco y sobrepeso, está influenciada por variables socioeconómicas (78, 79). Se ha encontrado que las mujeres obesas de estatus más bajo fuman más y practican menos actividad física (78).

La rebeldía predispone hacia el hábito tabáquico pues fumar puede ser para el adolescente, especialmente entre las chicas, una forma de reafirmación. Fumar les proporciona beneficios sociales como aceptación y pertenencia frente al posible grupo de amigos fumadores en el que quieren integrarse (43).

La mencionada asociación entre consumo de tabaco y síntomas depresivos es más fuerte en mujeres (80, 81).

## **2.6. Intención como precursor de la conducta**

Estudiar la intención de los niños y adolescentes es una buena forma de valoración para marcar los objetivos a seguir de cara a intervenir en la prevención del inicio del hábito tabáquico en adolescentes o en su deshabituación si esa conducta ya está establecida. Como paso previo a la intervención, es importante valorar si los jóvenes que no fuman tienen intención de hacerlo o si los que ya fuman tienen intención de dejarlo.

Parece que las conductas en salud futuras dependen de la intención actual y las conductas actuales, de la intención que se haya tenido en el pasado (66). El esquema del modelo ASE se cumple y se demuestra que la intención de fumar en un futuro se asocia con la conducta (32). Además, la intención depende de la actitud, influencia social y autoeficacia. Así, aparece una menor intención de fumar si los amigos no apoyan el tabaco (16).

Aunque se trata de un estudio con una muestra pequeña, llaman la atención los resultados de Dowdell y Santucci de 2004 con 54 chicos y chicas entre 11 y 13 años. Encontraron que un 18% de los no fumadores, pretendían empezar a fumar en el futuro (25).

Respecto a cómo se ven los jóvenes en un futuro, en estudios llevados a cabo con estudiantes españoles, se demostró que más de la mitad de los fumadores habían intentado sin éxito cesar en el hábito (33, 63). Esto confirma el potencial adictivo del tabaco y la disonancia encontrada en jóvenes fumadores (33).

Respecto a las diferencias de género encontradas en la intención, parece que la disonancia y la intención de dejar de fumar en un futuro es mayor entre las adolescentes fumadoras que entre los varones y además ellas han hecho más intentos de dejarlo (33).

## **2.7. Variables externas que influyen a los determinantes de la conducta de fumar**

Según la Teoría de la Acción Razonada, variables externas como las sociodemográficas influyen de manera indirecta a través de los determinantes iniciales del modelo (28).

En cuanto al nivel socioeconómico del país de procedencia, se han observado cuatro etapas diferenciadas en la epidemia del tabaquismo según el nivel de desarrollo. Este modelo fue propuesto por López y cols. basándose en la experiencia histórica de diversos países. En esas etapas de la epidemia ya observamos diferencias de género. En cada etapa existe un nivel de consumo y un nivel de consecuencias para la salud con diferente evolución entre hombres y mujeres. Así, en la primera de ellas se incrementa el consumo de tabaco en hombres, no

observándose aún la elevación de la mortalidad relacionada. En la segunda etapa se incrementa ligeramente el consumo en mujeres y aumentan en hombres las enfermedades relacionadas. En la tercera etapa aumentan exponencialmente las enfermedades relacionadas con el tabaco en hombres, se da en ellos una reducción del consumo, el consumo en mujeres se estanca, pero comienzan a aumentar en ellas las enfermedades relacionadas. En esta tercera etapa está nuestro país. Es en la cuarta etapa cuando la prevalencia tabáquica en hombres y mujeres disminuye, reduciéndose también la mortalidad en hombres pero aumentando en mujeres. Se espera una quinta y última etapa de reducción tanto del consumo como de la mortalidad en ambos (82).

En países en la misma etapa epidemiológica que el nuestro, como es el caso de como Eslovaquia, se ha observado como el cambio del patrón con ese aumento del consumo en mujeres frente a varones ocurre especialmente en personas de nivel socioeconómico medio, siendo imperceptible el cambio en niveles altos (83).

Según la OMS, la mayoría de las muertes por tabaco se dan en países de ingresos bajos y medios y esa desigualdad va en aumento (11). El bajo nivel socioeconómico de los sujetos aumenta su riesgo de convertirse en fumadores (34, 53, 66, 84) y empeora su posibilidad de éxito a la hora de intentar abandonar el hábito (66, 79). No sólo influye un bajo nivel socioeconómico, también la clase media fuma más que las clases más favorecidas (85).

Las desigualdades socioeconómicas que suponen un riesgo frente al tabaquismo emergen ya en la adolescencia. El nivel educacional de los padres se relaciona de forma importante con la aparición de hábitos de salud perjudiciales entre los jóvenes (86). La combinación de comportamientos de riesgo es más común entre la gente de menor nivel educativo (87), que al igual que ocurre con el bajo nivel socioeconómico, se relaciona con más posibilidades de adquirir el hábito de fumar y además con menos oportunidades de abandonarlo (88).

En los propios jóvenes, el retraso y/o absentismo escolar (50), el bajo nivel educativo alcanzado, la entrada temprana al mundo laboral, la precariedad en el empleo y el paro suponen factores de riesgo para fumar (37, 51, 89). Aquellos adolescentes que planean continuar su formación hacia estudios superiores muestran menos comportamientos de riesgo para su salud (90) y también se ha comprobado que los estudiantes de educación orientada a la técnica fuman más que los de educación general (17).

