



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Ciencias Biomédicas

TESIS DOCTORAL

*Estudio epidemiológico y educativo en
prevención del tabaquismo en estudiantes
extremeños/as. Facultad de Educación y
Facultad de Formación del Profesorado*

María José Antona Rodríguez

Badajoz 2008

***Edita: Universidad de Extremadura
Servicio de Publicaciones***

Caldereros 2. Planta 3^a
Cáceres 10071
Correo e.: publicac@unex.es
<http://www.unex.es/publicaciones>



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Ciencias Biomédicas

TESIS DOCTORAL

*Estudio epidemiológico y educativo en prevención del
tabaquismo en estudiantes extremeños/as. Facultad de
Educación y Facultad de Formación del Profesorado*

Tesis Doctoral presentada por D^a M^a **José Antona Rodríguez**. Dirigida por los profesores **Dr. D. Manuel Pérez Miranda** CU de Patología y Clínica Médica y **Dra. D^a María Jesús Miranda Velasco**, PC de Ciencias de la Educación de la Universidad de Extremadura.

Visto bueno para su defensa. Los directores de la Tesis.

Fdo. Dr. D. Manuel Pérez Miranda

Fdo. Dra. D. Jesús Miranda Velasco



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Ciencias Biomédicas

MANUEL PÉREZ MIRANDA, CU. de Patología y Clínica Médica de la Universidad de Extremadura y MARIA JESÚS MIRANDA VELASCO, PC. del Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Extremadura, CERTIFICAN:

Que la Tesis Doctoral realizada por Doña M. José Antona Rodríguez con el título **“Estudio epidemiológico y educativo en prevención del tabaquismo en estudiantes extremeños. Facultad de Educación y Facultad de Formación del Profesorado”** bajo nuestra dirección, reúne los requisitos necesarios de calidad, originalidad y presentación para optar al grado de Doctor, y está en condiciones de ser sometida a valoración de la Comisión encargada de juzgarla.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmamos la presente en Badajoz, a 7 de Noviembre de dos mil siete

Fdo. Dr. D. Manuel Pérez Miranda

Fdo. Dra. D. Jesús Miranda Velasco

A mi padre José María

A mi madre Pilar

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento a mis Directores, al Dr. D. Manuel Pérez Miranda, que ha sabido orientarme como auténtico maestro y a la Dra. D^a M. Jesús Miranda Velasco, cuya ayuda ha sido decisiva para la culminación de esta Tesis Doctoral, personas dispuestas en todo momento a colaborar en la realización de este trabajo.

A mis padres, que siempre me han reconfortado y animado a trabajar. A José María, mi padre, Doctor en Medicina y Profesor UEX, del que me siento especialmente orgullosa, cuya vida dedicada generosamente a los enfermos y a la Neumología ha dejado una memoria de eficacia y respeto que le pervive, causa de haber seguido sus pasos y según su deseo de realizar mi Tesis Doctoral. Estoy segura que se sentirá satisfecho de mi trabajo. A Pilar, mi madre, trabajadora infatigable por su infinito cariño y paciencia, sabiendo estar a mí lado en todos los momentos mostrándome siempre su incondicional apoyo.

A mi Tutora de Residencia la Neumóloga Dra. Márquez Pérez, por su ayuda permanente y buenos consejos personales y profesionales. Al Profesor de la UEX Dr. Fuentes Otero por su cotidiana entrega al trabajo como Neumólogo, del que he aprendido muchas cosas. Al Profesor Dr. León del Barco, gran persona que me demostró en todo momento generosidad y comprensión, respondiendo diligentemente a mis demandas. A mi amiga entrañable Esperanza Marina.

Al profesorado y alumnado de la Facultad de Educación de Badajoz y de la Facultad de Formación del Profesorado de Cáceres, por su buena disposición facilitándome tiempo y espacio para poder llevar a cabo una parte importante de la realización de esta Tesis Doctoral.

Finalmente a mi familia y amigos, que han confiado en mí, me han dado apoyo y animado a realizar esta investigación con entusiasmo.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....17

1ª PARTE: PLANTEAMIENTO TEÓRICO 23

Capítulo 1: El tabaquismo un problema prioritario de Salud Pública. Aspectos epidemiológicos del tabaquismo 25

1.1. Magnitud del problema del consumo de tabaco..... 27

1.1.1. Percepción del riesgo y actitudes frente al tabaquismo 32

1.1.2. Tabaquismo pasivo..... 35

1.2. Aspectos epidemiológicos del tabaquismo41

1.2.1. Prevalencia del consumo de tabaco 47

1.2.1.1. Prevalencia del consumo de tabaco en España51

1.2.1.2. Prevalencia del consumo de tabaco en Extremadura 58

1.2.2. Morbilidad y mortalidad relacionada con el consumo de tabaco 63

1.2.2.1. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en Europa.....	66
1.2.2.2. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España.....	69
1.2.2.3. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en Extremadura	72
1.3. Adolescentes y consumo de tabaco. Problemas prioritarios producidos como consecuencia del consumo de tabaco	78
1.3.1. Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes.....	78
1.3.2. Edad de inicio de consumo de tabaco	86
1.3.3. Diferencias de género en el consumo de tabaco	88
Bibliografía del Capítulo 1	94

Capítulo 2: Estado de la cuestión en prevención del tabaquismo en el marco internacional, nacional y en Extremadura.....	111
2.1. Marco internacional de referencia. Medidas legislativas	113
2.1.1. Estrategias multisectoriales de la lucha antitabáquica.....	116
2.2. Marco nacional de referencia. Medidas legislativas	124
2.2.1. Plan Nacional de Prevención y Control del tabaquismo 2003-2007.....	132
2.2.2. Marco Autonómico: Extremadura	142

2.2.2.1. Plan de prevención y Tratamiento del tabaquismo de la Comunidad Autónoma de Extremadura 2001-2004	154
2.2.2.2. Plan de Salud de Extremadura 2005-2008.....	157
2.2.2.3. Informe Salud Pública 2005	164
2.2.2.4. Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2005/2008.....	166
2.2.2.5. Plan Marco de Educación para la Salud en la Comunidad Autónoma de Extremadura 2007-2012	167
2.2.3. Actividades de prevención en la Comunidad Autónoma de Extremadura.....	167
Bibliografía.....	169

