



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

La Hera-Fuentes, Gina; Torres-Ruiz, Ricardo; Rada-Noriega, Jorge Dennis
Seducción y aversión: factores de susceptibilidad y desincentivo al inicio del consumo de
tabaco entre adolescentes en Bolivia

Salud Pública de México, vol. 59, núm. 1, 2017, pp. S73-S79

Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10653144013>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Seducción y aversión: factores de susceptibilidad y desincentivo al inicio del consumo de tabaco entre adolescentes en Bolivia

Gina La Hera-Fuentes, MD, MsC Bs,⁽¹⁾ Ricardo Torres-Ruiz, Eng, MPH, MEH,⁽²⁾ Jorge Dennis Rada-Noriega, MD, MPH.⁽³⁾

La Hera-Fuentes G, Torres-Ruiz R, Rada-Noriega JD.
Seducción y aversión: factores de susceptibilidad y desincentivo al inicio del consumo de tabaco entre adolescentes en Bolivia.
Salud Pública Mex 2017;59(supl 1):S73-S79.
<http://doi.org/10.21149/7729>

Resumen

Objetivo. Analizar factores de susceptibilidad y desincentivo al inicio del consumo de tabaco en adolescentes no fumadores de Bolivia. **Material y métodos.** Análisis secundario de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes de Bolivia, 2012. Mediante una regresión logística multivariada se estimó la relación de la susceptibilidad a fumar con los factores sociales, de comportamiento y de políticas de control de tabaco. **Resultados.** Los factores de susceptibilidad a fumar fueron: amigos cercanos fumadores ($RM=1.74$), percepción de confort al fumar en eventos sociales ($RM=1.86$); observar fumadores en ambientes públicos ($RM=1.54$); promoción de cigarrillos a jóvenes ($RM=4.05$), exposición a publicidad tabacalera ($RM=2.08$) y sexo masculino ($RM=2.00$); los que desincentivan el consumo: información de los familiares sobre el tabaquismo ($RM=0.38$) y las advertencias sanitarias ($RM=0.63$). **Conclusión.** Bolivia requiere implementar mínimamente el resto de las medidas básicas del Convenio Marco del Control de Tabaco.

Palabras clave: adolescentes; susceptibilidad; consumo de tabaco; Bolivia

La Hera-Fuentes G, Torres-Ruiz R, Rada-Noriega JD.
Seduction and aversion: susceptibility and disincentive factors among 13 to 15 years old Bolivian teenagers.
Salud Pública Mex 2017;59(supl 1):S73-S79.
<http://doi.org/10.21149/7729>

Abstract

Objective. To analyze tobacco consumption susceptibility and disincentive factors among non-smoker teenagers in Bolivia. **Materials and methods.** A secondary data analysis of the Global Youth Tobacco Survey was conducted. A multivariate logistic regression was developed to estimate the relation between the susceptibility to smoke and social factors, smoking behaviour, and tobacco control policies. **Results.** Susceptibility increases by: close smoker friends ($OR=1.74$); comfort perception when smoking on social events ($OR=1.86$); observing smokers in public places ($OR=1.54$); teenager's cigarettes promotion ($OR=4.05$); exposure to tobacco advertising ($OR=2.08$); and male teenagers ($OR=2.00$). Tobacco disincentives are parental information about smoking ($OR=0.38$) and health warning labels ($OR=0.63$). **Conclusion.** Bolivia requires, at minimum, to implement the other basic measures of the Framework Convention on Tobacco Control.

Keywords: tobacco use; teenagers; susceptibility; Bolivia

(1) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS. La Paz, Bolivia

(3) Asociación Civil Empodérate. La Paz, Bolivia.

Fecha de recibido: 12 de febrero 2016 • **Fecha de aceptado:** 6 de septiembre de 2016

Autor de correspondencia: Gina La Hera Fuentes. Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS), Instituto Nacional de Salud Pública.

Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.

Correo electrónico: gina.lahera@insp.mx

Una de las principales causas de muerte prematura prevenible en Bolivia es el tabaquismo, el cual es responsable de más de 4 400 muertes anuales y tiene costos asociados de más de 209 millones de dólares estadounidenses.¹ La mayoría de las personas en el país inician su consumo alrededor de los 17 años de edad² y la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que el consumo se está incrementando en jóvenes.³ Si no disminuyen los patrones actuales de consumo, se incrementará la carga por tabaquismo con consecuencias peligrosas para las nuevas generaciones y para el sistema de salud del país.

