Artículos de revisión

Variables psicológicas, biológicas y sociales que intervienen en el consumo de tabaco en los adolescentes

Psychological, Biological and Social Variables Involved in Tobacco Use among Adolescents

Ana María Zurbarán Hernández[1] Teresa Rodríguez Rodríguez[2] Arasai Zurbarán Hernández[3] Caridad Hernández Abreus[2]

[1] Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba
[2] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba
[3] Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Zurbarán-Hernández A, Rodríguez-Rodríguez T, Zurbarán-Hernández A, Hernández-Abreus C. Variables psicológicas, biológicas y sociales que intervienen en el consumo de tabaco en los adolescentes. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2020 [citado 2026 Nov 13]; 10(4):[aprox. 13 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/795

Resumen

El consumo del tabaco es un factor de riesgo que predispone a diversas enfermedades, conocidas como enfermedades crónicas no transmisibles. Constituye un problema de salud a escala mundial que produce hasta 5 millones de muertes al año. La adolescencia es el momento donde fundamentalmente se inician los fumadores, por tanto es necesario el trabajo preventivo desde etapas tempranas de la vida. Se realiza una revisión bibliográfica acerca de las principales variables psicológicas, biológicas y sociales que intervienen en el consumo de tabaco en los adolescentes, además se indaga acerca de los distintos modelos teóricos o escuelas psicológicas que han abordado esta problemática y han sugerido modos de actuación, para hacer frente a este nocivo hábito. Se realizó una búsqueda exhaustiva sobre la temática, para ello se consultó la bibliografía especializada, entre ellas artículos de revistas, libros y otras, a las que se accedió a través de los principales gestores de información, lográndose un esclarecimiento acerca de los principales aspectos que participan en la adquisición de la conducta adictiva por parte de poblaciones vulnerables.

Palabras clave: tabaquismo, adolescente, condiciones de vida

Abstract

Tobacco use is a risk factor that predisposes to various diseases, known as chronic non-communicable diseases. It is a global health problem that causes up to 5 million deaths a year. Adolescence is the time where smokers mainly start, therefore preventive work is necessary from the early stages of life. A bibliographic review is carried out on the main psychological, biological and social variables that intervene in the consumption of tobacco in adolescents, in addition to the different theoretical models or psychological schools that have addressed this problem and have suggested modes of action, to face this harmful habit. An exhaustive search was carried out on the subject, for this the specialized bibliography was consulted, including magazine articles, books and others, accessed through the main information managers, obtaining a clarification about the main aspects involved in the acquisition of addictive behavior by sensitive populations.

Key words: tobacco use disorders, adolescent, social conditions

Recibido: 2020-03-02 11:58:05
Aprobado: 2020-10-30 12:49:15

Correspondencia: Ana María Zurbarán Hernández. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cienfuegos. Cuba. caridad.hernandez@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El tabaco tiene sus orígenes hace unos 2 000 años. Se conoce que era utilizado por los nativos americanos con fines medicinales, como alucinógeno en las ceremonias religiosas y como ofrenda a los espíritus que adoraban.[1,2]

Con el de decursar del tiempo y el desarrollo científico se ha comprobado su nocividad para el hombre y la implicación del consumo de este tóxico, que constituye un factor de riesgo que predispone a diversas enfermedades, como: el cáncer de pulmón, estómago, próstata, hígado, colon y recto. Puede producir disfunción eréctil en el hombre y guarda relación con la diabetes, la bronquitis aguda, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el enfisema, la enfermedad vascular periférica, enfermedades cardiovasculares y coronarias, entre otras.[3]

Los fumadores, además de dañar su propia salud, perjudican a los que les rodean. Es notorio que lo que se ha denominado "tabaquismo pasivo" es peligroso para quienes lo sufren, justificándose plenamente las medidas de protección que se han adoptado en los diversos entornos en que se producen estas situaciones.[3]

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el tabaquismo produce 5 millones de muertes por año y se pronosticó que esa cifra se incrementaría a 10 millones en el 2020; se espera que un 70 % de estas defunciones se produzcan en países en desarrollo por lo que la carga de enfermedades atribuibles al tabaco recae en la actualidad sobre estas naciones.[4,5]

En el mundo, aproximadamente el 47 % de los hombres fuman, mientras que solo lo hacen el 12 % de las mujeres. Los países con prevalencias más elevadas en cuanto a varones fumadores son: China 67 %, Corea 65 %, Japón 53 %, Rusia 63 %, y México 51 %.[3]

En los países del Mercosur: Argentina, Chile y Uruguay se ha reportado que predomina el consumo del tabaco en las mujeres. Chile es el país con mayor porcentaje de fumadores, seguido de Estados Unidos y la edad de inicio está comprendida entre los 13 y 15 años.[6]

En Cuba la prevalencia del hábito de fumar, en la población, es históricamente alta, en 1970 se reportaron algunos estudios donde se informaban cifras superiores al 60 % en la población total. Según escala nacional del 2001 se estimó que existían 2 047 714 fumadores de 17 años y más. La iniciación global en el grupo de edad 20 a 24 años fue 22,2 % y la prevalencia en adolescentes que han consumido cigarrillos alguna vez es de un 25 %.[6]

Las investigaciones realizadas concuerdan con la afirmación de que, durante los últimos 40 años, se ha incrementado la prevalencia del tabaquismo en Cuba. La ciudad de Cienfuegos no se encuentra ajena a esta problemática y así quedó constatado en las mediciones realizadas en el Proyecto Global de Cienfuegos (PGC), que desde 1989, ha tenido el propósito de contribuir a la prevención y al control de las enfermedades crónicas no transmisibles en el municipio.[2]

La primera medición de del proyecto CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles) se realizó en Cienfuegos durante los años 2001-2002 y la segunda, se desarrolló entre los años 2009 y 2010. Esta última tuvo como objetivos, la descripción de los resultados preliminares encontrados en algunos de los factores de riesgo para las ECNT más importantes y compararlos con los datos que mostró la primera medición del proyecto.[6]

Entre las acciones más efectivas para evitar el tabaquismo está la prevención, la cual puede iniciarse desde edades tempranas y prepara a los niños y adolescentes en materia de conocimientos y para fomentar actitudes que contrarresten el hábito de fumar.[4,5]

El tabaquismo pasivo y activo, provoca disímiles consecuencias sobre la calidad y cantidad de vida de los seres humanos, por tanto cobra gran importancia la ejecución y desarrollo de acciones preventivas del tabaquismo sobre las poblaciones vulnerables dado a que existen escasez de intervenciones en adolescentes con este objetivo, de este principio surge la motivación para realizar el presente artículo de revisión.