Capítulo 3: La prevención del tabaquismo en el contexto educativa.....	177
3.1. La conducta de fumar en niños/as, adolescentes y jóvenes	179
3.1.1. Características del inicio del consumo de tabaco en los jóvenes	182
3.1.2. Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco	189
3.1.2.1. Consumo de tabaco en la población escolar	205
3.1.3. Etapas de iniciación y mantenimiento de la conducta de fumar.....	217

3.1.3.1. Etapas de iniciación	217
3.1.3.2. Mantenimiento y consolidación de la conducta de fumar	223
3.2. Programas preventivos de tabaquismo: una revisión	230
3.2.1. Programas preventivos de tabaquismo desarrollados en el contexto educativo.....	238
3.3. El rol del profesor en la prevención del tabaquismo	260
3.4. Universitarios y consumo de tabaco	265
Bibliografía.....	272

2ª Parte: DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN 311

Capítulo 4: Material y Métodos..... 313

4.1. Objetivos e Hipótesis de la investigación.....	315
4.2. Descripción de la muestra.....	318
4.2.1. Participación de hombres y mujeres.....	323
4.2.2. Participación según las diversas Especialidades	324
4.2.3. Participación de hombres y mujeres según la Especialidad	325
4.2.4. Participación según la pertenencia al campus universitario	326
4.3. Descripción de los instrumentos.....	327

4.4. Descripción de las variables	329
4.5. Diseño de la investigación.....	334
4.6. Procedimiento de análisis de datos.....	336
4.7. Tratamiento estadístico.....	337
Capítulo 5: Resultados. Análisis e interpretación.....	339
5.1. Análisis de la prevalencia	342
5.1.1. Prevalencia de tabaquismo	343
5.1.2. Prevalencia de tabaquismo según sexo.....	344
5.1.3. Prevalencia de tabaquismo según Especialidad	345
5.1.4. Prevalencia de tabaquismo según campus universitario	347
5.1.5. Edad de inicio de consumo de tabaco.....	348
5.1.6. Años de consumo tabáquico	349
5.1.7. Consumo diario de cigarrillos	350
5.1.8. Abandono del consumo.....	351
5.1.9. Medios para el abandono del consumo	352
5.1.10. Éxito al dejar de fumar.....	353
5.2. Análisis de los conocimientos respecto al tabaquismo.....	354
5.2.1. Conocimientos por Especialidades	355
5.2.2. Enfermedades que produce el consumo de tabaco	357

5.3. Formación recibida en prevención de tabaquismo	363
5.4. Análisis inferencial	364
Capítulo 6: Discusión.....	447
Capítulo 7: Conclusiones.....	463
ANEXO 1: Cuestionario.....	469
Bibliografía	481

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una forma de drogodependencia. Es una enfermedad adictiva crónica definida por el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), avalada por la Organización Mundial de la Salud. En la actualidad está considerado uno de los más importantes problemas que afectan a la Salud Pública, al ser el tabaco una droga muy accesible para cualquier ciudadano, tanto por la facilidad de adquisición como de consumo. El tabaquismo es la principal causa de morbi-mortalidad prematura, prevenible en los países desarrollados, siendo España uno de los países con más elevada prevalencia como nos revela la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, donde el 30% de la población mayor de 16 años fumaba.

La relación entre el consumo de tabaco y las principales enfermedades crónicas está ampliamente demostrada. Enfermedad y mortalidad que se puede prevenir y que explica el interés de la intervención político-sanitaria-educativa imponiendo normas legislativas y prácticas saludables dirigidas a controlar costes humanos y consecuentemente asistenciales y económicos. Es, sin duda la prevención e intervención en los problemas de Salud Pública la que evitará el futuro desarrollo de las patologías secundarias asociadas al consumo de tabaco.

Desde que los europeos descubren el tabaco en 1492, les ha acompañado en un recorrido histórico con fines medicinales, sociales y culturales indiscutibles, hasta convertirse hoy en un problema sanitario de primera magnitud. Probablemente no exista otro producto que en tan sólo cuatro siglos se haya extendido como lo hizo el tabaco y que, en la actualidad, su consumo produzca tanta morbi-mortalidad. El crecimiento sostenido del cáncer de pulmón en las últimas décadas se debe, en gran medida, al impacto del tabaco, cuyo consumo presenta alta prevalencia en adultos y también en jóvenes que se inician en él a edades cada vez más precoces. Se ha comprobado que una forma viable para disminuir la incidencia y la mortalidad por enfermedades derivadas del tabaquismo es, sin ninguna duda, la reducción de su consumo, que, al ser adictivo, requiere una serie de acciones concretas. Por ello se hace necesario valorar el estado de la cuestión del tabaquismo, para después poner en práctica

la prevención e intervención, y así conseguir una disminución de la prevalencia, siendo más eficaz, sin duda, la acción preventiva que evita el inicio que el abandono del hábito del fumador.

La adicción al tabaco ha sido una práctica admitida socialmente en España hasta la aplicación reciente de la nueva Ley Antitabaco (28/2005 del 26 de diciembre), que ha marcado un momento de inflexión en la sociedad española, pero con más impacto social que, a nuestro entender, educativo. Las últimas Encuestas Nacionales de Salud realizadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo muestran el alto índice de fumadores de nuestro país y cómo la Comunidad Autónoma Extremeña supera la media nacional en fumadores y fumadoras. También los escolares extremeños presentan altos índices de consumo superiores a la media nacional, siendo la edad media de inicio cada vez más precoz, pues en nuestra sociedad industrializada el tabaquismo no sólo afecta a gran número de adultos, sino también a jóvenes, e incluso niños/as que se inician en edades muy tempranas, excepcionalmente incluso a los 10 y 11 años.