Las condiciones del lugar de residencia también influyen en el tabaquismo adolescente. Los adolescentes que viven en áreas urbanas tienen más probabilidades de ser fumadores y además de fumar mayor cantidad (91). El índice de criminalidad en el vecindario se asocia con aumento del riesgo de consumo (92). Aquellos adolescentes que han tenido alguna detención, tienen mayor riesgo (34).

El medio en el que los adolescentes se mueven condiciona la accesibilidad al tabaco. Son relevantes para el consumo las prohibiciones para fumar en sitios públicos (35) y las limitaciones en el acceso. La posibilidad de comprar tabaco en el propio colegio aumenta el riesgo (50) y el hecho de haber comprado tabaco para consumo propio favorece consolidar el hábito (33). Los adolescentes de nuestro entorno opinan que comprar tabaco es fácil para un menor, pese a ser ilegal, incluso más fácil que comprar alcohol (16). Pasar el tiempo libre en bares y discotecas (32) o en cibercafés (17) influye positivamente en la conducta de fumar.

Pertenecer a minorías inmigrantes puede ser un riesgo para fumar (89), pero también es importante tener en cuenta que en determinadas etnias, fumar es un comportamiento poco aceptable socialmente (66). Además, aparecen diferencias de género relacionadas con la cultura o etnia. En nuestro país, entre los adolescentes de origen latino los varones fuman más que las mujeres, al contrario de lo que ocurre con los autóctonos (65). También en un estudio

de tipo cualitativo llevado a cabo en Estados Unidos con personas de origen latino, los entrevistados manifestaban que en su cultura "no estaba bien visto" que las mujeres fumaran (55).

La religiosidad y práctica religiosa se ha descrito como factor protector de adolescentes frente a conductas de riesgo como el tabaquismo (37, 65, 52, 93), aunque se debe tener en cuenta el factor de espiritualidad y no sólo religiosidad (94).

Además del país de procedencia, nivel educativo y socioeconómico, costumbres o religión, la edad, el género y la orientación sexual también se pueden considerar variables externas que condicionan los determinantes de la conducta de fumar tabaco.

El género en sí mismo es una variable externa y vamos a ver como se relaciona con cada una de las demás variables. Además del género, parece que la orientación sexual también supone diferencia, pues se encontrado mayor riesgo de fumar entre adolescentes homosexuales (95, 96).

En cuanto a la edad, a lo largo del período de adolescencia, se va consolidando el hábito y es más probable ir consumiendo más tabaco y con mayor frecuencia (64).

Las variables externas descritas no influyen de igual forma en los adolescentes varones y mujeres. En mujeres, no parece clara la relación entre la conducta de fumar y el nivel socioeconómico. Unos estudios han encontrado mayor riesgo en alto nivel socioeconómico (32) y otros lo encuentran en clases más desfavorecidas (84).

Entre géneros, aparecen resultados contradictorios acerca de la influencia del nivel educativo de los padres. Frente al mayor nivel educativo de los padres como factor protector frente al consumo de tabaco en mujeres (67), en varones puede ser un riesgo porque facilite su acceso a tabaco (5).

En cuanto al lugar de residencia, vivir en un medio urbano frente al rural influye más en el hecho de fumar en la chicas (67, 91). En zonas urbanas y semiurbanas, además de fumar más, se igualan los géneros y en zonas rurales se fuma menos y fuman más proporcionalmente los varones (17).

Respecto a las infraestructuras disponibles en el lugar de residencia, se encontró que en mujeres disponer de espacios recreativos cercanos al lugar de residencia previene el inicio del consumo de tabaco (92). Ahora bien, determinados espacios recreativos pueden suponer un riesgo, como han encontrado Guo y cols (54) entre las adolescentes que pasaban su tiempo libre en parques de skates.

La relación observada entre la religiosidad y la menor frecuencia de comportamientos de riesgo como fumar en adolescentes es más fuerte en mujeres (93).

La relación encontrada en adolescentes entre homosexualidad y consumo de tabaco es mayor en mujeres (95). En mujeres homosexuales o bisexuales, el mayor riesgo de consumo de tabaco y otras sustancias puede relacionarse con factores como la presencia de síntomas depresivos o rasgos como insatisfacción con la vida, búsqueda de sensaciones, extraversión y alta autoexigencia (97).

### **CAPÍTULO 3. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LLEVAR A CABO INTERVENCIONES EN PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO EN ADOLESCENTES.**

De la lectura de los estudios consultados, se extraen una serie de recomendaciones sobre cómo abordar una intervención de prevención de tabaquismo en adolescentes. Diferenciamos entre lo encontrado respecto a intervenciones con adolescentes sobre prevención del inicio y sobre cesación del hábito.

En cuanto a la prevención de inicio, a mayor edad entre los adolescentes, mayor presencia de comportamientos de riesgo. Por eso es importante iniciar los programas de prevención en la adolescencia temprana (30). Por tanto, las intervenciones se harán en el paso de Primaria a Secundaria, realizando más de un programa a lo largo de la adolescencia y con contenidos diferenciados según edad (33).

Las intervenciones en el aula sobre tabaquismo han demostrado tener efecto en la probabilidad de que el adolescente comience a consumir tabaco, reduciéndose entre aquellos alumnos que han participado en debates en clase sobre tabaquismo (34).