DESARROLLO

1. El consumo de tabaco. Antecedentes e historia de su surgimiento

El centro del origen del tabaco se sitúa en la zona andina entre Perú y Ecuador. Los primeros cultivos debieron tener lugar entre cinco mil y tres mil años a.c.[1]

Cuando se coloniza América, el consumo estaba extendido por todo el continente. Fumar, inhalar y exhalar el humo del tabaco era una de las muchas variedades de consumo en América del Sur. Además de fumarse, el tabaco se aspiraba por la nariz como rapé, se masticaba, se comía, se lamía, se bebía, se untaba sobre el cuerpo, se usaba en gotas en los ojos y en enemas. También en utilizaba en algunos ritos: se soplaba sobre el rostro de los guerreros antes de la lucha, se esparcía en los campos antes de sembrar, se ofrecía a los dioses, se derramaba sobre las mujeres antes de una relación sexual y tanto hombres como mujeres lo utilizaban como narcótico.[1]

El tabaco era usado por los Mayas para celebraciones rituales y religiosas. Cuando Cristóbal Colón llegó al continente americano en 1492, observó que los indígenas del Caribe fumaban hojas de tabaco enrolladas o valiéndose de una caña o tubo llamado, *tobago*, de donde deriva el nombre común de la planta. La tripulación de Colón introdujo el cultivo y el consumo de tabaco en España. A mediados del siglo XVI, el diplomático *Jean Nicot*, al que la planta debe el nombre genérico (nicotiana), introdujo el tabaco en Francia. En 1585 lo llevó a Inglaterra el navegante *sir Francis Drake*, el explorador inglés *Walter Raleigh* inició en la corte isabelina la costumbre de fumar el tabaco en pipa. El nuevo producto se difundió rápidamente por Europa y Rusia y en el siglo XVII llegó a China, Japón y a la costa occidental de África.[1]

El fenómeno de fumar cigarrillos, tal y como se conoce en la actualidad, data de hace solo 70 años, debido a que los cigarrillos en serie se produjeron en 1884 cuando la primera máquina suplantó al liado manual, por tal motivo es una epidemia nueva, una epidemia del siglo XX.[1]

Los expertos en vegetales han determinado que la planta del tabaco pertenece al género *nicotiana*, familia botánica de las solanáceas. Esta planta es la única que sintetiza y luego conserva en sus hojas secas un potente alcaloide que recibe el nombre de nicotina y que da el nombre a su género vegetal.[1]

Existe una gran diversidad de variedades del género nicotina. Las dos más importantes son la *Nicotiana Tabacum*, de la que se extrae el tabaco comercial y la Nicotiana Rústica, que no se utiliza tanto por su sabor menos agradable.[1]

La nicotina es una sustancia adictiva debido a un componente activo, el cual actúa sobre el sistema nervioso central. El fumador sufre una dependencia física y psicológica que genera un síndrome de abstinencia, denominado tabaquismo. La nicotina genera adicción, pero tiene efectos antidepresivos y de alivio sintomático de la ansiedad. No se utiliza en farmacia, porque en la segunda mitad del siglo XX se descubrieron antidepresivos más eficaces y que no crean adicción. Tampoco se emplea para el alivio sintomático de la ansiedad, salvo en casos excepcionales, porque las benzodiacepinas, que son el tipo de tranquilizantes más utilizados, también crean dependencia, pero se consideran más eficaces.[1]

El humo del tabaco está compuesto por una fase gaseosa con más de 500 componentes entre los que incluyen el monóxido y dióxido de carbono, el ácido cianhídrico, óxido nítrico, amoniaco y benceno, más otra fase con más de 3500 compuestos hidrosolubles, donde se encuentra la nicotina y liposolubles constituidos por alquitranes de efecto cancerígeno como los hidrocarburos aromáticos, las nitrosaminas, metales pesados como el cadmio, níquel, plomo y cromo.[7]

La nicotina surge de la combustión del tabaco y es inhalada junto a pequeñísimas gotas de alquitrán. La nicotina es capaz de pasar a través de la mucosa de la boca y del intestino más fácilmente cuanto más alcalina sea la forma de presentación. Cuando es transportada en la sangre, se difunde por todo el organismo sin que exista barrera alguna para sus efectos perjudiciales. Puede también ser absorbida a través de la piel y en casos pocos frecuentes pueden intoxicar a personas que manipulen el tabaco, sin ser fumadores.[7]

Esta sustancia logra atravesar la placenta y es fácil detectarla en el cordón umbilical y también en el líquido amniótico, produciendo alteraciones en el feto. Sus efectos dañinos más relevantes se expresan en la afectación del metabolismo de las sustancias grasas, con severas acumulaciones en las paredes de las arterias, así como la elevación del pulso y la tensión arterial. Aporta una reducción del aporte de oxígeno al cerebro y el corazón, aumenta considerablemente la agregación plaquetaria, mecanismo que agrupa las plaquetas y que junto al aumento de la coagulación de la sangre determina una trampa intrarterial que contribuye al bloqueo de la circulación y sus consecuencias en el cerebro, corazón, pulmones e intestinos con la

determinación de trombosis a estos niveles.[7]

1.1. Consecuencias del consumo del tabaco para la salud

El consumo de tabaco constituye un factor de riesgo de enfermedades respiratorias, cardiovasculares, distintos tipos de cáncer y es especialmente perjudicial durante el embarazo. Además, no solo perjudica a los fumadores, sino también a los que respiran el mismo aire (fumadores pasivos). El tabaquismo es la principal causa de mortalidad, en la mayoría de los países desarrollados.[7]

Entre los efectos que producen se conocen trastornos y alteraciones que pueden ser muy nocivas para la salud tales como: ronquera, tos persistente, irritación, dolor de garganta, mal aliento, disminución del apetito, dolores de cabeza, fatiga, bronquitis o irritación de los bronquios así como aumento de la presión sanguínea y palpitaciones. También puede producir enfisema o pérdida de la eficiencia que tienen los pulmones de intercambiar gases y alteraciones mayores que pueden producir cáncer en los pulmones.[7]

Otros efectos del tabaco en el organismo según diferentes aparatos y sistemas:

- Propicia la aparición de cáncer: el cáncer de pulmón resulta el más frecuente, seguido del cáncer de laringe, el 95 % de los que padecen cáncer de pulmón y el 90 % de los que padecen cáncer de laríngeo, son fumadores. Además, cuando se combinan el consumo de tabaco con el exceso de bebidas alcohólicas, las posibilidades de presentar cáncer en la lengua, faringe, esófago y estómago son muchas veces mayores.[7]
- Efectos sobre el aparato cardiovascular: el 25 % de de las muertes por enfermedades de las arterias y del corazón están determinadas por el tabaco. El factor de mayor importancia es el efecto de la nicotina que libera sustancias como la cortisona, que eleva la presión arterial, aumenta la frecuencia con que late el corazón y contrae todas las arterias del organismo. También la nicotina bloquea el consumo de oxígeno por el músculo cardiaco y aumenta el nivel de grasas en la sangre, grasas que después se acumulan en las paredes de las arterias estrechándolas y endureciéndolas.[7] Estas condiciones precipitan la aparición de arteriosclerosis temprana en los grandes fumadores, que a veces se manifiestan desde los 30 años de edad y la frecuencia es seis veces mayor de infartos el miocardio y de otros órganos, así como las accidentes vasculares encefálicos. Los problemas circulatorios determinados por este estrechamiento de las arterias, hacen que la sangre, no llegue en la cantidad necesaria a diferentes órganos, por lo que el aporte de nutrientes y oxígeno, que llega al cerebro, al corazón, a los pulmones, los riñones a través de la sangre, es limitado.[7]
- Efectos sobre el aparato respiratorio: la acción irritante del humo y la reducción de la llegada de la sangre para alimentar los tejidos en contacto con el humo, son los principales responsables de la bronquitis crónica del fumador, con la tos productiva, que determina la eliminación de esputos que contienen pus y también de las frecuentes faringitis, laringitis, falta de aire y enfisema, este último caracterizado por la disminución de la elasticidad de los pulmones, con la consecuente dificultad para oxigenar adecuadamente la sangre. Otro mecanismo dañino es la acción de los gases constituyentes del humo que inmoviliza los cilios bronquiales, que son vellosidades cuyo movimiento expulsa las substancias extrañas de los bronquios pequeños.[7]
- Efectos sobre el aparato digestivo: la nicotina es uno de los tóxicos que mas estimula la producción de ácido clorhídrico en el jugo gástrico y por esta vía y por la excitación del sistema nervioso desencadena y agrava muchos de los casos de gastritis y úlceras del estómago y el duodeno. Está demostrado que entre los fumadores hay casi tres veces más úlceras del tubo digestivo que entre los no fumadores y algo similar ocurre con el cáncer gástrico.[7] La halitosis o mal aliento del fumador no depende solamente del desagradable olor a tabaco y otros productos tóxicos acumulados en las vías respiratorias, sino también de las infecciones de las encías debido a las pocas defensas de estas ante los microbios, como consecuencia de la reducción de la llegada de sangre debido a la acción de la nicotina que origina notables contracciones de las pequeñas arterias que las nutren.[7,8] La dentadura se daña

también debido a los mecanismos mencionados con anterioridad, apareciendo caries, manchas amarillentas, pérdida o caída de piezas.[7,9]

- Efectos sobre el sistema nervioso: el tabaco produce un efecto excitatorio y por ello ocasiona ansiedad, temblores, taquicardia, palpitaciones, dolores de cabeza de tipo tóxico, mareos, zumbidos en los oídos y afectaciones del equilibrio.[7]
- Efectos sobre el aparato genitourinario: el tabaco facilita las infecciones de riñones y vejiga porque provoca la disminución de las defensas locales ante las bacterias. También ocasiona disminución de la erección, por su efecto tóxico a nivel de cerebro, al que se suman el efecto bloqueador de la médula espinal y la disminución del aporte de sangre a los cuerpos cavernosos del pene.[10,11,12]
- Otros efectos a la salud: el tabaco puede producir también alteraciones al feto en desarrollo dentro del vientre materno, entre las principales alteraciones están: nacimiento con bajo peso, abortos repetidos y una modalidad de daño al futuro niño denominada: teratogenia conductual, expresada por anomalías que aparecen desde el nacimiento que hacen a los niños nerviosos, irritables o impulsivos y a veces con dificultades en la inteligencia.[7]

Repercusión sobre el fumador pasivo

Se considera fumador pasivo a toda aquella persona que conviva con alguien que fume o esté cerca, en su trabajo o en diferentes actividades donde con frecuencia se inhala el humo producido de la exhalación o del sitio de combustión que es más dañino del que expele el fumador. En parejas de quienes fuman el riesgo de presentar cáncer pulmonar es mayor que las personas que no fuman y también que los hijos de padres fumadores tienen dos veces más frecuencia de enfermedades respiratorias como bronquitis y asma, que los niños de padres no fumadores.[7]

1.2. El tabaquismo en Cuba

La Organización Mundial de la Salud y muchos gobiernos luchan contra el tabaquismo por medio de la concienciación de la población, un ejemplo de ello lo constituye la instauración del Día Mundial Sin Tabaco que se celebra cada 31 de mayo y también se agrega la prohibición de fumar en lugares públicos o cerrados.[8]

Cuba no ha sido de los países más aventajados en la presencia de figuras legales que regulen y prohíban fumar en lugares públicos y otras medidas de carácter económico cuyo sustento sea también jurídico, a pesar de que el Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo, en su fundamento y plan lo establece a través de regulaciones y medidas, no solo por el Ministerio de Salud Pública, sino por parte de otros ministerios.[8]

Además la población cubana se encuentra protegida mediante una legislación nacional, el Acuerdo 5570 del 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, que permite controlar la venta de cigarrillos a menores y regular la prohibición de fumar en lugares públicos cerrados, en instituciones de salud (Resolución No. 360) y educación.[8]

2. Las actitudes. Concepto. Importancia para la modificación de conductas

Las actitudes o convicciones constituyen formas organizadas de pensar, sentir y actuar ante los objetos, fenómenos y personas o grupos. Se forman a lo largo de la vida; son un producto del largo proceso de socialización por el que atraviesa todo hombre y es un resultado del aprendizaje, de la experiencia, del incesante intercambio social que se opera en el individuo durante el proceso de transformación de la realidad objetiva. Las actitudes no se observan a simple vista, sino que se infieren por la manera de reaccionar de las personas. Es conveniente distinguir las actitudes de las opiniones o de lo que una persona estima en un momento determinado. La opinión no implica un compromiso afectivo. Esta es fácil de transformarse, de cambiarse, pues solamente ocupa el plano cognoscitivo. La actitud es más difícil de cambiar, pues comprende una dimensión afectiva. En ella se está a favor o en contra de algo, mientras que la opinión es neutral en ese sentido.[10,11]

En las actitudes pueden apreciarse tres aspectos:

- Objeto: aquello frente a lo cual el sujeto reacciona; pueden ser personas, instituciones, ideas, objetos, etc.