El tabaquismo en Extremadura puede generar un importante problema de Salud Pública a corto y largo plazo, teniendo en cuenta el alto grado de adicción que presenta y la gran dificultad que conlleva la deshabituación tabáquica. El objeto de estudio elegido para la elaboración de esta Tesis Doctoral por tanto, ha sido la Comunidad Autónoma de Extremadura a través de la Universidad en sus dos *campus*, seleccionando como población diana a los futuros maestros y maestras, es decir al alumnado de Magisterio y Psicopedagogía, de la Facultad de Educación de Badajoz e igualmente de la Facultad de Formación del Profesorado y de Educación Social de Cáceres, ambos futuros formadores. La juventud universitaria es un modelo social no sólo para otros jóvenes sino también para toda la sociedad, por ello consideramos muy significativo trabajar en esta etapa formativa de los futuros profesionales de la educación, pues permite no sólo valorar su información y su percepción del tabaquismo como problema sino también el grado de formación que reciben, pues, como posibles mediadores eficaces, pueden convertirse en dinamizadores o promotores de

salud desde la idea de la educación como forjadora de cambios de vida más saludables.

La educación puede permitir que la sociedad modifique hábitos, actitudes y modelos. Judith Mackay reafirma la educación como freno en la lucha contra el tabaco, e incide en la idea de éste no como libertad sino como esclavitud.

Si el aula es el lugar por excelencia donde se modifican los conocimientos, hábitos, actitudes y creencias en permanente contacto con la sociedad, los maestros/as deben colaborar con los profesionales sanitarios en el deseado cambio, que no se producirá si aquellos no están suficientemente informados o sensibilizados.

La sociedad del siglo XXI, donde está inserta la escuela, tiene muchos retos, y uno de ellos sería una mayor implicación en hábitos de vida saludable como medida de prevención con el fin de adquirir nuevas conductas espontáneas, no impuestas y favorables a la salud. La Ley Orgánica General de Educación (1981) permitió introducir en las aulas universitarias de Formación del Profesorado una nueva disciplina Educación para la Salud que, al ser optativa, mantiene un protagonismo escaso en cuanto al número de horas y al reducido número de alumnos/as matriculados en ella, con las consecuentes implicaciones formativas. Hoy la LOE, Ley Orgánica 2/2006 del 3 de mayo de Educación (Decreto 82/2007, 24 abril) establece el currículo de Educación Primaria para la Comunidad Autónoma de Extremadura (DOE nº 50, 3 mayo 2007, p.7825), recogiendo y acrecentando la sensibilidad hacia prácticas de vida más saludables, ocupándose de la prevención y detección de riesgos para la salud y especialmente de “Riesgos del tabaquismo”. Es por ello que las necesidades formativas abiertas precisan, a nuestro entender, de una mayor intervención de los Profesionales sanitarios, verdaderos protagonistas de estos conocimientos.

Paralelamente mi práctica médica hospitalaria como Neumóloga, en el Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz, me ha permitido constatar el significado del tabaquismo en nuestra Comunidad Autónoma, convertido hoy en

la principal causa de cáncer de pulmón, tanto en varones como desgraciadamente, también en los últimos años el incremento de la patología en las mujeres.

Mi reflexión y deseo de ayudar a los fumadores, así como la necesidad de evitar la iniciación al consumo, ha sido, en gran medida, el elemento motivador y configurador de esta Tesis Doctoral, en la que junto al imprescindible y necesario factor sanitario que protagonizo por mi formación académica y práctica, he introducido el importante pilar de la educación, pues la unión de ambos puede ayudar a invertir la situación real del tabaquismo en Extremadura, donde muchos niños y niñas afirman haber comenzado a fumar antes de los 13 años.

PRIMERA PARTE

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

El tabaquismo un problema prioritario de salud pública. Aspectos epidemiológicos del Tabaquismo

1.1. Magnitud del problema de consumo de tabaco.

El consumo de tabaco es el principal problema de Salud Pública en los países desarrollados al aparecer asociado a más de 25 enfermedades, representando uno de los factores de riesgo más importantes para la salud de la población mundial, siendo la primera causa de mortalidad y morbilidad prematura y evitable.¹ Muchos estudios y numerosos Informes han puesto de manifiesto los efectos nocivos que el tabaco tiene para la salud y han establecido la relación entre su consumo y la elevada morbi-mortalidad para la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 4,9 millones de personas mueren al año como consecuencia del tabaco al tiempo que prevé que en el año 2030 se producirán 10 millones de muertes que afectarán a los individuos que fuman actualmente.² Un extenso Informe de la mortalidad en los países desarrollados durante el periodo 1950-2000 estimaba que al menos 50 millones de muertes en hombres y 10 millones en mujeres podrían ser atribuidas al consumo de tabaco en personas mayores de 35 años.³ La relación entre el consumo de tabaco y las principales enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, entre otras) está ampliamente demostrada, existiendo evidencia científica sobre la reducción del riesgo de muerte por dichas enfermedades tras la cesación del hábito de fumar. Además los riesgos de muerte de los exfumadores son inferiores a los de los fumadores actuales, y casi se igualan al riesgo del nunca fumador al cabo de unos 10-15 años de abandono.⁷

Según un Informe de la OMS sobre la Salud en Europa del año 2002, el número anual de muertes atribuibles al tabaco sería de 1,2 millones de personas, lo que constituye un 14% de todos los fallecimientos, con un promedio de pérdida de esperanza de vida de 20 años. En la parte oriental de Europa, el 20% de todos los hombres de 35 años fallecerán antes de alcanzar los 69 años por alguna enfermedad derivada del consumo de tabaco, constituyendo el doble de las ocurridas en la región occidental. Si no se varía la prevalencia, se estima que antes del 2020 los cigarrillos serán responsables del 20% de los fallecimientos producidos en Europa.⁴

Se ha valorado, así mismo, una fuerte relación dosis-respuesta y de duración de la exposición al hábito en el caso de la producción de cardiopatía isquémica. Los fumadores tienen un aumento del 70% de probabilidad de tener cardiopatía isquémica mortal, y un aumento mayor del 70% de tener cardiopatía isquémica no mortal o muerte súbita.

En cuanto a la enfermedad cerebrovascular no se ha encontrado una relación causal tan importante, aunque la presencia de hipertensión arterial sí tiene un efecto multiplicador, de modo que, en varones de mediana edad no hipertensos, el tabaquismo duplica el riesgo de accidente cerebrovascular, pero entre los hipertensos este riesgo es 12 veces mayor que el de los normotensos no fumadores, quedando clara la importante asociación entre tabaquismo e hipertensión arterial y el aumento de la morbi-mortalidad.