Las actividades realizadas para la mejora de la salud centradas en aspectos parciales del estilo de vida tendrán resultados limitados, debiéndose realizar programas globales sobre diferentes comportamientos de riesgo de forma integrada (4, 30, 41).

Las intervenciones de promoción de la salud con adolescentes atenderán a diferencias de género (4, 30), culturales y de etnia (66), con estrategias centradas en el control parental, la familia (30, 47) y los amigos (47).

Las intervenciones deben basarse en los principales determinantes que influyen en la conducta tabáquica (43), pudiendo estructurarse según el propio modelo ASE (66).

Los programas de prevención no solo deben incluir conocimientos, sino también habilidades cognitivas (planificación del futuro, autocontrol, solución de conflictos), emocionales (expresión de emociones, manejo de la frustración) y sociales (asertividad relacionada a la resistencia a la presión) (60). No parece útil incluir en estas intervenciones educación en valores, pues no se han identificado a priori valores buenos ni malos en relación a prevención de uso de sustancias en general ni de tabaco en concreto (98).

Para los adolescentes, la información que reciben es suficiente pero autoritaria, no motiva al cambio y puede provocar el efecto de reafirmarse en lo que el adolescente quiere hacer frente a lo que le aconsejan (16).

Trabajar en las actitudes hacia el tabaco y en la percepción subjetiva acerca del hábito de fumar entre las personas del entorno más significativas y parecidas: hermanos y amigos es especialmente importante entre los chicos y chicas de edades más tempranas, 9 a 11 años, previo a la edad que suelen experimentar con tabaco (33). Las intervenciones deberían dirigirse también a padres para eliminar la permisividad sobre el consumo de tabaco en el hogar, ofreciendo además maneras más saludables de encauzar la rebeldía adolescente (43).

Se deben tener en cuenta el fuerte efecto de los amigos fumadores, enseñar a reconocer situaciones de riesgo y a afrontarlas para rechazar la presión social (4, 43). La fuerte asociación entre la autoeficacia a la hora de "sentirse capaz" de rechazar un cigarrillo ofrecido por los amigos y el hecho de experimentar y consolidar el tabaco corrobora la importancia de trabajar en esas habilidades, en chicos y chicas de 12 a 14 años, en la edad que se inicia el hábito (33).

Las intervenciones contra el tabaco llevadas a cabo en el aula deben integrar al total del grupo y tener en cuenta a los chicos y chicas menos populares y marginados, que habitualmente no aceptan las normas del grupo y además tienen más riesgo de fumar (49).

Las conductas relacionadas con la salud comparten determinantes. Lo que se aprende acerca de determinadas conductas se trasfiere al resto y eso favorece diseñar intervenciones integrales en Educación para la Salud dirigidas a adolescentes. Conductas como fumar, beber alcohol, mantener relaciones sexuales de riesgo y llevar una dieta inadecuada tienen en común la influencia de determinantes como las creencias acerca de sus consecuencias placenteras inmediatas, su percepción de ventajas de socialización, la norma subjetiva, el modelo de padres e iguales y la autoeficacia a la hora de rechazar participar en una conducta de riesgo. Una intervención centrada en esos determinantes tendrá resultados positivos sobre diferentes conductas. Como ejemplo, la habilidad para rechazar un cigarrillo favorecerá adquirir la habilidad para rechazar mantener sexo sin protección (99). De igual modo, diferentes determinantes suponen una protección para los adolescentes y favorecen conductas saludables: vivir con padres que brinden apoyo, alta autoestima, percepción de vulnerabilidad ante conductas de riesgo, percepción de comportamiento saludable en padres e iguales y percepción de aceptación de estos del propio comportamiento saludable del adolescente. Por tanto, las intervenciones pueden tanto promocionar hábitos saludables como prevenir conductas de riesgo con determinantes comunes (100).

Respecto a las intervenciones dirigidas a la cesación del hábito en adolescentes, parece que sería interesante plantear programas de abandono del consumo en esta población. Se encuentra disonancia en jóvenes fumadores que no parecen tener la intención de seguir fumando en el futuro al haber hecho ya intentos de cesación del hábito (33).

Estudios consultados muestran que más de la mitad de los adolescentes fumadores pretenden dejar de fumar y la mayoría creen que lograrán hacerlo con éxito, aunque sólo una cuarta parte hayan llegado a hacer el intento. Los fumadores ocasionales son más propensos a iniciar deshabitación para dejarlo definitivamente (35).

Fomentar conductas de salud como la práctica de actividad física, relacionada con mejor autoconcepto físico, puede ayudar a reducir consumo de tabaco (76).

Las intervenciones dirigidas hacia la cesación del hábito tabáquico deben tratar además el consumo de cannabis, dada la relación entre ambos (72).

Es importante tener en cuenta los valores característicos de cada cultura como apoyo a una intervención. Como ejemplo, en minorías latinas de Estados Unidos se ha visto la importancia de implicar a la familia, considerar que se valora mucho la salud de esta, tener en cuenta que la cesación puede ser considerada como un reto entre los iguales y que se debe adaptar las intervenciones al lenguaje para hacerlas accesibles (55).