- Dirección: va desde la aceptación total hasta el rechazo más profundo; indica si es a favor o en contra de algo.

– Intensidad: implica la fuerza de la dirección, en qué medida se quiere o acepta, o se odia y rechaza.[10,11]

Por otra parte, las actitudes, como son formas de sentir, pensar y actuar, tienen tres componentes:

- Afectivo: es un componente muy importante de la actitud, pues le da el carácter emocional.

- Cognoscitivo: son los conocimientos que se poseen del objeto de la actitud.

- Conativo: es lo que el sujeto hace, su conducta, su forma de actuar; ayuda si está a favor y agrede si está en contra.[10,11]

Cuando hay correspondencia entre estos tres componentes, se dice que la actitud es consistente. A veces hay contradicción entre ellos, entonces la actitud es inconsistente. Las actitudes no se transforman tan fácilmente como las opiniones. Hay dos procesos que explican esta dificultad.

- Selectividad perceptual: tendemos a percibir lo que está en consonancia con las características educativas, personales, etc.

- Retirada: el individuo tiende a retirarse, a no participar de aquellas situaciones que para él tienen un significado desagradable o doloroso.[10,11]

Una de las tareas fundamentales del profesional de la salud dígase médico de la familia o psicólogo de la salud, consiste en lograr que la población modifique actitudes y prejuicios que resultan perjudiciales para la salud.

Elementos fundamentales para modificar las actitudes:

- Cambiar de colectivo: si una persona tiene una actitud negativa hacia la higiene, por ejemplo, pero se logra que comience a formar parte y a identificarse con un grupo que valora dicho aspecto, es casi seguro que paulatinamente vaya modificando su actitud negativa. Numerosas investigaciones han demostrado que el colectivo ejerce una influencia positiva sobre el sujeto. De ahí que resulte de gran utilidad la acción que puede ejercer un grupo a favor del cambio de actitud en una persona individualmente.[10,11]

- Mantener un contacto reforzado con el objeto de la actitud: si el objeto de la actitud del sujeto es, por ejemplo, una persona, el vincularse a esta en situaciones diferentes, no solamente oficiales, sino también sociales, contribuye a cambiar la imagen y la actitud hacia ella.

- Suministrar información: el suministro de información por sí mismo no cambia las actitudes. Si así fuese bastaría con llenar los hospitales de avisos. La efectividad de una información depende de la forma en que se perciba la fuente, de la forma en que se presente la información, así como de las características de la persona que la recibe. La fuente de información es muy importante, pues el comunicador tiene que ser confiable, prestigioso, y el mensaje, atractivo.[10,11]

2.1. Modelos teóricos que han abordado esta problemática

Varias teorías sociales han intentado explicar la adquisición del hábito de fumar. En particular, la conocida teoría del aprendizaje social de Bandura. Esta teoría afirma que el comportamiento depende, en gran medida, de las expectativas a partir de las cuales se concibe el esquema deseado. Siguiendo esta línea de razonamiento, los adolescentes que tienen mayor tendencia a ser fumadores serían aquellos que anticipan en esa imagen la suya propia como algo que desearían ser.[4]

En Estados Unidos el destacado investigador, *Stern*, propuso una secuencia en el modelo no fumador - fumador que consiste en cinco etapas:

- Pre-contemplación: los jóvenes aún no han pensado siquiera en fumar, se ven como futuros no fumadores.
- Contemplación: estos no fumadores consideran el probar el cigarrillo, percibiendo ciertas consecuencias positivas del fumar, aún no muy claras.
- Toma de decisión: el joven se ubica en forma equidistante entre el fumar y el no fumar, con imágenes negativas-positivas del tabaquismo.
- Acción: se inicia la experimentación con el tabaco, les resulta placentero y se inclinan hacia los aspectos positivos del fumar, sin todavía pensarse como adultos fumadores.
- Mantenimiento: adolescentes que ya son fumadores regulares y se ven como fumadores adultos.[4]

Terapia cognitiva en la intervención psicológica[10]

La terapia cognitiva tiene entre sus principales

representantes a: Beck, Rush, Shaw y Emery. La terapia cognitiva propone una estrategia para el abordaje de los adolescentes fumadores la cual consiste en: a) suponer un trabajo de colaboración terapeuta-paciente (basado en la confianza), b) activo, c) basado en gran parte en preguntas abiertas y d) altamente estructurado y centrado. Este abordaje cognitivo ayuda a los individuos a luchar a brazo partido con los problemas que les producen angustia emocional, aliviar sus impulsos, y al mismo tiempo, a establecer un sistema más fuerte de control interno, a combatir su depresión, ansiedad o ira, que frecuentemente alimentan y provocan las conductas adictivas. Una de las ideas básicas de la terapia cognitiva es ayudar al paciente de dos formas: a) reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir droga mediante la refutación de las creencias subyacentes y b) enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos. Por tanto el objetivo es reducir la presión e incrementar el control.[10]

El terapeuta ayuda al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que llevan al abuso de una droga y entonces, explora las creencias básicas del individuo acerca del valor que tienen las drogas, el alcohol y la nicotina. Al mismo tiempo, el terapeuta entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia, así como ayuda al paciente a modificar su pensamiento, de forma que pueda conseguir mayor comprensión de sus problemas reales y despreocuparse de los pseudoproblemas, que son derivados de sus pensamientos defectuosos. Además, a través del repaso y la práctica, los pacientes se entrenan para construir un sistema de controles que puedan aplicar cuando se enfrenten con impulsos apremiantes de consumir. Se incluyen técnicas que les permitan hacer una evaluación minuciosa de las ventajas y desventajas a corto y largo plazo de consumir drogas.[10]

-Psicoanálisis

Sigmund Freud, considerado padre del psicoanálisis fue un gran fumador, llegando a consumir más de veinte cigarros por día. El mismo *Freud* decía que su pasión por fumar le estorbaba para aclarar algunos problemas psicológicos.[12]

Las razones que alejaron a *Freud* del análisis de su "adicción", han estado basadas en la represión de sus tendencias de muerte (masoquismo), lo cual explicaría porqué han sido tan pocos los trabajos en que se estudia la psicología del hábito de fumar.