Está demostrado que la adecuada implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) reduce el consumo de tabaco y retrasa la iniciación del tabaquismo en jóvenes.⁴⁻⁶ Este Convenio cumple 10 años y es el primer tratado mundial de salud pública que protege la vida de millones de personas;⁷ no obstante, en Bolivia, a pesar de ser un país ratificador del Convenio, su implementación es lenta y parcial. Del paquete básico de seis medidas llamado MPOWER,* la única implementada exitosamente es la de las advertencias sanitarias con pictogramas.⁸⁻¹⁰ Bolivia es el segundo país con mayor consumo de tabaco de la región, con prevalencias de 25% en la población de 15 años o más, de 18% en jóvenes de 13 a 15 años y de 14.8% en adultos; por sexo, de 21% en hombres y de 16% en mujeres jóvenes, y de 22 y 9% en adultos, respectivamente.¹¹

Pese a la elevada morbilidad por tabaquismo en Bolivia, se conoce poco sobre los factores que influyen en el inicio del consumo entre la población joven. Los estudios internacionales demuestran que la susceptibilidad al consumo de tabaco se relaciona con varios factores sociales y ambientales, así como con las estrategias de publicidad, promoción y patrocinio de tabaco.¹²⁻¹⁵

Una mejor comprensión de los factores relacionados con el inicio de consumo de tabaco en adolescentes podrá contribuir al fortalecimiento de políticas orientadas a prevenir y reducir el tabaquismo en la población boliviana.

Objetivo

Analizar factores de susceptibilidad y desincentivo al inicio del consumo de tabaco en adolescentes no fumadores de Bolivia.

* Las medidas del MPOWER son monitoreo del consumo de tabaco; protección a la población del humo de tabaco con ambientes 100% libres de humo; oferta de apoyo para dejar de fumar; advertencias sanitarias en paquetes de tabaco; cumplimiento de prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio de tabaco, y aumento de impuestos al tabaco.

Material y métodos

Se realizó un análisis secundario mediante una regresión logística, con base en los datos de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ) 2012 de Bolivia, de la Organización Panamericana de la Salud / OMS, encuesta representativa a nivel nacional y para los tres pisos ecológicos.* De un total de 2 263 jóvenes de 13 a 15 años encuestados de escuelas públicas y privadas, se obtuvo una muestra de 1 724 jóvenes *no fumadores*. Los detalles de la metodología del diseño de la EMTJ se encuentran en otro documento.¹⁶

Se define "susceptibilidad" al inicio de consumo de tabaco" o "susceptibilidad" a la condición de aquellos adolescentes que nunca fumaron, que respondieron que probablemente o definitivamente fumarán en los próximos 12 meses o que fumarán si sus amigos les ofrecen cigarrillos. Y "desincentivo al inicio de consumo de tabaco" o "desincentivo" a los factores que desaniman o disuaden de empezar a fumar. "Adolescentes jóvenes o jóvenes" se refiere a la población de 13 a 15 años de edad. "No fumadores" se refiere a quienes nunca fumaron un cigarrillo, ni siquiera una sola aspirada, según lo descrito en otros estudios.¹⁷

Se elaboró un análisis descriptivo bivariado entre susceptibilidad y factores asociados. Las variables se agruparon en factores sociales y de comportamiento hacia el tabaquismo o conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), y en factores relacionados con la implementación del CMCT (figura 1). Las diferencias en la distribución de las variables entre jóvenes susceptibles y no susceptibles fueron evaluadas mediante la prueba ji cuadrada.

Posteriormente, se realizó un modelo de regresión logística multivariada, con lo que se obtuvieron las razones de momios (RM) para medir la relación entre los factores descritos en la literatura con la susceptibilidad y el desincentivo al consumo de tabaco.