Las intervenciones preventivas deben tener en cuenta las diferencias de género descritas. Como ejemplos mencionados en la literatura consultada, la intervención con los padres puede reforzar la supervisión y retroalimentación positiva de las actividades de las hijas como factor de protección (43). Se deben tener en cuenta la presencia de síntomas depresivos entre las chicas (30) Se pueden demostrar a las chicas las estrategias usadas por la industria tabaquera en su publicidad para hacerles creer que fumar les muestra socialmente más atractivas, atrevidas y maduras y por tanto, más admiradas y aceptadas (43).

## **CONCLUSIÓN.**

En nuestro país, como en otros de su entorno, se observa una reducción en la brecha de género clásica en el consumo de tabaco. Los hombres dejan en mayor proporción de fumar y al contrario, las mujeres comienzan más (12). Eso condiciona también cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad, que van igualándose (1). En los adolescentes, lo característico es que actualmente la tasa de consumo en varones y mujeres es prácticamente igual (12). Los adolescentes de Cantabria comienzan a tener consumos puntuales de cigarrillos en torno a los 13 ó 14 años y las chicas son más precoces en este comienzo (13).

Las actitudes negativas sobre el tabaco protegen frente al inicio y mantenimiento del hábito (30). Sin embargo, los adolescentes fumadores describen ventajas del consumo de tabaco (16, 32-35) y se encuentran resultados contradictorios respecto a su vulnerabilidad percibida (16, 25, 36-39). Los adolescentes varones valoran el tabaco como un modo de socializar, signo de madurez y de pertenencia a un grupo (14, 16). Para las chicas es un recurso de afrontamiento, ayuda en el control de peso o para establecer relación con chicos (6, 14, 16). Las mujeres son más disonantes en el consumo (33) y aparecen en las fumadoras más síntomas somáticos (44).

Respecto a la influencia social de amigos, hermanos y compañeros, los consumos puntuales suelen darse en forma de presión ante el ofrecimiento (35) y se consolida el hábito por socialización y pertenencia (16, 17, 32, 41, 47). Es importante el papel de los padres (16, 41, 57, 50), especialmente la madre (34), tanto por el modelo que suponen como por lo relacionado con la mayor permisividad o menor supervisión (16, 17, 34, 35, 37, 50-54). La opinión de la familia extensa tiene mucha importancia en determinadas culturas (55). En cuanto a modelos sociales, son más importantes adultos jóvenes referentes o artistas favoritos (17) que figuras de autoridad como profesores o sanitarios (16). Las mujeres son más vulnerables ante la influencia social, tanto de sus amigos como de su familia (6, 43, 46).

La baja autoestima (47) y un autoconcepto negativo (52, 56, 57) suponen mayor riesgo de consumo de tabaco, especialmente en mujeres (32, 58). La autoeficacia del adolescente es importante tanto a la hora de rechazar un cigarrillo que le ofrecen (13, 26, 33, 59) como de abandonar el hábito. También son especialmente vulnerables las mujeres tanto al inicio como a la hora de deshabituarse por el temor hacia el síndrome de abstinencia o el posible aumento de peso (14).

Habilidades generales de vida en los adolescentes actúan como agentes protectores ante el consumo de tabaco durante la adolescencia: planificar su futuro, autocontrol, solución de problemas y tolerancia a la frustración (60). Practicar un deporte es un importante factor protector en adolescentes frente al consumo de tabaco (17, 61-65). No se ha encontrado acuerdo sobre qué género se beneficia más de esa protección (54, 66-67).

Respecto a las barreras, puede favorecer que el hábito aparezca y se mantenga el hecho de que el tabaco se use como un recurso. En varones destacan como barreras el rasgo de búsqueda de sensaciones y el consumo de otras sustancias como alcohol o cannabis (37, 64, 67, 71-73). En mujeres es más llamativa la asociación con síntomas depresivos (80, 81), el uso como forma de control de peso (25, 74-77) y como forma de reafirmación o rebeldía (43).

Al valorar la intención, se ha visto la importancia de tener en cuenta si los adolescentes aún no fumadores pretender comenzar en el futuro (25) y si aquellos que ya fuman quieren dejarlo o ya han hecho algún intento (33, 63). Al ser las mujeres más disonantes, hacen más intentos de abandono (33).

Como variables externas que condicionan los determinantes de la conducta, a medida que un país se moderniza y aumenta la emancipación de la mujer, se reduce la diferencia de consumo de tabaco entre hombres y mujeres (82, 83). Pertenecer a población de nivel socioeconómico

bajo o medio aumenta el riesgo de fumar y de mantener el hábito (11, 34, 53, 66, 79, 84, 85). También supone riesgo vivir en zonas desfavorecidas (92), un bajo nivel educativo tanto de la familia como del propio adolescente (87, 88) y pertenecer a minorías sexuales (95, 96) o inmigrantes (89). Esos condicionantes externos influyen de forma diferente en varones y en mujeres (5, 17, 32, 54, 67, 84, 91, 92) siendo en ellas más protectores factores como la religiosidad (93) o el hecho de pertenecer a determinadas culturas en las que está mal visto que las mujeres fumen (55).