La costumbre de fumar fue objeto de la atención de algunos psicoanalistas. Entre ellos se encontraba *Melanie Klein*, el cual destaca cómo para un paciente el fumar del analista simbolizaba el coito entre los padres. Para *M. Langer*, el fumar representaba la satisfacción de un placer instintivo de naturaleza oral.[12]

Garma interpretó el cigarrillo que apareció en el sueño de un paciente como un símbolo del pecho materno nutricio, cargado con contenidos sadomasoquista.[12]

-Conductismo

El condicionamiento encubierto fue creado por *Joseph Cautela* en 1967. Ha demostrado su eficacia en diferentes problemas emocionales, entre ellos el tabaquismo, al ser combinado con algún otro tratamiento por ejemplo el autocontrol. *Cautela* en 1977 clasificó los procesos conductuales en tres grupos. De ellos, es en el segundo donde se aplican las técnicas de Condicionamiento Encubierto.[13]

1. Procesos observables.

2. Respuestas psicológicas encubiertas, estas incluyen pensamientos, imágenes y sensaciones.

3. Respuestas fisiológicas encubiertas, de esta actividad no se es consciente o bien son respuestas de las que sí somos conscientes pero no son observables a los demás.

Entre las técnicas de condicionamiento encubierto se encuentran:

- La sensibilización encubierta: la cual consiste en la aplicación de un castigo en el cual se presenta un estímulo aversivo simultáneamente a la respuesta que se quiere reducir, evitando la respuesta no deseada, por ejemplo: fumar frente al espejo, retener el humo en la boca por unos segundos.[13]

- El reforzamiento encubierto: se presentan escenas agradables como reforzador para aumentar la probabilidad de una respuesta, por ejemplo: cuando un fumador está a punto de agarrar un cigarro, se le menciona la palabra reforzamiento e inmediatamente se imagina por

ejemplo, que está nadando.

- El reforzamiento negativo encubierto: se utiliza en personas a las que se le dificulta pensar en cosas placenteras, el terapeuta dice la palabra respuesta y el paciente inmediatamente borra la escena nociva e imagina la respuesta que debe incrementar, por ejemplo: cuando está a punto de fumar, se le dice "respuesta" e imagina, por ejemplo, que lo tira.

-La extinción encubierta: es la eliminación de un reforzamiento que disminuirá la probabilidad de una respuesta.

- El modelado encubierto: ver a un modelo que actúa en diversas situaciones, para que de esa forma, el sujeto expuesto al modelo, obtenga un referente para la reproducción de la conducta deseada. [13]

Posicionamiento crítico

La autora del trabajo se adscribe a la concepción teórica del Modelo de etapas de cambio del comportamiento o Modelo Transteórico, creado por *Prochaska, Di Clemente y Norcross* en 1979.[14] Se coincide plenamente con una de sus premisas básicas la cual establece que: "…el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto y que los individuos se hallan a diversos niveles de motivación o disposición para cambiar".

Es de conocimiento que para que el éxito de una intervención, encaminada a que el sujeto abandone una adicción o promover comportamientos saludables, no es suficiente con brindar una buena información, es necesario que lo aprendido se involucre con la esfera motivacional; solo cuando aparece la necesidad del cambio es posible hablar de modificaciones conductuales inmediatas o mediatas. Esa motivación es intrínseca y es la que garantiza el compromiso real del sujeto para promover la modificación de conductas nocivas. Lo que hay que lograr es que el propio sujeto concientice que tiene un problema y sea capaz de concretar en acciones sus expectativas y valoraciones acerca de la situación concreta. Por tal motivo en el presente estudio se apela a la movilización afectiva del adolescente para promover el cambio y se estructuran acciones específicas para ello.

3. Tabaquismo y adolescencia. Características de la etapa y riesgo para iniciarse en el consumo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años y que se divide en 2 fases, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años.[15,16]

En la adolescencia temprana, enmarcada entre los 10 y los 14 años, ocurren cambios biológicos, como aquellos que interesan al aparato reproductor, apareciendo los caracteres sexuales secundarios. En ambos sexos se inicia la pubarquia. En la hembra comienza la telarquia y el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales internos y en el varón el aumento testicular, los cambios de color y arrugamientos escrotales así como el crecimiento del pene. Como consecuencia de las transformaciones en los órganos sexuales se produce también un influjo hormonal generador de necesidades novedosas.[17]

En este período surgen, además, la necesidad de independencia, la impulsividad, la labilidad emocional, las alteraciones del ánimo y la búsqueda de solidaridad y comprensión entre pares, lo que se mezcla con necesidad sentida de apoyo de los padres, por lo que se generan ambivalencias que hacen de la relación padres/adolescentes, sea un reto.[17]

La menarquia suele aparecer en las muchachas y también en el sexo masculino es posible que ya se suceda la eyacularquia. Estos fenómenos en otras ocasiones se postergan a la fase siguiente, que termina alrededor de los 16 años, en la que continúan los cambios biológicos, el crecimiento se comporta de forma acelerada y si no se había producido, ocurre entonces el estirón puberal en los 2 sexos y tiene lugar el cambio de la voz, en el varón. Por estos tiempos, el adolescente dotado de la capacidad biológica de ejercer su sexualidad y de experimentar sus primeras vivencias psicosexuales, es inmaduro psicológica y socialmente.[17]

En la época a que hacemos alusión, la imagen corporal es muy importante, sintiendo los adolescentes sumo interés en resultar atractivos. Es frecuente también que la interacción con los padres sea fuente de conflictos, por la lucha entre el adolescente que quiere alcanzar su propia identidad y los padres que le oponen resistencia. Importante adquisición es el desarrollo del pensamiento lógico abstracto. Las relaciones amorosas son inestables, el romanticismo e ímpetu del amor sin sustento son propiedades fundamentales.[18]

Son conductas propias de la edad, la masturbación, los juegos sexuales y las relaciones íntimas. En Cuba ocurren por debajo de los 18 años, lo que ha sido avalado por algunas investigaciones realizadas con este propósito.[18]

En la adolescencia tardía, que es la fase final, se alcanzan características sexuales de la adultez, termina el crecimiento, hay aproximación a la familia, una mayor independencia, el grupo empieza a ser desplazado por la relación de pareja, los impulsos van siendo mejor controlados, los cambios emocionales menos marcados y la ambivalencia se va disipando. Se construye un sistema propio de valores y proyectos de vida.[18]

3.1. La etapa de la adolescencia como grupo vulnerable para adquirir el tabaquismo

La adolescencia constituye una etapa de riesgo en la adquisición del hábito, según algunos autores la edad de inicio de fumar cada vez es más temprana y se asocia este factor de riesgo tan importante con la presencia de padres u otros familiares fumadores.[3]

Entre los factores que están presentes en adolescentes que fuman se encuentran además, los siguientes: influencia del grupo de coetáneos (amigos fumadores), padres y convivientes fumadores, profesión de los padres de peor consideración social y remuneración, bajo grado de cohesión de la familia, clima y rendimiento escolar.[3]

Hay otros factores que influyen en la decisión de fumar: poca disponibilidad de actividades sanas y como medio de socialización, como control del peso, buscador de sensaciones y actitudes positivas hacia las conductas de riesgo, intención de fumar en el futuro (por no tener nada en contra para hacerlo), enfermedades psiquiátricas asociadas y faltas de conocimiento de los efectos adversos.[3]

Con respecto a este tema, investigaciones recientes arrojaron que los adolescentes fumadores poseen conocimientos elementales acerca de los perjuicios que produce el tabaco, sin embargo, a pesar de ello, fuman con regularidad y no reconocen que son adictos al tabaco. Suponen que tienen control sobre la decisión y el momento de fumar, algunos consideran que pueden dejar de fumar cuando lo deseen.[18]

¿Cuáles son los efectos del tabaquismo en la salud del adolescente?