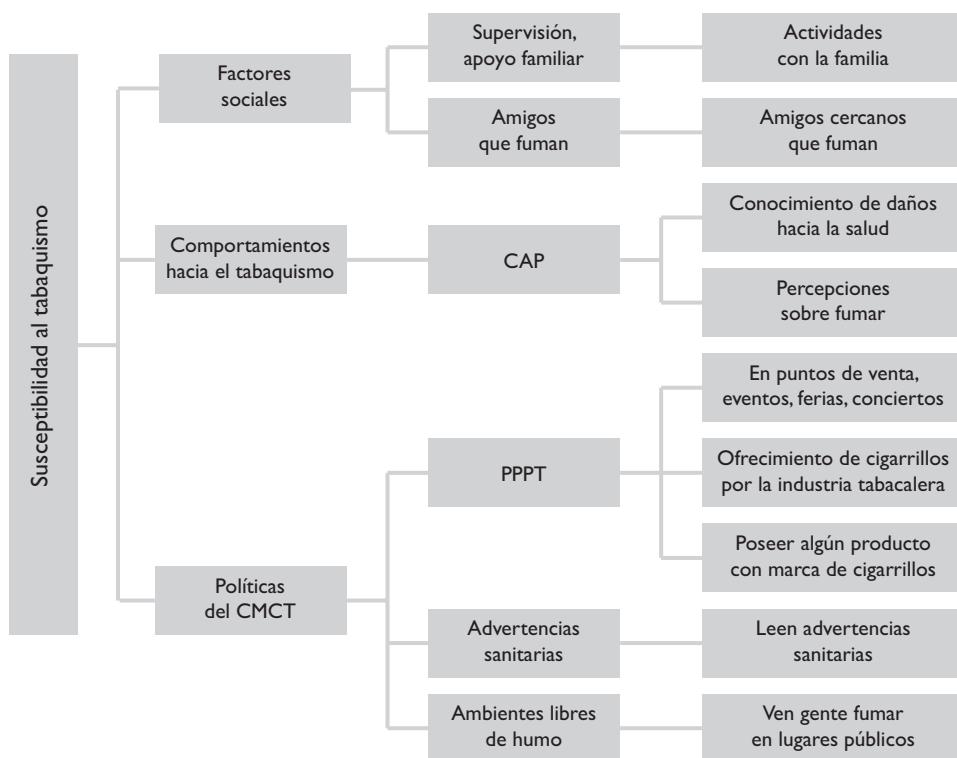
El procesamiento de la información se realizó con el paquete estadístico Stata® 12.1.‡

Resultados

Se utilizó la base de datos de la EMTJ 2012 de Bolivia, con un total de 1 724 cuestionarios completos, donde 32.5% son susceptibles a fumar y 55.3% son mujeres. Los hombres jóvenes mostraron una susceptibilidad de fumar de 41.7% y las mujeres jóvenes, de 25.1%.

* Llanos de 0 a 1 500 m.s.n.m, Valles de 1 501 a 3 000 m.s.n.m. y Altiplano de 3 001 a 4 500 m.s.n.m

‡ Hamilton L. STATA [Internet]. College Station, Texas: StataCorp, 2011.



PPPT: publicidad, promoción y patrocinio de tabaco

CAP: conocimientos, actitudes y prácticas

CMCT: Convenio Marco para el Control del Tabaco

FIGURA I. FACTORES ASOCIADOS CON LA SUSCEPTIBILIDAD DE FUMAR EN JÓVENES DE BOLIVIA. ENCUESTA MUNDIAL DE TABAQUISMO EN JÓVENES, 2012

Factores sociales

Respecto a la supervisión y apoyo familiar, 71% de los jóvenes no son susceptibles a fumar cuando los padres dan información sobre los daños del tabaquismo. El 48% de los jóvenes susceptibles a fumar no recibieron dicha información de sus padres.

Respecto al tabaquismo en amigos, 50.8% tiene amigos cercanos fumadores y su susceptibilidad a fumar es de 42%. De quienes no tienen amigos cercanos fumadores, 77.3% no es susceptible a fumar (cuadro I).

Factores de conocimientos, actitudes y prácticas

El 35% percibe que fumar les ayuda a sentirse más cómodos en eventos sociales como reuniones o fiestas, por lo que 44.7% es susceptible a fumar. En contraste, de quienes no lo perciben, 74% no son susceptibles a fumar (cuadro I).

Factores de políticas del CMCT

Se estudiaron las siguientes políticas del CMCT:

- Artículo 8: Protección contra la exposición al humo de tabaco (ambientes libres de humo).
- Artículo 11: Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco (advertencias sanitarias).
- Artículo 13: Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (PPPT).

Respecto al artículo 8, 75.4% no es susceptible a fumar en ambientes libres de humo de tabaco. La susceptibilidad a fumar es de 42.3% en ambientes donde otras personas fumaron.