Se recomienda llevar a cabo las intervenciones de prevención de inicio en la adolescencia temprana (30-33). Se harán dentro de programas globales sobre comportamientos de riesgo con los que compartan determinantes (4, 30, 41, 99). Deben atender a diferencias de género (4, 30), culturales, étnicas (66), integrar al total del aula (49) y contar con la familia (30, 47). Se recomienda abordar conocimientos, habilidades (60), norma social subjetiva (33) y autoeficacia dirigida a rechazar el ofrecimiento de tabaco (4, 33, 43).

En las intervenciones de cesación en adolescentes que ya fuman, se recomienda promocionar conductas contrarias y protectoras como la práctica de ejercicio físico (76). El consumo de tabaco debe tratarse conjuntamente con otros posibles consumos como el de cannabis (72). También en cesación del hábito es importante implicar a la familia (55). Se tendrán en cuenta peculiaridades de género que puede dificultar la cesación, como la imagen positiva de la mujer fumadora. Sin embargo, el valor reforzante de la familia puede favorecer dejar de consumir tabaco en las mujeres adolescentes (43). Las intervenciones de ayuda para dejar de fumar son necesarias en población adolescente porque más de la mitad de chicos y chicas fumadores manifiestan su deseo de dejar de serlo (33).



## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Patrones de mortalidad en España, 2012. [sede web] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015. [acceso 14 de mayo de 2015] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/mortalidad.htm>
2. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Las Consecuencias del Tabaquismo en la Salud: 50 años de Progreso; Informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los EE. UU. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud, 2014.
3. González Jiménez E. La enfermera en el ámbito escolar: importancia en la prevención y promoción de la salud. Enfermería Comunitaria [revista en internet] 2012 [acceso 13 de junio de 2015]; 8(1): Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v8n1/ec7813.php>
4. Laska MN, Pasch KE, Lust K, Story M, Ehlinger E. Latent Class Analysis of Lifestyle Characteristics and Health Risk Behaviors among College Youth. Prev Sci. 2009; 10(4): 376-386.
5. Mistry R, Babu GR, Mahapatra T, McCarthy WJ. Cognitive mediators and disparities in the relation between teen depressiveness and smoking. Drug and alcohol dependence. 2014; 140: 56-62.
6. Lombardo S, Perera B, Beaudry L, Grad J, Maselko J, Ostbye T. Use of and attitudes toward tobacco and alcohol among adults in Southern Sry Lanka. Southeast Asian J Top Med Public Health. 2013; 44(5): 880-899.
7. Pathania VS. Women and the smoking epidemic: turning the tide. Bull World Health Organ. 2011; 89: 162.
8. Hitchman SC, Fong GT. Gender empowerment and female-to-male smoking prevalence ratios. Bull World Health Organ. 2011; 89: 195-202
9. Organización Mundial de la Salud. Las 10 causas principales de defunción en el mundo [sede web]. Ginebra: OMS; 2015 [consultado 15 de julio 2015] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>
10. Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Diagnóstico de Salud de Cantabria, 2013. [sede web] Santander: Observatorio de Salud Pública de Cantabria; 2014 [consultado 15 de julio 2015] Disponible en: <http://ospc.es/proyectos/2-diagnostico-de-salud-de-cantabria-2013>
11. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. [monografía en Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [consultado 15 de julio 2015] Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44616/1/9789240687813\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44616/1/9789240687813_eng.pdf)
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [consultado 15 de julio 2015] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
13. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública. Encuesta sobre drogas a la población escolar Cantabria 2012 [sede web]\*. Santander: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales 2012 [acceso 14 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/drogodependencias/Encuesta%20escolar%202012.pdf>
14. Tsai YW, Tsai TI, Yang CL, Kuo KN. Gender differences in smoking behaviors in an asian population. Journal of Women´s Health. 2008; 17(6): 971-978.
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta sobre alcohol y drogas en España. [sede web]. Madrid: Ministerio

de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015 [acceso 14 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2711>