Demostrado el papel etiológico del tabaco causante de cáncer, el riesgo de muerte por esta patología entre los fumadores es entre dos y cuatro veces más alto que entre los no fumadores, siendo el tabaco el responsable de un 85% de los cánceres de pulmón. En el año 1985 la Agencia Internacional de Investigaciones contra el Cáncer (IARC) estableció que el tabaco, además del cáncer de pulmón, estaba asociado al cáncer de laringe, orofaringe, esófago, vejiga, riñón y páncreas. Una revisión reciente añade a ésta lista el cáncer de estómago, hígado, nariz y la leucemia mieloide.

Además de estos riesgos generales asociados al tabaquismo, las mujeres fumadoras tienen unos riesgos adicionales para la salud específicos de su sexo, ya que el consumo de tabaco puede influir en su equilibrio hormonal; en concreto puede contribuir a una reducción de la fertilidad y a un aumento del riesgo de menopausia precoz, así mismo es un factor que contribuye a la pérdida de calcio ósea y por tanto a la osteoporosis en la mujer en fase posmenopáusica. En cuanto al consumo de tabaco durante el embarazo, éste se ha asociado con un mayor riesgo de aborto espontáneo, complicaciones durante la gestación, muerte fetal, partos prematuros, bajo peso al nacer y muerte del neonato. También sabemos que aumenta el riesgo de muerte súbita del niño y se asocia

con una serie de consecuencias a largo plazo para su salud (capacidad pulmonar reducida, mayores tasas de infección...).

Aproximadamente 30 de cada 100 europeos adultos fuman cigarrillos a diario. En los países de la Unión Europea se estima que uno de cada 10 adultos fumadores morirá a causa de los efectos del tabaco, razón que se eleva a uno de cada cinco en los países del este de Europa. Sabemos que la prevalencia de fumadores desciende entre los hombres adultos en algunos países de la Unión Europea, mientras que aumenta en las mujeres, sobre todo jóvenes, del Sur y del Este de Europa. Por todo lo expuesto, el único modo de erradicar la epidemia de tabaquismo y sus consecuencias en los fumadores y en los no fumadores debe ser el controlar el consumo de tabaco y su prevención poniendo en práctica acciones educativas, clínicas, reglamentarias, económicas y globales,...^{5, 6}

Erradicar la epidemia de tabaquismo tiene que ir unido a la prohibición de su consumo en general, a la prohibición real de la publicidad directa e indirecta, a la reducción de su cultivo, y al incremento de las políticas de precios, como señala Judith Mackay, principal asesora de Naciones Unidas en la lucha contra el tabaco: *“la única forma de rebajar el consumo de tabaco es aumentando radicalmente sus impuestos”*. Estas acciones se deben diseñar, coordinar e implantar en y desde los diferentes sectores involucrados en la lucha contra el tabaco como son la educación, la Salud Pública, la economía, la industria, la justicia, según se considere oportuno y, sin duda, con la participación de redes civiles (organizaciones no gubernamentales, de afectados, grupos de presión, etcétera), y deben ser animadas desde los diferentes niveles administrativos (local, regional, nacional) con la decisiva participación de los Organismos y Organizaciones supranacionales.⁸

En España, según la Encuesta Nacional de Salud de 2006, el 30% de la población mayor de 16 años es fumadora, con una tendencia al consumo ligeramente decreciente entre 1987 (38%) y 1993 (36%), según demuestran los datos obtenidos de la Encuestas Nacionales de Salud del año 1987 y posteriormente en el año 1993.^{9,10} Disponemos de datos que confirman que en

el año 1995 existió un pequeño incremento del consumo (36,9%), siendo el porcentaje de varones fumadores superior a las mujeres fumadoras (47,2% frente al 27,2%). Aparte de la elevada prevalencia a lo largo de estos años, lo que nos parece más preocupante es el incremento del consumo de tabaco en la mujer, existiendo una tendencia creciente en el número de mujeres fumadoras que se incorporan al hábito.¹¹

Otro punto importante a considerar lo constituyen los adolescentes, pues se estima que entre los adolescentes españoles escolarizados un 49% ha probado el tabaco y el 24% es fumador actual (13% diario y 10% ocasional), siendo también la proporción de chicas fumadoras superior a la de los chicos (27% chicas frente al 20% de chicos). El análisis de la tendencia, muestra que el tabaquismo en la actualidad es un fenómeno que afecta más a los adolescentes.

12

La exposición pasiva al humo de tabaco en el hogar ha sido un parámetro menos estudiado en España.²⁸ Los datos existentes proceden de servicios de Neumología y Alergia pediátrica y demuestran que al menos un 47% y hasta un 75% de los niños son fumadores pasivos en el hogar, ^{13,14} datos que indican una elevada exposición ambiental a la que se hallan sometidos los niños y niñas españoles. El tabaquismo pasivo provocó más de 6300 muertes en España durante el año 2006, siendo la tercera causa de muerte evitable en los países desarrollados según el Comité Nacional de Prevención Tabaquismo (CNPT).

Continuando con el análisis de la magnitud del problema, otro dato importante a tener en cuenta es a qué edad los jóvenes comienzan el consumo. Existe bastante homogeneidad en cuanto a la edad de inicio del consumo entre los diversos estudios que señalan una edad entre los 12 y 15 años de edad, ¹⁵⁻²⁰ aunque se está detectando que el contacto con el cigarrillo se realiza hoy en edades incluso inferiores, siendo a los 10 y 11 años de edad.²¹ Con el incremento de la edad en el adolescente, se detecta un aumento progresivo del número de fumadores regulares, de los que han fumado alguna vez y del número de cigarrillos consumidos diariamente. ^{22, 23}

Los jóvenes comienzan más tarde a fumar pero lo hacen en mayor número y por el contrario los varones lo hacen en mayor cantidad tanto en medio urbano como rural. El periodo de 13 –14 años suele ser determinante para la adopción del hábito, edades en que las actitudes favorables al tabaco son predictivas de la experimentación o el consumo habitual, así como la percepción de que los amigos fuman, de que lo hace la madre y de que lo realicen los hermanos mayores son variables determinantes tanto en la experimentación como en el consumo habitual, aspectos que serán analizados con detalle en el apartado correspondiente.²⁴