Respecto al artículo 11, 72.2% de los jóvenes leyó las advertencias en paquetes de cigarrillos; en estos casos, 63.6% no es susceptible a fumar.

Respecto al artículo 13, 12.4% de los jóvenes recibió ofertas de cigarrillos gratuitos por representantes de la

Cuadro I

VARIABLES RELACIONADAS CON LA SUSCEPTIBILIDAD AL CONSUMO DE TABACO EN JÓVENES DE BOLIVIA.
ENCUESTA MUNDIAL DE TABAQUISMO EN JÓVENES, 2012

Factores	Variable	Categoría	Muestra total N=1 725		Susceptibilidad	
			%	N	% No (IC95%) N=1 219	% Sí (IC95%) N=506
Sexo	Sexo*	Mujer	55.3	935	74.9 (68.4, 80.5)	25.1 (19.5, 31.6)
		Hombre	44.7	790	58.3 (46.6, 69.1)	41.7 (30.9, 53.4)
Sociales	Padres brindan información sobre daños del tabaquismo*	No	18.3	343	52.0 (41.7, 62.1)	48.0 (37.9, 58.3)
		Sí	81.7	1 382	71.0 (64.2, 76.8)	29.0 (23.1, 35.8)
CAP	Amigos cercanos fumadores*	No	49.2	925	77.3 (67.5, 84.8)	22.7 (15.2, 32.5)
		Sí	50.8	800	58.0 (51.4, 64.3)	42.0 (35.7, 48.6)
Políticas CMCT	Percibir que fumar ayuda a sentirse más cómodos en eventos sociales*	No	65.0	1 068	74.0 (65.5, 81.1)	26.0 (18.9, 34.5)
		Sí	35.0	657	55.3 (46.9, 63.5)	44.7 (36.5, 53.2)
	Otras personas fuman en su presencia dentro de ambientes públicos*	No	55.2	1 053	75.4 (68.4, 81.3)	24.6 (18.7, 31.6)
		Sí	44.8	672	57.7 (49.3, 65.7)	42.3 (34.3, 50.7)
	Ofrecieron cigarrillos gratis a los jóvenes*	No	87.6	1 557	72.4 (66.7, 77.4)	27.6 (22.6, 33.3)
		Sí	12.4	168	32.9 (23.3, 44.3)	67.1 (55.7, 76.7)
	Exposición a publicidad mediante revistas, periódicos, carteles y en eventos sociales*	Sí	73.4	1 264	73.6 (67.5, 78.9)	26.4 (21.1, 32.5)
		No	26.6	461	50.7 (41.4, 59.9)	49.3 (40.1, 58.6)
	Los jóvenes leen las advertencias sanitarias*	No	27.8	552	63.6 (55.8, 70.7)	36.4 (29.3, 44.3)
		Sí	72.2	1 173	77.7 (70.9, 83.2)	22.3 (16.8, 29.1)

* Diferencia entre susceptibilidad y variable estadísticamente significativa $p<0.05$

CAP: conocimientos, actitudes y prácticas

CMCT: Convenio Marco para el Control del Tabaco

industria tabacalera. En este caso, 67.1% es susceptible a fumar. En los jóvenes no expuestos a esta variable, 72.4% no es susceptible a fumar. A su vez, 73.4% estuvo expuesto a publicidad de productos de tabaco en revistas, carteles de publicidad y en eventos sociales (cuadro I).

Para el análisis multivariado, los resultados del modelo se describen como factores que incrementan la susceptibilidad, tales como tener amigos cercanos fumadores ($RM=1.74$, $IC95\%: 1.16 - 2.61$); la percepción de que fumar ayuda a sentirse más cómodos en eventos sociales ($RM=1.86$, $IC95\%: 1.07 - 3.24$); gente fumando en presencia de jóvenes dentro de ambientes públicos cerrados ($RM=1.54$, $IC95\%: 1.05 - 2.26$); que representantes de la industria ofrezcan cigarrillos gratis ($RM=4.05$, $IC95\%: 2.38 - 6.91$), y estar expuestos a publicidad mediante revistas, periódicos, carteles y en eventos sociales ($RM=2.08$, $IC95\%: 1.32 - 3.27$), además del sexo masculino ($RM=2.00$, $IC95\%: 1.10 - 3.62$); y factores que desincentivan el consumo como la información por parte de padres y familiares sobre los riesgos del consumo de

tabaco y la lectura de las advertencias sanitarias, con RM de 0.38 ($IC95\%: 0.20 - 0.70$) y 0.63 ($IC95\%: 0.43 - 0.94$), respectivamente (cuadro II).