16. Pérez-Milena A, Martínez-Fernández ML, Redondo-Olmedilla M, Álvarez Nieto C, Jiménez Pulido I, Mesa Gallardo I. Motivaciones para el consumo entre los adolescentes de un instituto urbano. *Gac Sanit.* 2012; 26(1): 51-57.
17. Spyrtatos DG, Pelagidou DT, Chloros D, Haidich AB, Karetsi E, Koubaniou C, Konstantopoulos S, Gourgoulialis K, Sichletidis LT. Smoking among adolescents in Northern Greece: a large cross-sectional study about risk and preventive factors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy.* 2012; 7:38.
18. Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla García M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 2ª edición. Madrid: ERGON; 2003.
19. Paavola M, Vartiainen E, Haukkala A. Smoking, alcohol use, and physical activity: a 13-year longitudinal study ranging from adolescence into adulthood. *Journal of adolescent health.* 2004; 35: 238-244.
20. Kwan MY, Cairney J, Faulkner GE, Pullenayegum EE. Physical activity and other health-risk behaviors during the transition into early adulthood. *Am J Prev Med.* 2012; 42(1): 14-20.
21. Nawrot Ts, Hoppenbrowers K, Den Hond E, Fagard RH, Staessen JA. Prevalence of hypertension, hypercholesterolemia, smoking and overweight in older Belgian adolescents. *European Journal of Public Health.* 2004; 14(4): 361-365.
22. Escobar Chaves SL, Anderson CA. Media and risky behaviors. The future of children. 2008; 18(1): 147-180.
23. Mattila VM, Parkkari J, Koivusilta L, Nummi T, Kannus P, Rimpelä A. Adolescents' health and health behaviour as predictors of injury death. A prospective cohort follow-up of 652,530 person-years. *BMC Public Health.* 2008, 8:90.
24. Swahn MH, Bossarte RB, Choquet M, Hassler C, Falissard B, Chau N. Early substance use initiation and suicide ideation and attempts among students in France and the United States. *Int J Public Health.* 2012; 57: 95–105.
25. Dowdell EB, Santucci ME. Health risk behaviour assessment: nutrition, weight and tobacco use in one urban seventh-grade class. *Public Health Nursing.* 2004; 21(2): 128-136.
26. Vries H de, Dijkstra M, Kuhlman P. Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Ed Res.* 1988; 3: 273-82.
27. Becker M, Maiman L. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care.* 1975; 13 (1):10–24
28. Ajzen, I.; Fishbein, M. Understanding attitudes and predicting social behaviour. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1980.
29. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Rev* 1977; (84): 191-215.
30. Mistry R, McCarthy WJ, Yancey AK, Lu Y, Patel M. Resilience and patterns of health risk behaviours in California adolescents. *Prev Med.* 2009; 48(3): 291-297.
31. Wichstrom T, Wichstrom L. Does sports participation during adolescence prevent later alcohol, tobacco and cannabis use? *Addiction.* 2008; 104: 138-149.
32. Nebot M, Ariza TC, Valmayor S, López MJ, Juárez O. Factores asociados con el inicio de tabaquismo: seguimiento a los 3 años de una cohorte de escolares. *Arch Bronconeumol.* 2004; 40(11): 495-501.
33. Cortés M, Schaiffino A, Fernández E. Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Gac Sanit.* 2005; 19(1): 36-44.
34. Wilkinson AV, Waters AJ, Vasudevan V, Bondy ML, Prokhorov AV, Spitz MR. Correlates of susceptibility to smoking among Mexican origin youth residing in Houston, Texas: A cross-sectional analysis. *BMC Public Health.* 2008; 8:337.
35. Oksuz E, Mutlu ET, Malhan S. Characteristics of daily and occasional smoking among youths. *Public Health.* 2007; 121: 349–356.

36. Piko BF. Self-perceived health among adolescents: the role of gender and psychosocial factors. *Eur J Pediatr*. 2007; 166:701-708.
37. Harakeh Z, de Looze ME, Schrijvers CTM, van Dorsselaer SAFM, Vollebergh WAM. Individual and environmental predictors of health risk behaviors among dutch adolescents: the HBSG study. *Public Health*. 2012; 566-573.
38. Piko BF, Gibbons FX. Behavioral and psychosocial influences of risk perception among Hungarian adolescents. *Int J Public Health*. 2008; 53: 131-138.
39. Bauld C, Toumbourou JW, Anderson V, Coffey C, Olsson CA. Health risk behaviours among adolescent survivors of childhood cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2005; 45: 706-715.
40. Carson V, Pickett W, Janssen I. Screen time and risk behaviors in 10 to 16-year-old Canadian youth. *Prev Med*. 2011; 52: 99-103.
41. Molinero O, Salguero A, Castro-piñeiro J, Mora J, Márquez S. Substance abuse and health self-perception in spanish children and adolescents. *Nutr Hosp*. 2011; 26(2): 402-409.
42. Wium N, Aarø LE, Hetland J. Subjective attractiveness and perceived trendiness in smoking and snus use: a study among Young Norwegians. *Health Education Research*. 2009; 24(1): 162-172.
43. Calleja N, Aguilar J. Por qué fuman los adolescentes: un modelo estructural de la intención de fumar. *Adicciones*. 2008; 20(4): 387-394.
44. Simpson K, Janssen I, Boyce WF, Pickett W. Risk taking and recurrent health symptoms in Canadian adolescents. *Preventive Medicine*. 2006; 43: 46-51.
45. Botello-Harbaum M, Haynie DL, Murray KW, Iannotti RJ. Cigarette smoking status and recurrent subjective health complaints among US school-aged adolescents. *Child: care, health and development*. 2010; 37(4): 551-558.
46. Lloret Irlles D, Gázquez Pertusa M, Botella Guijarro A, Ferro Carbonell MJ. Modelos de influencia de padres y amigos en el inicio de tabaco en adolescentes. *Health and addictions*, 2013. 13(1): 59-66.
47. Alamlan A, Paradis G. Individual and social determinants of multiple chronic disease behavioral risk factors among youth. *Public Health*. 2012; 12: 224.
48. Christopherson TM, Conner BT. Mediation of late adolescent health-risk behaviors and gender influences. *Public Health Nursing*, 2012; 29(6): 510-524.
49. Almquist YB, Ostberg V. Social relationships and subsequent health-related behaviours: linkages between adolescent peer status and level of adult smoking in Stockholm cohort. *Addiction*, 2012; 108: 629-637.
50. Barreto SM, Giatti L, Casado L, de Moura L, Crespo C, Malla D. Contextual factors associated with smoking among brazilian adolescents. *J Epidemiol Community Health*. 2012; 66: 723-729.
51. Barreto SM, Carvalho de Figueiredo R, Giatti L. "Socioeconomic inequalities in youth smoking in Brasil". *BMJ Open*, 2013; 3:e003538. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003538.
52. Berg C, Choi WS, Kaur H, Nollen N, Ahlwalia JS. The roles of parenting, church attendance and depression in adolescent smoking. *J Community Health*. 2009; 34: 56-63.
53. Kovacs FM, Gestoso García M, Oliver-Frontera M, Gil del Real Calvo MT, Mufraggi Vecchierini N, Palou Sampol P. La influencia de los padres sobre el consumo de alcohol y tabaco y otros hábitos de los adolescentes de Palma de Mallorca en 2003. *Rev Esp Salu Pública*. 2008; 82 (6): 677-689.
54. Guo H, Reeder AI, McGee R, Darling H. Adolescents leisure activities, parental monitoring and cigarette smoking- a cross sectional study. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 2011; 6: 12.
55. Foraker RE, Paltan CA, López KN, Croghan IT, Thomas JL. Beliefs and attitudes regarding smoking among adult Latinos: a pilot study. *Preventive Medicine*. 2005; 41: 126-133.
56. Wang HM, Bell JF, Edwards TC, Patrick DL. Weight status, quality of life, and cigarette smoking among adolescents in Washington State. *Qual Life Res*. 2013; 22: 1577-1587.