Dado el importante problema de Salud Pública que supone el consumo de tabaco y la edad cada vez más precoz de su inicio, consideramos de vital importancia el abordaje de este tema contenido de la Tesis Doctoral, intentando analizar el estado de la cuestión para posteriormente realizar una prevención para evitar el inicio del consumo, una prevención primaria. Durante la adolescencia el individuo busca la “*formación de su propia identidad*” afirmando su imagen y su propio espacio individual y de grupo, en momentos en que la publicidad es crucial, la industria tabaquera ofrece imágenes con las que puede identificarse un adolescente, creando con ello un ambiente favorable a la experimentación, acciones que no se pueden desarrollar desde la aplicación de la nueva Ley en nuestro país. ²⁵ Datos arrojados en una noticia (Consumer 29/11/2007) dada por el Comité Nacional para la prevención del tabaquismo (CNPT) reflejan cómo el consumo de tabaco ha caído más de un 10% en los dos años de aplicación de la Ley 28/2005 (Ley 28/2005 del 26 de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco) y que en los escolares de 14-18 años la proporción de fumadores ha pasado de un 21,5% a un 14,8% Respecto a la prevalencia de adultos fumadores ha caído sustancialmente lo que supone que a finales del 2007 hay 1200000 fumadores menos que en 2005, ha pasado de un 20,4% a un 17,2%, según pone de relieve un estudio efectuado por la Sociedad Española de Patología Respiratoria (SEPAR) integrante de CNPT. También refieren que la prevalencia de exposición global ha descendido pasando de un 49,5% en 2005 a un 37,9% en 2007.

El tabaco contiene, entre otras sustancias, una elevada cantidad de nicotina que crea la dependencia del consumo y es la responsable de su mantenimiento. Algunos autores consideran que el consumo de tabaco es el primer paso para el inicio del consumo de otras sustancias adictivas,^{26, 27} y sobre todo en el adolescente en el que, si se objetiva un incremento de consumo de alcohol y tabaco en un espacio corto de tiempo, debe alertarse a los padres y personas que conviven con ellos sobre un posible cambio en los hábitos de consumo dirigido hacia las drogas no legalizadas.²⁹

El tabaquismo, considerado durante años un hábito, es en realidad una dependencia. La nicotina, principio activo del tabaco, es una droga adictiva y como tal tiene las características propias de las drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica. La dependencia del tabaco está reconocida como un trastorno mental y del comportamiento tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (ICD-10) como en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV).

1.1.1. Percepción del riesgo y actitudes frente al tabaquismo.

En las últimas décadas se trabaja con la hipótesis empírica de que los fumadores se van motivando para dejar de fumar si son conscientes de los efectos negativos del tabaco o de los beneficios que reporta dejar de fumar en ellos mismos o en las personas de su entorno.³⁰ Dejar de fumar no es una decisión ni un hecho puntual, sino un proceso en el que interviene un cambio de conducta a lo largo del tiempo, es por tanto, una progresión hacia la madurez hasta lograr un cambio y conseguir la abstinencia absoluta al dejar definitivamente el hábito. Los fumadores que se plantean dejar de fumar pasan por una teoría denominada las “etapas de cambio” que postula que los cambios en la conducta relacionados con la salud son debidos a un proceso de cambio que finalmente se expresa en la adopción o abandono de una conducta.³¹ Es un proceso progresivo en el que intervienen cinco etapas bien descritas por Prochaska y Diclemente, que se dividen en:

- 1) precontemplación: el fumador no se plantea por el momento el abandono del tabaco, es el denominado “fumador consonante”,
- 2) contemplación: el paciente está pensando en dejarlo,
- 3) preparación: decidiendo intentarlo,
- 4) acción: intentando dejarlo, se produce una modificación del hábito y del entorno,
- 5) mantenimiento: permanece sin fumar.

En este proceso, diversos estudios relacionan el riesgo percibido ante el consumo de una determinada droga como indicador indirecto de la evolución presente o futura de la prevalencia de consumo.³² Sin embargo, en el consumo de tabaco, hay que considerar otros múltiples factores (socialización del consumo, aceptación cultural, accesibilidad al producto...) que determinan que los riesgos para la salud percibida no son suficientes para que los jóvenes no se inicien en su consumo o que los fumadores, tanto jóvenes como adultos dejen de fumar.³³ Se han descrito diferentes factores, que se desarrollarán posteriormente, que determinan el inicio de consumo por los jóvenes (influencia de entorno, función modélica de los padres y publicidad, ...), factores que si no han influido en su conducta, y no han comenzado a fumar, resultará poco probable que lo hagan después de los 20 años. También es conocido que en el mantenimiento y abandono del tabaquismo, además de la dependencia farmacológica a la nicotina, existen factores condicionantes que son diferentes según edad y sexo.³⁴

En España, según las diversas encuestas analizadas sobre el consumo de drogas, más del 80% de la población entre 15 y 64 años considera que fumar un paquete diario de tabaco ocasiona bastantes o muchos problemas. Este porcentaje ha ido aumentando desde el año 1997 hasta el año 2003 y ha pasado del 79,7% al 84,6% respectivamente. Si lo analizamos por edad y sexo, la proporción de mujeres que considera esta conducta como de alto riesgo es superior que en hombres (88,6% frente al 87,7%). En cuanto a la evolución

temporal del riesgo percibido frente al consumo de un paquete diario se aprecia que ha aumentado desde 1997 en todos los grupos de edad.³⁵ En los estudiantes entre 14 y 18 años se observa un incremento del riesgo de la conducta de fumar (80,3% en 2004 frente a 76,9% en 1994) y las chicas perciben esta conducta como de riesgo en mayor proporción que los chicos (78,2% frente al 82,3% en 2004) de la misma manera que sucede en los adultos.³⁶ Un 50% de los jóvenes ni aprueban ni desaprueban el consumo de un paquete diario de tabaco, mientras que el 43% de los hombres rechaza esta conducta frente a un 37,6% en las mujeres. Esta actitud de rechazo aumenta con la edad, siendo 49,6% en los estudiantes de 18 años frente a 31,5% en los de 14 años. Los principales motivos para el inicio y mantenimiento del consumo son porque es placentero o reduce el estrés, y en el 25% de los casos porque no lo pueden dejar. Más del 80% de estos jóvenes se han planteado dejarlo, aunque sólo la mitad lo han intentado.³⁷ En el discurso de los jóvenes el consumo de tabaco es reconocido no sólo como un hábito, sino también por su capacidad para generar dependencia. Las razones facilitadoras por las que un gran número de éstos continúa fumando, se refieren a la presencia de tabaco en los ambientes juveniles, a la mayor integración en el grupo de amigos, o a los efectos sobre el adelgazamiento y la obesidad, datos reflejados por un estudio que evalúa las concepciones de la salud de los jóvenes llevado a cabo en la Comunidad de Madrid en el año 2005.