Discusión

La EMTJ 2012 de Bolivia es una fuente de información adecuada para estudiar el tabaquismo en adolescentes y como base de investigaciones más exhaustivas como la presente.

Existe una falsa percepción creada y mantenida durante décadas por la industria tabacalera que relaciona la masculinidad con el tabaquismo,^{18,19} aspecto que podría tener influencia en los varones del país. Sin embargo, actualmente hay una tendencia de marketing de tabaco dirigida hacia la mujer; por tanto, en Bolivia se requieren políticas de prevención de tabaquismo que consideren la especificidad de las características de género de hombres y mujeres y, además, entre jóvenes y adultos.²⁰

Cuadro II

RELACIÓN DE FACTORES QUE INCREMENTAN Y DESINCENTIVAN EL CONSUMO DE TABACO CON SUSCEPTIBILIDAD EN JÓVENES DE BOLIVIA. ENCUESTA MUNDIAL DE TABAQUISMO EN JÓVENES, 2012

Variable	Clasificación	RM*	p‡	IC95%
				Mujer
Sexo	Hombre	2.00	0.02	I.10 - 3.62
	No	I		
Padres brindan información sobre daños del tabaquismo	Sí	0.38	0.00	0.20 - 0.70
	No	I		
Amigos cercanos fumadores	Sí	1.74	0.01	I.16 - 2.61
	No	I		
Percibir que fumar ayuda a sentirse más cómodos en eventos sociales	Sí	1.86	0.03	I.07 - 3.24
	No	I		
Otras personas fuman en su presencia dentro de ambientes públicos	Sí	1.54	0.03	I.05 - 2.26
	No	I		
Ofrecieron cigarrillos gratis a los jóvenes	Sí	4.05	0.00	2.38 - 6.91
	No	I		
Exposición a publicidad mediante revistas, periódicos y carteles, y en eventos sociales	Sí	2.08	0.00	I.32 - 3.27
	No	I		
Leer advertencias sanitarias	Sí	0.63	0.03	0.43 - 0.94
	No	I		

* Razón de momios del modelo ajustado por las variables incluidas en la tabla

‡ Valor $p < 0.05$ estadísticamente significativo

Los jóvenes que no reciben información sobre el tabaquismo en sus hogares tienen 60% más riesgo de fumar en relación con los que reciben dicha información. Esta información es un factor que desincentiva el consumo, por lo que debe ser un componente en la educación familiar y escolar, así como en campañas en medios masivos de comunicación, especialmente de audiencia juvenil. Sin embargo, cabe recalcar que la información es solamente uno de los componentes de una política de prevención del tabaquismo integral.²¹

Para los no fumadores, tener amigos cercanos fumadores es un factor importante en la iniciación del consumo de tabaco. La influencia puede ocurrir en jóvenes con baja autoestima y dependientes de las opiniones de sus pares, con quienes comparten características, actitudes y comportamientos.²²⁻²⁴ Si los amigos o los padres fuman, hay mayor riesgo de que los adolescentes empiecen a fumar y elijan amigos fumadores.¹⁷ Adicionalmente, estudios previos muestran otros riesgos asociados como el consumo de alcohol, peleas o consumo de drogas ilegales, entre otros,²⁵ lo cual prueba la necesidad de incorporar estrategias de control del tabaco en los programas que el Estado implementa en temas de salud, seguridad y desarrollo de adolescentes.

Los ambientes públicos donde se permite fumar, además de ser altamente peligrosos para la salud,²⁶ son

un factor importante de susceptibilidad. Estudios de la región demuestran que disminuye la aceptación de fumar y se aplaza la iniciación del consumo de tabaco en jóvenes cuando se aplican políticas integrales de ambientes libres de humo de tabaco.²⁷ Adicionalmente, existe amplia evidencia de los beneficios y éxitos de la implementación de políticas de ambientes 100% libres de humo en países sudamericanos que previenen y disminuyen el consumo de tabaco y protegen la salud de la población.²⁸⁻³⁰ En Bolivia, en tanto no se implementen los ambientes 100% libres de humo de acuerdo con el CMCT, este factor seguirá presente e inducirá a los adolescentes al consumo de tabaco.