57. Neumark-Sztainer d, Paxton SJ, Hannan PJ, stat M, Haines J, Story M. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of adolescent health*. 2006; 39: 244-251.
58. Olivari Medina C, Barra Almagiá E. Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia Psicológica*. 2005; 23(2): 5-11.
59. Palacios Delgado JR. Autoeficacia e intención conductual del consumo de tabaco en adolescentes: validez factorial y relación estructural. *Adicciones*. 2010, 22(4): 325-330.
60. Alfaro Martínez LB, Sánchez Oviedo ME, Andrade Palos P, Pérez de la Barrera C, Montes de Oca A. Habilidades para la vida, consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*. 2010; 35(1): 67-77.
61. Chen LJ, Hease AM, Fox KR. Physical activity among adolescents in Taiwan. *Asia Pac J Clin Nutr*, 2007; 16(2): 354-361.
62. Kujala UM, Kaprio J, Rose RJ. Physical activity in adolescence and smoking in toung adulthood: a prospective twin cohort study". *Addiction*. 2007; 102(7): 1151-1557.
63. Moreno-Gómez C, Romaguera-Bosch D, Tauler-Riera P, Bennasar-Veny M, Pericas-Beltrán J, Martínez-Andreu S, Aguilo-Pons A. Clustering of lifestyle factors in Spanish university students: the relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. *Public Health Nutrition*. 2012; 15(11): 2131-2139.
64. Latorre Román PA, Cámara Pérez JC, García Pinillos F. Búsqueda de sensaciones y hábitos de tabaquismo, consumo de alcohol y práctica deportiva en estudiantes de Educación Secundaria. *Salud Mental*. 2014; 37: 145-152.
65. Meneses C, Markez I, Romo N, Uroz J, Rua A, Laespada T. Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco). *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2013; 33(119): 525-535.
66. Markham WA, Aveyard P, Thomas H, Charlton A, López ML, DeVries H. What determines futures smoking intentions of 12-to-13-year-old UK african-caribbean, indian, pakistani and white young people? *Health Education Research*. 2004; 19(1): 15-28.
67. Robles MI, Obando J, González MT, Bueno J. Asociación entre dieta, actividad física y consumo de tabaco en adolescentes. *Semergen*. 2011, 37(5): 238-245.
68. Sakraida J. Modelo de Promoción de la Salud. Nola J Pender. En: Maerriner TA, Rayle-Alligood M, editores. *Modelos y teorías de enfermería*, 6ª ed. España: Elsevier-Mosby; 2007.
69. Pisetsky EM, Chao YM, Dierker LC, May AM, Striegel-Moore RH. Disordered Eating and Substance Use in High-School Students: Results from the Youth Risk Behavior Surveillance System. *Int J Eat Disord*. 2008; 41: 464-470.
70. Cruz-Saéz MS, Pascual A, Etxebarria I, Echeburúa E. Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. *Anales de Psicología*. 2013; 29(3): 724-733.
71. Pengpid S, Peltzer K. Alcohol use and associated factors among adolescents students in Thailand. *West Indian Med J*. 2012; 61(9): 890-896.
72. Hight G. The role of cannabis in supporting young people's cigarette smoking: a qualitative exploration. *Health Educational Research*, 2004; 19(6): 635-643.
73. DuRant R, Champion H, Wolfson M, Omli M, McCoy T, D' Agostino RB, Wagoner K, Mitra A. Date fighting experiences among colleague students: are they associated with other health risk behaviors?. *Journal of American Colleague Health*. 2007, 55(5): 291-296.
74. Farhat T, Iannotti RJ, Simons-Morton B. Overweight, obesity, youth and health risk behaviors. *Am J Prev Med*. 2010; 38(3): 258-267.
75. Kanaan MN, Afifi RA. Gender differences in determinants of weight-control behaviors among adolescents in Beirut. *Public Health Nutrition*. 2009; 13(1): 71-81.
76. Moreno JA, Moreno R, Corvello E. Relación del autoconcepto físico con las conductas de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Adicciones*. 2009; 21(2): 147-154.