Los efectos inmediatos del tabaquismo más destacables son: el empeoramiento de la imagen corporal (mal aliento, manchas dentales), la disminución del rendimiento físico, la falta de independencia (sentimiento de control por los cigarrillos) y finalmente el costo. No se ha demostrado que el tabaquismo favorezca la disminución de peso.[18]

Afecta también el crecimiento y la función pulmonar dando lugar a síntomas respiratorios tales como tos, flema, sibilantes y dificultad respiratoria. Algunos de estos síntomas se ha demostrado que inducen la aparición del asma y empeora su pronóstico. También afecta al sistema cardiocirculatorio produciendo arteriosclerosis precoz y con ello, un riesgo incrementado de padecer una enfermedad cardiovascular en edades más tempranas.[19]

4. La Promoción de salud y la prevención como herramientas insustituibles para contrarrestar el tabaquismo.

La promoción de salud es una estrategia establecida en Ottawa, en 1986, donde se le define como: “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.[20,21]

La estrategia propone la creación de ambientes y entornos saludables, facilita la participación social construyendo ciudadanías y estableciendo estilos de vida saludables. El compromiso de la promoción de salud, supone, involucrar a la comunidad en la implantación de las políticas.[21]

La prevención se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo y poblaciones de riesgo; en cambio la promoción de la salud está centrada en esta y pone su acento en los determinantes de la salud y en los determinantes sociales (cuando se hace referencia a prevención se centra en la enfermedad y cuando se habla de promoción en la salud).[20,22]

La Prevención es definida por la OMS, en 1998 como: “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.[20,22]

Consta de tres niveles para los cuales suponen técnicas y objetivos diferentes, según sea el estado de salud del individuo, grupo o comunidad a las que están dirigidas:

La prevención primaria: hace alusión al conjunto de medidas que se aplican en el manejo del proceso salud-enfermedad antes que el individuo se enferme. Son las acciones destinadas a prevenir la aparición de enfermedades. Emplea diferentes técnicas que actúan suprimiendo los factores desfavorables antes de que generen la enfermedad o el accidente.[20,22]

Unas de las distintas maneras que actúan es eliminando los factores ambientales de riesgo por medio del saneamiento del medio ambiente; protegiendo al organismo frente a enfermedades y accidentes; brindando educación para la salud y creando hábitos saludables.

La prevención secundaria: por su parte se corresponde a las acciones destinadas a la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento oportuno. Incluye acciones de recuperación de la salud.

En este nivel se aborda la enfermedad en su fase incipiente, aún en fase reversible, por medio del diagnóstico precoz. Luego se prosigue a su intervención cuando se inicia la enfermedad; en este caso, la única posibilidad preventiva es la interrupción o ralentización del progreso de la afección, mediante la detección y tratamiento oportuno, con el objeto de facilitar la curación, evitar el paso a la cronicidad, la aparición de deficiencias, discapacidades y minusvalías.

La prevención terciaria: se refiere a las acciones de rehabilitación brindadas a las personas a fin de que puedan utilizar sus capacidades y de esta manera, reintegrarse a la sociedad. La prevención terciaria interviene cuando se ha instaurado la enfermedad. Su objetivo es hacer más lento el curso de la enfermedad, atenuar las incapacidades existentes y reinsertar al enfermo o lesionado en las mejores condiciones a su vida social y laboral.

Es incuestionable que la prevención primaria de enfermedades es la herramienta más eficaz para contrarrestar su aparición, sobre todo cuando se identifican grupos vulnerables o con riesgo.[20,22]

El empleo de estrategias de promoción y prevención de salud con los adolescentes es fundamental para evitar que se inicien en el consumo de cigarros y también para el tratamiento de los que ya se han iniciado en estas prácticas.

Algunas consideraciones acerca de la intervención para contrarrestar la adicción

Se han demostrado eficaces iniciativas que ayudan en la prevención del inicio de consumo de tabaco y la reducción de la prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes: programas familiares, programas de prevención en la escuela, programas comunitarios, campañas de los medios de comunicación, programas estatales de control integral del tabaquismo, aumento del precio del tabaco o intervenciones para la reducción del acceso para la prevención de la venta ilegal de tabaco.[8]

La población adolescente, está poco preocupada por la salud en general y a largo plazo en particular, por lo que es importante que el mensaje sea dado en sentido positivo, incidir en aspectos estéticos, deportivos y económicos y personalizarlo, asociando el consumo de tabaco con síntomas y problemas de salud actuales (ej. asma), y efectos sobre la salud de otros convivientes. También explicar los efectos perjudiciales.[17]

En el caso de que se haya iniciado en el consumo, se debe acudir al apoyo del medio familiar y del entorno y valorar en todos los fumadores la motivación para hacer un intento de abandono y las barreras que existen. Igualmente, para los que no deseen dejar el tabaquismo se debe incidir en la relevancia de dejar de fumar, explicar los riesgos, recompensar los progresos, controlar el proceso y mantenerse firme en dicho propósito.[17]

Entre los atributos o factores que pueden estar relacionados con la no incorporación de los adolescentes y jóvenes en el consumo de tabaco y otras drogas se encuentra la autoestima, donde se señalan que los adolescentes que tienen alta autoestima tienen menos probabilidad de consumir alcohol y tabaco que aquellos que tienen baja autoestima.[23]

El papel que juega la autoestima en el inicio del consumo de tabaco y el alcohol se refleja a través de la contribución de las capacidades que el adolescente puede tener para resistir la presión del medio ambiente social para consumir tabaco, tomar decisiones saludables y enfrentar el estrés.[23]

Fomentar la autoestima y la seguridad en sí mismo, así como el desarrollo de una personalidad madura y responsable, es el mejor factor protector frente al tabaco.[23]

Por otra parte los programas psicoeducativos, constituyes importantes recursos para la modificación de comportamientos poco saludables; es fundamental hacer alusión a algunas características y componentes de estos.