Los menores de edad están expuestos a la PPPT en lugares públicos; otros estudios también demuestran que esta exposición incrementa el riesgo de fumar.^{31,32} Pese a la prohibición de realizar actividades de marketing dirigidas a menores de edad,³³ en Bolivia no hay ninguna institución estatal o municipal que controle las actividades de marketing del tabaco, el cual es engañoso y en muchas ocasiones está dirigido a los más jóvenes.^{22,34,35} La prohibición de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio es uno de los aspectos clave que debe ser abordado en programas de control del tabaco nacionales, puesto que su prohibición total reduce la susceptibilidad a fumar.^{35,36}

Las advertencias sanitarias introducidas en 2011 probaron ser considerablemente visibles entre los adolescentes. Sumado a los beneficios conocidos,³⁷ el presente estudio demuestra que las advertencias adecuadas³⁸ tienen un efecto protector en no fumadores y desincentivan el inicio del consumo de tabaco. No obstante, estas advertencias deben ser sujetas a mejoras periódicas para mantener sus beneficios;³⁹ en este marco, el empaquetado genérico de productos de tabaco tendría mayores efectos en reducir la susceptibilidad.

Para prevenir y reducir el consumo de tabaco entre la población de Bolivia se necesita abordar varios factores sociales e individuales, así como los relacionados con la venta y consumo de productos de tabaco. La manera eficaz de lograr este desafío es la implementación adecuada de las seis medidas del paquete básico MPOWER⁴⁰ del CMCT de manera simultánea, además de las otras medidas y protocolos que forman parte del Convenio.

Los programas exitosos de control del tabaco dirigidos a jóvenes deben incluir ambientes 100% libres de humo, campañas masivas de comunicación, mejores advertencias sanitarias, aumento de impuestos al tabaco, tratamiento para dejar de fumar y prohibición de PPPT, entre otros.⁴¹

Bolivia requiere fortalecer sustancialmente su marco normativo de control del tabaco y los mecanismos de cumplimiento de la ley, como lo hizo el resto de los países de Sudamérica que han avanzado en la implementación del CMCT. Estos países han sorteado las barreras de implementación y, en muchos casos, enfrentando decididamente los intereses de la industria tabacalera.

El compromiso político de todas las instancias gubernamentales y de la sociedad civil, en un esfuerzo conjunto⁴² orientado a prevenir y reducir el tabaquismo, es un componente crítico para lograr frenar la epidemia, lo que resultará en el mejoramiento trascendental de la salud y de las condiciones de desarrollo de los adolescentes jóvenes, y en la disminución de la carga sanitaria y social del tabaquismo en Bolivia.

Agradecimientos

Al equipo de funcionarios de los Ministerios de Salud y de Educación de Bolivia, que realizaron las encuestas de la EMTJ 2012; a Linda Anton de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos en Atlanta por el procesamiento de los resultados de las encuestas; a Adriana Blanco, Rosa Sandoval y Roberta Caixeta del Programa Regional de Control de Tabaco de la Organización Panamericana de la Salud, por su valiosa colaboración en la realización de la EMTJ; y al