38

Si analizamos otra encuesta poblacional reciente española (2005), observamos que el 60,4% de los fumadores han intentado dejar de fumar y un 67,8% les gustaría dejar de hacerlo; el 72,8% declara no dejarlo por falta de voluntad y un 20% porque engordarían (13,2% en hombres, 30,6% en mujeres).³⁹

A nivel Europeo $\frac{3}{4}$ partes de los ciudadanos de la UE son conscientes de los daños que provoca el consumo de tabaco en los no fumadores. Un 95% no fuman en presencia de embarazadas por considerarlo peligroso para el bebe. No obstante, la mayoría de los ciudadanos, no se sienten incómodos por la exposición al humo de tabaco en su vida cotidiana. Los jóvenes dan importancia a los aspectos desagradables del tabaco y los adultos a los síntomas físicos y a

los problemas de salud concretos. La actitud de tolerancia hacia los fumadores es bastante alta y varía según los países, globalmente uno de cada dos europeos pide al fumador que no fume en su presencia (52% en España).⁴⁰

En relación a las limitaciones al consumo en espacios públicos, una mayoría, casi un 80% de los ciudadanos europeos, apoyan la prohibición de fumar en estos espacios. Este porcentaje es mayor si no se ha fumado nunca o si se ha dejado de fumar. En España, la encuesta se hizo antes de la aprobación de la Ley 28/2005 de medidas frente al tabaquismo y el apoyo a las medidas restrictivas al consumo era menor a la media europea. Los países que más apoyan la prohibición de fumar en los bares y restaurantes son aquellos en los que dicha limitación ya es efectiva. Se debería hacer un esfuerzo para corregir el error que supone no considerar los espacios de hostelería como un lugar de trabajo más y esto llevaría a una eficaz protección de la salud de todos los trabajadores y a completar de manera efectiva las políticas de los espacios sin humo.^{41,42} La Comisión Europea es partidaria de la prohibición total del tabaco en todos los espacios públicos. Sin embargo las competencias del ejecutivo comunitario en sanidad son escasas y por eso se ha empezado por preguntar a todo el mundo que parecería una Europa limpia de humo y nicotina, teniendo en cuenta que los resultados de este sondeo han dado cifras demoledoras: el tabaquismo pasivo también mata, de hecho de las 85000 muertes relacionadas con el tabaco que se registran en Europa cada año, 20000 son fumadores pasivos, situación que nos permite comprender aún mejor que los países que apoyan la prohibición de fumar en los bares y restaurantes son aquellos en los que dicha limitación ya es efectiva. Esto refleja la satisfacción conseguida en estos países por la implementación de una norma que esté orientada hacia la protección de la salud sin discriminación del puesto de trabajo. Pensamos que debe ser la medida más eficaz para extenderse al resto de los países.

1.1.2. Tabaquismo pasivo.

La inhalación continuada del humo del tabaco, aunque sea pasiva y en pequeñas cantidades, tiene importantes efectos nocivos. Está demostrada científicamente la asociación de diversas enfermedades con la exposición al

humo del tabaco ambiental, que es la inhalación de los no fumadores de los productos derivados de la combustión del tabaco en espacios cerrados. Esta circunstancia ocasiona un problema de Salud Pública importante, que lo convierte en la tercera causa de muerte evitable en los países desarrollados, tras el tabaquismo activo y el alcoholismo.⁴³ La exposición al humo del tabaco ambiental se conoce como “*aire contaminado por humo de tabaco*” (ACTH) y aparece asociado tanto con efectos agudos como crónicos sobre la salud,⁴⁴ se produce tanto en los lugares de residencia (en los propios domicilios de los no fumadores), como en los lugares de trabajo, además de otros lugares públicos o privados (zonas recreativas, de ocio, etc.). Algunos estudios reflejan cómo en Estados Unidos de América hasta un 37% de la población adulta no fumadora declara compartir espacios con humo ya sea en el lugar de trabajo o en el propio domicilio.⁴⁵

En el humo del cigarrillo existen casi 5000 sustancias diferentes, de las cuales al menos 43 se ha demostrado que son tóxicas y carcinógenas, capaces de desarrollar algún tipo de cáncer. El humo en parte es inhalado en un 25% por el fumador en la denominada “*corriente principal*”, mientras que el 75% restante producido por la combustión pasiva pasa a la atmósfera y produce la denominada “*corriente secundaria o lateral*”. Tanto en la corriente principal como en la secundaria se presentan sustancias perjudiciales para la salud, aunque incluso la concentración de sustancias perjudiciales o tóxicas pueden ser superiores en la corriente lateral. Se ha demostrado que más del 60% de los casos de no fumadores están expuestos al ACTH en casa o en el trabajo: de los cuales el 29,5% de los casos están expuestos sólo en el trabajo, un 16,6% en casa y un 14,2% en casa y en el trabajo.⁴⁶ La solución más efectiva es evitar que se fume en los ambientes cerrados, ya sea prohibiendo fumar o restringiendo su consumo a espacios físicamente separados o habitaciones diseñadas para este fin. Estos espacios deben ventilarse como contempla la Ley 28/2005.