4.1 Programa psicoeducativo. Importancia de su implementación

Los programas psicoeducativos permiten los procesos de aprendizaje en temas educativos, que pueden relacionarse con la salud, además hacen énfasis en cómo intervenir para mejorar dicho aprendizaje. Este tipo de intervención pudiera ser efectiva para lograr mayor desarrollo en la prevención del consumo de sustancias adictivas como el tabaco, en los adolescentes.[24]

La confección del programa psicoeducativo se sustenta en la categoría planteada por L. S. *Vygotsky* en cuanto a la situación social de desarrollo (SSD) que consiste en la peculiar combinación de procesos internos de desarrollo y de condiciones externas, que tipifican cada etapa evolutiva y que gobierna la dinámica del desarrollo psíquico durante el período correspondiente y las formaciones psicológicas peculiares, cualitativamente nuevas, que surgen cuando dicho período llega a su fin, y desde el punto de vista psicológico en la teoría de la Zona de Desarrollo Próximo (ZDP) de Vygotsky. Esta teoría tiene en cuenta lo que puede llegar a avanzar un individuo con la ayuda o intervención de “otros” entendidos en esta área del saber y de manera independiente.[24]

Otro sustento es la Teoría de la Actividad del psicólogo *Leontiev*. Uno de los seguidores de Vygotsky, que define la actividad como categoría rectora, concebida esta como un proceso de solución por el hombre de tareas vitales, impulsado por el objetivo, cuya consecución está orientada y que refleja alguna necesidad. También está fundamentada en la teoría de *Rubinstein* donde plantea los pasos estructurales de la actividad, siendo estos: el motivo, la actividad orientadora investigativa, la búsqueda de estrategias, elaboración y ejecución de un plan, así como el control durante la realización y su revisión final. Vygotsky vio en la conciencia un sistema integral, regulador de la conducta humana mediante la integración funcional de los distintos procesos o funciones psíquicas. Un proceso de regulación consciente es determinante en el desarrollo de la personalidad del sujeto, al punto de que se evidencia en la actuación en la medida en que las reflexiones personales son más profundas.[24]

La toma de decisiones, la fijación de metas en planes y proyectos de vida, así como la capacidad permanente de auto-observación resultan impactados positivamente en tanto mayor sea la concientización del proceso.[24]

El conocimiento y la necesidad forman una unidad indisoluble en la regulación motivacional humana, la necesidad impulsa al hombre a conocer, a fundamentar sus diferentes conductas y el conocimiento se convierte a su vez en una fuente inagotable de las necesidades, pues el proceso de asimilación del conocimiento y la reflexión no siempre son expresiones cognitivas de la personalidad, ya que provocan vivencias que son de vital importancia tanto para la formación de nuevas necesidades, como para el reforzamiento de las ya existentes.

El conocimiento puede ser un momento reproductivo del material recibido del medio, pero que cuando trasciende la simple actualización y reproducción de lo conocido llegando a la elaboración creativa de sus contenidos, entonces comienza a expresar tendencias activas de la personalidad, sustentadas por su sistema de necesidades y motivos, solo ese potencial de conocimientos posibilitará rebasar mediante la reflexión los estímulos inmediatos que conspiren contra sus objetivos mediatos.[25]

El conocimiento si bien no es el único factor que se vincula a la modificación de actitudes puede promover el cambio en las personas.

La confección del programa psicoeducativo para la prevención del tabaquismo activo en los adolescentes deberá sustentarse en los siguientes principios.[24]

- El principio relativo a la atención a las diferencias individuales, lo que explica el énfasis que se hace en la necesidad de brindar una atención diferenciada, estrictamente personalizada, a los adolescentes.

- El principio de la unidad y coherencia en las influencias educativas, que determina la proyección y aplicación de influencias formativas

con un carácter sistémico, que involucran a toda la familia.

- El principio de la unidad indisoluble entre lo afectivo y lo cognitivo en el proceso de formación de la personalidad.

- El principio de la vinculación de la teoría con la práctica.[24]

Multidisciplinariedad, familia, organización, escuela, sociedad en general

Desde la niñez cada persona debe ser educada en normas de autocuidado, debe saber cómo puede evitar enfermarse o agravar un padecimiento, dónde están sus fortalezas y debilidades, qué propensión puede o no tener para adquirir un padecimiento determinado.

Los programas de enseñanza de los diferentes niveles deben incluir materias relacionadas con las prácticas saludables de vida, donde el conocimiento y la concientización de los contenidos sean el objetivo primordial. Deben contemplarse las características rectoras psicológicas de cada período evolutivo para proponer formas de organización docente con carácter atractivo y motivante. Además de tener en cuenta los principales riesgos de enfermar de cada edad y sus vulnerabilidades.[25]

Es la adolescencia una etapa altamente propensa para que las personas incorporen la práctica de hábitos nocivos tales como fumar y el alcoholismo.

Conductas que por sus prácticas sistematizadas llegan a adquirir el rango de adicciones y para entonces la modificación se hace más difícil en el mejor de los casos. Mientras que otras veces él hábito se perpetúa en el estilo de vida de quienes lo poseen y llega a crear serios problemas de salud.[25]

Estas acciones pueden potenciar la percepción de riesgo que cada persona construye de manera individual y social. Tal construcción se encuentra inevitablemente vinculada a la historia, los saberes, las creencias y las experiencias y permeada por la cultura donde se desarrolla cada sujeto y por su personalidad con su sello distintivo. La evaluación que hace cada individuo del proceso salud enfermedad establece las posibilidades que él tiene de verse afectado por el riesgo o no y en consecuencia de asumir una conducta particular.[25]

CONCLUSIONES

El tabaquismo es un problema de salud que causa millares de muertes cada año, sin embargo, a pesar de que ha sido un tema abordado en muchos ámbitos, no se logra una adecuada concientización sobre los riesgos que ocasiona.

La adolescencia es una etapa crítica del desarrollo donde se producen los primeros contactos con este nocivo tóxico, por tanto es de vital importancia conocer las particularidades de esta etapa de la vida para que las acciones de intervención dirigidas a este grupo poblacional sean más factibles.

Para que una intervención sustentada en una de las principales escuelas o corrientes psicológicas, encaminada a que el sujeto abandone una adicción o promover comportamientos saludables, tenga éxito, no es suficiente con brindar una buena información, es necesario que lo aprendido se involucre con la esfera motivacional, solo cuando aparece la necesidad del cambio es posible hablar de modificaciones conductuales inmediatas o mediatas.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionadas con el estudio.