equipo dirigido por Luz Myriam Reynales del Instituto Nacional de Salud Pública de México por su esfuerzo y compromiso en la difusión de la información de control del tabaco de los países de la región.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Pichon-Riviere A, Bardach A, Caporale J, Alcaraz A, Navia-Bueno M, Augustovski F. Radiografía del tabaquismo en Bolivia. Muerte, enfermedad y costos atribuibles al tabaco para el año 2013. Buenos Aires, Argentina: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria - IECS, 2014 [consultado el 23 de septiembre de 2015]. Report No.: IECS N° 14. Disponible en: <http://www.paho.org/bol/images/docs/tabaquismoenbolivia.pdf>
2. Alcaraz F, Sempéregui S. Consumo de drogas en Bolivia 1992-2010. La Paz, Bolivia: Centro Latinoamericano de Investigación Científica - CELIN, 2010:31-38.
3. World Health Organization. Tobacco Free Initiative (TFI). About youth and tobacco [internet] [consultado el 23 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/research/youth/youth/en/>
4. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. World Health Organization; 2013 Report No.: 4 [consultado el 4 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/
5. Nikogosian H. WHO Framework Convention on Tobacco Control: a key milestone. Bull World Health Organ 2010;88(2):83. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.10.075895>
6. Blanco A. Seis años que cambiaron el control del tabaco en el Uruguay: lecciones aprendidas. Washington, DC, USA: Organización Panamericana de la Salud, 2007.
7. WHO FCTC celebrates its 10th anniversary [internet]. [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/fctc/mediacentre/news/2015/ten_anniversary/en/
8. Blanco A, Sandoval R, Caixeta R, eds. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre control del tabaco para la región de las Américas. 2013 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23415&Itemid=2708&lang=en
9. Rada JD. Advertencias sanitarias en los productos de tabaco: la experiencia en Bolivia. Estudio de Caso. En: Thrasher JF, Reynales LM, Lazcano E, Hernández-Ávila M, eds. Advertencias sanitarias en América Latina y el Caribe. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013:88-97 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/2730-salud-publica-y-tabaquismo-volumen-ii-advertencias-sanitarias-en-america-latina-y-el-caribe.html>
10. Rodríguez P. Ley Antitabaco funciona a medias. Revista legal LEX, 2009 [consultado el 16 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.revistalex.com/ley-antitabaco-funciona-a-medidas/>
11. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la Epidemia Mundial del Tabaquismo, 2011. Italia; 2011 [consultado el 16 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/es_index.html
12. Guindon GE, Georgiades K, Boyle MH. Susceptibility to smoking among South East Asian youth: a multilevel analysis. Tob Control 2008;17(3):190-197. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2007.022285>
13. CDC, Office on Smoking and Health, US. Chapter 4. Factors influencing tobacco use among women. En: Office on Smoking and Health (US). Women and smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA):