Según un Informe de la Agencia de Protección del Medio Ambiente de Estados Unidos, el aire contaminado por el humo de tabaco (ACTH) debe ser considerado una sustancia capaz de producir cáncer, señalando que el riesgo de desarrollar esta enfermedad es 57 veces superior al que entrañan otros

elementos contaminantes y radiaciones, lo que convierte al humo del tabaco en el agente ambiental con mayor poder de provocar esta patología. Los efectos que produce sobre la salud la exposición al humo ambiental pueden manifestarse tanto a corto como a largo plazo. Así, como efectos a corto plazo, podemos encontrar: dolores de cabeza, náuseas, mareos, irritación de ojos, garganta y nariz. En cuanto a los efectos a largo plazo se manifiestan por un incremento de las tasas de cáncer y enfermedades cardíacas después de años de exposición al mismo, y sabemos que dentro de las enfermedades relacionadas con la exposición destaca de forma significativa el cáncer de pulmón. Más de 50 estudios revisados han demostrado asociación causal, utilizando caso-control. Sin embargo, existen estudios de cohortes que confirmen esta relación, destacando uno que evaluó a un número importante de personas estudiadas durante 7 años, que confirmó la asociación entre el aire contaminado por humo de tabaco y las patologías neoplásicas respiratorias.⁴⁷

En cuanto a los efectos del tabaquismo pasivo en la infancia se han descrito desde enfermedades en el feto como consecuencia del consumo de tabaco por la gestante, hasta enfermedades en la infancia debido a la exposición involuntaria en niños. Consideramos importante mencionar la vulnerabilidad de los niños ante el humo ambiental como consecuencia de poseer un sistema inmune menos desarrollado que los adultos, haciéndoles más sensibles a desarrollar diferentes patologías respiratorias como neumonías y bronquitis, así como una reducción significativa de la función respiratoria, asma y otitis. Existe una fuerte y consistente evidencia sobre el efecto de la exposición a ACHT en el incremento de riesgo de muerte por cáncer de pulmón y muertes perinatales e infantiles en menores de un año. La mortalidad atribuible a la exposición al ACHT en EEUU es de 50000 muertes/anuales, de estas 3400 son por cáncer de pulmón, 46000 por episodios coronarios y 430 debido a muerte súbita infantil.⁴⁸ En España es de 2500-3000 muertes/anuales considerando sólo las muertes por cardiopatía isquémica, cáncer de pulmón y mortalidad infantil. Datos en la Unión Europea estiman que en año 2002, fueron 7000 muertes atribuidas al ACHT en el lugar de trabajo y 72000 adicionales por la exposición en el hogar.⁵¹

Por otra parte, el abandono del tabaco y de la exposición a ACHT supone una disminución significativa del riesgo, lo que apoya una relación causa-efecto. Dejar de fumar tiene beneficios importantes e inmediatos para hombres y mujeres de cualquier edad. Los beneficios alcanzan a todas las personas, tanto si ya están afectadas por alguna enfermedad relacionada con el tabaco como si aún no la han presentado pero están expuestas. Los ex-fumadores viven más años que los fumadores y las personas que dejan de fumar antes de los 50 años tienen solamente la mitad del riesgo de morir en los siguientes 15 años si se los compara con quienes continúan fumando. Así, globalmente los ex -fumadores tienen un riesgo de cáncer de pulmón mucho menor que el de los que continúan fumando; esta reducción del riesgo varía según los diferentes estudios en un 20-90%, aunque, aún con abstinencias de hasta 30 años, el riesgo continúa siendo superior al de los no fumadores. Para los cánceres no respiratorios, comentados anteriormente, el riesgo desciende rápidamente después de dejar de fumar y alcanza, en algunos estudios, en 10 años el de los no fumadores. Entre los efectos cardiovasculares del tabaco, todos menos la arteriosclerosis revierten en un tiempo corto después de dejar de fumar. Las mujeres que dejan de fumar antes del embarazo o durante los tres primeros meses del mismo, reducen su riesgo de tener niños/as con bajo peso comparándolas con las que siguen fumando. Con pocas excepciones, los riesgos de enfermedad se reducen al dejar de fumar y continúan disminuyendo mientras se mantiene la abstinencia. Los beneficios de dejar de fumar sobrepasan en mucho los riesgos asociados al incremento promedio de peso (alrededor de 2,5 kg) o a los efectos adversos psicológicos que puedan producirse. Dado que el beneficio es mayor cuanto más precozmente se inicia la cesación, se recomienda a todo fumador que deje de hacerlo cuanto antes, no olvidando además que las ventajas son aparentes aún para las edades mayores de 65 años.

A pesar de ser una exposición emergente no existe en la actualidad información estandarizada y comparable de base poblacional sobre exposición pasiva al humo del tabaco en los países europeos. Como aproximación a la prevalencia de exposición al humo ambiental del tabaco podemos utilizar la información procedente del grupo control de un estudio de casos y controles

multicéntrico realizado en 12 zonas de siete países europeos, coordinado por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC).⁴⁹ Estos grupos control fueron de base poblacional en siete centros y de base hospitalaria (acompañantes de pacientes o pacientes visitados en los mismos hospitales que los casos) en el resto de centros. La exposición pasiva al tabaco, laboral o doméstica, fue de 78% en el conjunto de los controles.

Más recientemente, la Encuesta Europea sobre Salud Respiratoria para investigar la prevalencia de asma en adultos jóvenes (20-44 años) también ha aportado información relevante sobre la exposición al humo ambiental del tabaco en diferentes países europeos.⁵⁰ Muestra que existe una gran variación entre las diferentes ciudades europeas donde se realizó el estudio, significando la prevalencia de exposición pasiva entre 30 y 50%, con una prevalencia de exposición (laboral o doméstica) elevada en Galdakano (75.9%), Huelva (67.3%) en España, Pavía (61.8%) en Italia, o Dublín (63.2%) en Irlanda, y considerablemente menor en las ciudades suecas de Uppsala (21.5%) o Umea (18.9%).