Contribución de los autores:

Idea conceptual: Ana María Zurbarán Hernández.

Revisión de la literatura: Ana María Zurbarán Hernández, Arasai Zurbarán Hernández, Caridad Hernández Abreus.

Escritura del artículo: Ana María Zurbarán Hernández.

Revisión crítica: Teresa Rodríguez Rodríguez.

Financiación:

Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cienfuegos. Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Micheli A, Izaguirre R. Tabaco y tabaquismo en la historia de México y de Europa. Rev invest clín [revista en Internet]. 2005 [citado 23 Dic 2019];57(4):[aprox. 10p]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4383348

2. González L, Berger K. Consumo de tabaco en adolescentes: Factores de riesgo y factores protectores. Cienc Enferm [revista en Internet]. 2002 [citado 2 Feb 2018];8(2):[aprox. 8p]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000200004

3. Díaz MG, Acevedo MC, D'Alessandro SG, Ricardo R, Cassella C. Prevalencia de tabaquismo en adolescentes de escuelas públicas del nivel secundario en la ciudad de Corrientes. Rev Post VIa Cat Med [revista en Internet]. 2010 [citado 7 Jun 2018];10(200):[aprox. 5p]. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista200/1_200.pdf

4. Medina MA, Márquez CJ, Torres GN, Ramos L, Hernández Y. Presencia de consumo de tabaco en un grupo de adolescentes. Gac Méd Espirit [revista en Internet]. 2015 [citado 23 Sep 2019];17(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1608-89212015000100004

5. Miguel CF, Rodríguez RA, Caballero M, Arillo E, Reynales LM. Fumar entre adolescentes: análisis cuantitativo y cualitativo de factores psicosociales asociados con la decisión de fumar en escolares mexicanos. Salud Pub Méx [revista en Internet]. 2017 [citado 28 Oct 2019];59 Suppl 1:[aprox. 8p]. Disponible en: https://doi.org/10.21149/7835

6. Benet M, Morejón AF, Espinosa AD, Landrove OO, Peraza D, Ordúñez PO. Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Cienfuegos, Cuba 2010. Resultados preliminares de CARMEN II. Medisur [revista en Internet]. 2010 [citado 13 Sep 2018];8(2):[aprox. 15p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000200010

7. González RA. Usted puede dejar de fumar. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2008

8. Suárez N, Caraballoso M, Rodríguez DM. Legislación para el control del tabaquismo en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2008 [citado 24 Feb 2018];34(3):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300006

9. Estrada GY, Estrada GY, López MD, Cubero GR, Castañeda MR. Hábito de fumar asociado a enfermedades periodontales. MEDICIEGO [revista en Internet]. 2015 [citado 23 Nov 2019];21(3):[aprox. 6p]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61375

10. Sánchez E, Gradolí VT, del Olmo R, Molina N, Morales E. Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. Rev Asoc Esp Neuropsiq [revista en Internet]. 2002 [citado 4 Nov 2020];7(81):[aprox. 8p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000100003&lng=es

11. Minguijón PJ, del Río TE, Gimeno J, Pac D, Bergua JA. Análisis de la percepción y actitudes frente al consumo de tabaco en adolescentes [Internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2015 [citado 2 Ago 2019]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/ANALISIS_CONSUMO_TABACO_ADOLESCENTES.pdf/cdda0301-70df-b503-e95d-9e3bae344d5e

12. Fidias R. Psicoanálisis del hábito de fumar. Rev Psicoanálisis [revista en Internet]. 1957 [citado 2 Feb 2020];14(4):[aprox. 10p]. Disponible en: http://apa.opac.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?e=d-01000-00---off-0revapa00-1----0-10-0---0---0direct-10-AA--4-------0-1l--11-es-Zz-1---20-about-"FAMILIA"--00-3-1-00-3-1-11-1-0utfZz-8-00&a=d&c=revapa&cl=CL1.1.28&d=19571404p0368

13. Santamaría S, Rodríguez V, Jurado S, Barranco JÁ. Programa de condicionamiento encubierto para el autocontrol del tabaquismo: Fase exploratoria. Rev Cient Elect Psicol [revista en Internet]. 2006 [citado 11 Oct 2019];8(10):[aprox. 4p]. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/2373/

14. Cabrera GA. El modelo transteórico de comportamiento en salud. Rev Fac Nac Salud Pública [revista en Internet]. 2000 [citado 17 Mar 2019];18(2):[aprox. 9p]. Disponible en: https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/997

15. Alacán L, Aliño M, Álvarez CZ, Alcarez R, Bandera A, Bello A, et al. Manual de práctica

clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia. La Habana: ECIMED; 2002

16. UNICEF. La adolescencia temprana y tardía [Internet]. New York: UNICEF; 2018 [citado 23 Sep 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolenscencia-temprana-y-tardia.pdf

17. Aliño SM, López JR, Navarro R. Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2006 [citado 6 Jul 2018];22(1):[aprox. 6p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100009

18. Luque L, Ruíz J, Gómez C, Rodríguez A. Prevalencia de tabaquismo y grado de adicción a la nicotina en adolescentes de una escuela preuniversitaria urbana de Morelia. Rev Cubana Pediatr [revista en Internet]. 2008;80(4):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312008000400006

19. Martín MA, Echevarría E, Sánchez CM, Hernández MI, Triana M, Hernández OA. Comportamiento del tabaquismo en los adolescentes del Reparto Fructuoso Rodríguez, Cárdenas. Rev Med Electrón [revista en Internet]. 2015 [citado 24 May 2019];37(6):[aprox. 3p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000600004

20. Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. Pap poblac [revista en Internet]. 2015 [citado 3 Ene 2018];17(69):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-7425201100

21. Castillo MR, Sánchez N, Rubio R. Prevención del tabaquismo en adolescentes. Revista Conrado [revista en Internet]. 2015 [citado 23 Abr 2018];11(49):[aprox. 10p]. Disponible en: http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/RCr/article/view/581/445

22. Organización Mundial de la Salud, Organización. Panamericana de la Salud. Informe sobre Control de Tabaco para la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco [Internet]. Washington: OPS; 2016 [citado 13 Ene 2018]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28380/9789275318867_spa.pdf

23. Armendáriz NA, Rodríguez L, Guzmán FR. Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León México. Rev Eletrônica Saúde Mental Álcohol Drog [revista en Internet]. 2008 [citado 6 Feb 2019];4(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asphttp://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80340105

24. Vygotsky LS. Historia de las funciones psíquicas superiores. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1987

25. Rodríguez T, Navarro J, González C. Psicocardiología en el proceso salud-enfermedad. De la teoría a la práctica. La Habana: ECIMED; 2013