- Centers for Disease Control and Prevention (US); 2001. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44302/>
14. Agaku IT, Omaduvie UT, Filippidis FT, Vardavas CI. Cigarette design and marketing features are associated with increased smoking susceptibility and perception of reduced harm among smokers in 27 EU countries. *Tob Control* 2014;24(e4):233-240. <http://dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2014-051922>
15. Koh HK, Alpert HR, Judge CM, Caughey RW, Elquira LJ, Connolly GN, et al. Understanding worldwide youth attitudes towards smoke-free policies: an analysis of the Global Youth Tobacco Survey. *Tob Control* 2011;20(3):219-225. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2010.038885>
16. Rada JD. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMT) 2012. Bolivia: Organización Panamericana de la Salud, 2013:102 [consultado el 15 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31068>
17. Vries H de, Engels R, Kremers S, Wetzels J, Mudde A. Parents' and friends' smoking status as predictors of smoking onset: findings from six European countries. *Health Educ Res* 2003;18(5):627-636. <https://doi.org/10.1093/her/cyg032>
18. Cortese DK, Ling PM. Enticing the new lad: masculinity as a product of consumption in tobacco industry—developed lifestyle magazines. *Men Masculinities* 2011;14(1):4-30. <http://dx.doi.org/10.1177/1097184X09352177>
19. Ng N, Weinshall L, Öhman A. "If I don't smoke, I'm not a real man"—Indonesian teenage boys' views about smoking. *Health Educ Res* 2007;22(6):794-804. <https://doi.org/10.1093/her/cyl104>
20. Amos A, Greaves L, Nicther M, Bloch M. Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. *Tob Control* 2012;21(2):236-243. <http://dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050280>
21. Valdés-Salgado R, Thrasher J, Sánchez-Zamorano LM, Lazcano-Ponce E, Reynales-Shigematsu LM, Meneses-González F, et al. Los retos del convenio marco para el control del tabaco en México: un diagnóstico a partir de la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes. *Salud Pública Mex* 2006;48:s5-s16. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-3634200600700003>
22. Borzekowski DLG, Cohen JE. International Reach of Tobacco Marketing Among Young Children. *Pediatrics* 2013;132(4):e825-e831. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-1150>
23. Villena-Ferrer A, Morena-Rayó S, Párraga-Martínez I, González-Céspedes MD, Soriano-Fernández H, López-Torres Hidalgo J. Factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes. *Rev Clínica Med Fam* 2009;2(7):320-325. <http://dx.doi.org/10.4321/s1699-695x2009000200002>
24. Lakon CM, Wang C, Butts CT, Jose R, Timberlake DS, Hipp JR. A dynamic model of adolescent friendship networks, parental influences, and smoking. *J Youth Adolesc* 2015;44(9):1767-1786. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-014-0187-7>
25. Dearden KA, Crookston BT, De La Cruz NG, Lindsay GB, Bowden A, Carlson L, et al. Teens in trouble: cigarette use and risky behaviors among private, high school students in La Paz, Bolivia. *Rev Panam Salud Pública* 2007;22(3):160-168. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-4989200700080002>
26. Glantz SA, Parmley WW. Even a little secondhand smoke is dangerous. *J Am Med Assoc* 2001;286(4):462-463. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.286.4.462>
27. Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, Orleans CT, Barker DC, Ruel EE. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ* 2000;321(7257):333-337. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7257.333>
28. Blanco-Marquizo A, Goja B, Peruga A, Jones MR, Yuan J, Samet JM, et al. Reduction of secondhand tobacco smoke in public places following national smoke-free legislation in Uruguay. *Tob Control* 2010;19(3):231-234. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2009.034769>
29. Schoj V, Alderete M, Ruiz E, Hasdeu S, Linetzky B, Ferrante D. The impact of a 100% smoke-free law on the health of hospitality workers from the city of Neuquén, Argentina. *Tob Control* 2010;19(2):134-137. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2009.032862>
30. Sebrié EM, Sandoval E, Hyland A, Bianco E, Glantz SA, Cummings KM. Hospital admissions for acute myocardial infarction before and after implementation of a comprehensive smoke-free policy in Uruguay. *Tob Control* 2013;22:e16-e20. <http://dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050134>
31. Kostova D, Blecher E. Does Advertising Matter? Estimating the impact of cigarette advertising on smoking among youth in developing countries. *Contemp Econ Policy* 2013;31(3):537-548. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1465-7287.2012.00323.x>
32. Pierce JP, Gilpin E, Burns DM, Whalen E, Rosbrook B, Shopland D, et al. Does tobacco advertising target young people to start smoking? Evidence from California. *JAMA* 1991;266(22):3154-3158. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1991.03470220070029>
33. Honorable Congreso Nacional. Ley 3029 "Convenio marco para el Control de Tabaco", 30 de abril de 2005. La Paz: Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 2005. Disponible en: <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo>
34. Sociedad Americana del Cáncer, Alianza para el Convenio Marco, Campaña para Niños Libres del Tabaco. Como se vende muerte... Washington DC: TFK, 2008:w20.
35. Moodie C, MacKintosh AM, Brown A, Hastings GB. Tobacco marketing awareness on youth smoking susceptibility and perceived prevalence before and after an advertising ban. *Eur J Public Health* 2008;18(5):484-490. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn016>
36. Feighery E, Borzekowski DLG, Schooler C, Flora J. Seeing, wanting, owning: the relationship between receptivity to tobacco marketing and smoking susceptibility in young people. *Tob Control* 1998;7(2):123-128. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.7.2.123>
37. Tobacco Free Initiative. Showing the truth, saving lives: the case for pictorial health warnings. United States of America: Pan American Health Organization, 2009: 30 [consultado el 10 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2009/materials/brochure/en/>
38. Tercera Conferencia de las Partes OMS - CMCT. Directrices para la aplicación del artículo 11 del CMCT sobre empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco. Durban, Sudáfrica: Conferencia de las Partes de la OMS, 2008: 14 [consultado el 22 de junio de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/article_11/es/
39. Hammond D, Fong GT, McNeill A, Borland R, Cummings KM. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006;15(suppl 3):iii19-iii25. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2005.012294>
40. Organización Mundial de la Salud. MPOWER, Informe OMS Sobre La Epidemia Mundial De Tabaquismo. Francia: OMS, 2008: 329 [consultado el 13 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/es/
41. Wakefield M, Chaloupka F. Effectiveness of comprehensive tobacco control programmes in reducing teenage smoking in the USA. *Tob Control* 2000;9(2):177-186. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.9.2.177>
42. Reynales LM, Thrasher JF, Lazcano E, Hernández M, editores. Salud pública y tabaquismo, vol. I. Políticas para el control del tabaco en México. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013:270 [consultado el 13 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.insp.mx/producción-editorial/novedades-editoriales/2729-salud-pública-y-tabaquismo-volumen-i-políticas-para-el-control-del-tabaco-en-méxico.html>