77. Galanti MR, Cana MP, Bellocco R, Lagenos YT. Predictors of erroneous perception of being overweight among adolescents. *Obes Facts*. 2011; 4: 319-323.
78. Burkert NT, Freidl W, Muckenhuber J, Stronegger WJ, Rasky E. Self-perceived health, quality of life and health related behavior in obesity: is social status a mediator?. *Wein Klin Wochenschr*. 2012; 124: 271-275.
79. Power C, Graham H, Due P, Hallqvist J, Joung I, Kuh D Lynch J. The contribution of childhood and adult socioeconomic position to adult obesity and smoking behaviour: an international comparison. *International Journal of Epidemiology*, 2005; 34: 335-344.
80. Bulhoes C, Ramos E, Lindert J, Dias S, Barros H. Depressive symptoms and its associated factors in 13-year-old urban adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2013; 10: 5026-5038.
81. Raffaelli M, Drumond Andrade FC, Poppe EM, Sanchez-Armass O, Vazquez Vidal I, Aradillas Garcia C. Gender and Age-Related Differences in Depressive Symptoms and Health Behaviors among Mexican Youth. *Interamerican Journal of Psychology*. 2013; 47(1): 83-90.
82. López AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*. 1994; 3: 242-247.
83. Pitel L, Madarasova Geckova A, van Dijk JP, Reijneveld SA. Gender differences in adolescent health-related behavior diminished between 1998 and 2006. *Public Health*. 2010; 124: 512-518.
84. Salonna F, van Dijk JP, Geckova AM, Sleskova M, Groothoff JW, Reijneveld SA. Social inequalities in changes in health-related behaviour among Slovak adolescents aged between 15 and 19: A longitudinal study. *BMC Public Health*, 2008, 8: 57.
85. Pitel L, Gecková AM, Reijneveld SA, van Dijk JP. Socioeconomic Differences in Adolescent Health-Related Behavior Differ by Gender. *J Epidemiol*. 2013; 23(3): 211-218.
86. Gadalla TM. Unhealthy behaviours among Canadian adolescents: prevalence, trends and correlates. *Chronic Disease and Injuries in Canada*. 2012; 32(3): 156-163.
87. Drienskens S, Van Oyen H, Demarest S, Van der Heyden J, Gisle L, Tafforeau J. Multiple risk behaviour: increasing socioeconomic gap over time?. *European Journal of Public Health*. 2009; 20(6): 634-639.
88. Maralini V. Educational inequalities in smoking: the role of initiation versus quitting. *Social Science & Medicine*. 2013; 84: 129-137.
89. Dorner TE, Stronegger WJ, Hoffmann K, Stein KV, Niederkrotenthaler T. Socio-economic determinants of health behaviours across age groups: results of a cross-sectional survey. *Wien Klin Wochenschr*, 2013; 125: 261-269.
90. Vuori MT, Kannas LK, Villberg J, Ojala SAK, Tynjala JA, Valimaa. Is physical activity associated with low-risk health behaviours among 15-year-old adolescents in Finland?. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2012; 40: 61-68.
91. Völzke H, Neuhauser H, Moebus s, Baumert J, Berger K, Stang A, Ellert U, Werner A, Döring A. Urban-rural disparities in smoking behaviour in Germany. *BMC Public Health*. 2006; 6: 146.
92. Lee W, Grogan-Kaylor A, Sanhueza G, Andrade F, Delva J. The association of recreational space with youth smoking in low socioeconomic status neighborhoods in Santiago, Chile. *Int J Public Health*. 2014; 59: 87-94.
93. Pitel L, Madarasova Geckova A, Kolarcik P, Halama P, Reijneveld SA, van Dijk JP. Gender differences in the relationship between religiosity and health-related behaviour among adolescents. *J Epidemiol Community Health*. 2012; 66: 1122-1128.
94. Rostosky SS, Danner F, Riggle EDB. Is Religiosity a Protective Factor Against Substance Use in Young Adulthood? Only If You're Straight. *Journal of Adolescent Health*. 2007; 40: 440-447.
95. Trocki KF, Drabble LA, Midanik LT. Tobacco, Marijuana Use and Sensation-seeking: Comparisons Across Gay, Lesbian, Bisexual and Heterosexual Groups. *Psychol Addict Behav*. 2009; 23(4): 620-631.

96. Easton A, Jackson K, Mowery P, Comeau D, Sell R. Adolescent Same-Sex and Both-Sex Romantic Attractions and Relationships: Implications for Smoking. *American Journal of Public Health*. 2008; 98 (3): 462-467.
97. Schauer GL, Berg CJ, Bryant LO. Sex differences in psychosocial correlates of concurrent substance use among heterosexual, homosexual and bisexual college students. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2013; 39(4): 252-258.
98. Young R, West P. Do good values lead to good health-behaviours? Longitudinal associations between young people's values and later substance-use. *BMC Public Health*. 2010; 10: 165.
99. Peters LWH, Wiefferink CH, Hoekstra F, Buijs GB, ten Dam GTM, Paulussen TGWM. A review of similarities between domain-specific determinants of four health behaviors among adolescents. *Health Education Research*. 2009; 24(2): 198-223.
100. Wiefferink CH, Peters L, Hoekstra F, Ten Dam G, Buijs GJ, Paulussen TGWM. Clustering of Health-Related Behaviors and Their Determinants: Possible Consequences for School Health Interventions. *Prevention Science*. 2006; 7(2): 127-149.