Las autoridades sanitarias europeas, conscientes del gran problema que la exposición pasiva al tabaco representa, han emprendido actividades para desarrollar políticas conjuntas de carácter legislativo y educativo de control del tabaquismo pasivo, y de promoción de ambientes libres de humo, ⁴² ya que se ha demostrado la importancia que presenta este tema. En el mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud dedica el primer "*Día Mundial sin Tabaco*" del milenio al tabaquismo pasivo, bajo el lema "*Humo de segunda mano: limpiemos el aire*".⁵²

Tras la realización de un estudio epidemiológico español con participación de todas las Comunidades Autónomas en 2002, se obtuvieron los siguientes resultados:

- 60% de la población adulta española es no fumadora,
- 20% es exfumadora, 25% es fumadora activa, y

- 40% está expuesta habitualmente al ACHT en el hogar, trabajo y lugares de ocio y hostelería.⁵³

1.2. Aspectos epidemiológicos del tabaquismo.

El tabaquismo es un factor de riesgo muy prevalente en España. El tabaco es la principal causa de cáncer en nuestro país. El consumo de tabaco en forma de cigarrillos se ha incorporado a los hábitos de conducta de nuestra sociedad desde los años treinta del siglo pasado, coincidiendo con la expansión de la fabricación industrial de los cigarrillos y su transformación en una muy rentable industria. Como consecuencia asistimos a un crecimiento sostenido del cáncer de pulmón en las últimas décadas y especialmente en los varones, al tiempo que se está produciendo también un aumento en mujeres. Se hace por tanto necesario disminuir la incidencia y la mortalidad por cáncer de pulmón en nuestro medio reduciendo el consumo de tabaco que al ser el tabaco adictivo requiere la puesta en práctica de acciones concretas para ayudar a los fumadores y desincentivar su consumo.⁵⁴ Según la OMS un tercio de la población mundial mayor de 15 años fumaba a finales del siglo pasado, por lo que se calcula que pueden existir en el mundo más de 1100 millones de fumadores, de los cuales más de la mitad, unos 800 millones pertenecen a países en desarrollo, y estima que en el año 2025 los fumadores llegarán a ser más de 1600 millones.⁵²

En los países desarrollados hemos podido constatar que fuma el 42% de los hombres y el 24% de las mujeres, mientras que en los países en desarrollo lo hacen el 48% de los hombres y el 7% de las mujeres, dato que confirma un Informe del Banco Mundial al señalar que el 74% de todos los cigarrillos se consumen en países con ingresos medios y bajos. Globalmente las mayores prevalencias se alcanzan en Europa y Asia central, estando, por el contrario, las más bajas en el África Subsahariana. Se ha comprobado tanto para varones como para mujeres que el segmento de edad en el que se encuentran los fumadores corresponde a la franja comprendida entre los 30 y 49 años.⁵³

El modelo teórico de la epidemia del tabaquismo se desarrolla en cuatro fases, en base al consumo de tabaco y la mortalidad atribuida según el sexo: la primera denominada fase I o de inicio; la denominada fase II o de progreso-

incremento; la fase III o de consolidación y la fase IV de concienciación-rechazo social.

Una primera fase, es la que define el comienzo de la epidemia tabáquica en una población. Con una duración de 10-20 años aparece definida por un consumo de tabaco bajo en hombres (<15%), y muy bajo o inexistente en mujeres (<5%), por lo que la morbi-mortalidad asociada al consumo de tabaco es poco evidente. Queremos señalar que fumar se considera una práctica socialmente aceptada, por lo que existen escasas restricciones al consumo que conviven con otras prioridades sanitarias: malnutrición, enfermedades infecciosas, etc.^{56,57}

En la segunda fase, etapa de 20 a 30 años, la característica es el incremento progresivo del consumo de tabaco que aumenta rápidamente entre los varones alcanzando cifras entre 50-80%, etapa de desarrollo mucho más lenta en mujeres. Al final de esta fase los datos nos permiten valorar que el tabaco ya provoca el 10% de las muertes en varones, y es el momento en el que comienzan a registrarse los primeros intentos de prevención.^{56,57}

En la fase tercera, con una duración de 30 años, se observa una disminución del consumo en los varones que del 60% desciende hasta el 40% al final de la fase, produciéndose parcialmente un incremento en la mujer, que no alcanza los niveles máximos de los varones y que también al final de la etapa comienza a disminuir. Fase en la que hay un número elevado de exfumadores, con edad media-elevada y alto nivel de información y conocimientos, momento en el que fumar tabaco comienza a ser algo socialmente inadecuado pues existe un conocimiento muy extendido entre la población de sus efectos sobre la salud. Momento en que hay un gran aumento de la mortalidad: 30% en varones de 39 a 65 años y un 5% entre las mujeres, se comienza a delimitar espacios sin humo en los lugares públicos, se realizan las primeras campañas de prevención en la escuela, y programas preventivos y estrategias de control.⁵⁸ La epidemia de tabaquismo en España se encuentra en esta fase aunque, seguramente, en un estadio más avanzado en la población masculina, pues la epidemia femenina en nuestro país retrasó su inicio hasta finales de los años setenta.⁵⁸

La fase cuarta tiene una duración aproximada de 20 años, en ella la prevalencia disminuye en ambos sexos y la mortalidad decrece progresivamente. Se observa un fuerte abandono en clases sociales con mayor nivel económico, y es la fase en la que se encuentran EEUU, Canadá y Norte de Europa. Con el paso del tiempo se espera que aparezca una quinta fase caracterizada por la disminución de la mortalidad atribuible al tabaquismo, tanto en hombres como en mujeres, fase de amplio rechazo social al consumo de tabaco, en un contexto de políticas integrales de control y Programas de ambientes sin humo.^{56,57}

La OMS que en el año 2003 contaba con 192 miembros distribuidos en 6 regiones: África, América, Sudeste Asiático, Europa, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental, ha demostrado una importante preocupación por las consecuencias del consumo de tabaco en el mundo. En uno de sus Informes sobre la prevalencia de fumadores señala las grandes diferencias mundiales, al observar en hombres una cifra menor del 30% en África y mayor del 60% en el Pacífico Occidental y, en el caso de mujeres, una prevalencia que oscila entre una cifra inferior al 10% en África, Mediterráneo Oriental o Sudeste Asiático, y mayor del 20% en América y Europa.⁵⁷ Los países con prevalencias más elevadas son China 67%, Corea 65%, Japón 53%, Rusia 63%, Antigua Yugoslavia 52% y México 51%, observando en todos ellos una significativa menor prevalencia en la mujer: China (63% varones y 4% mujeres); India (40% varones y 3% mujeres) y Rusia (63% varones y 30% mujeres), son las áreas que agrupan la mayor parte de fumadores del mundo. Por el contrario EEUU presenta datos diferentes, siendo la prevalencia en el año 2001 del 25,5% en hombres y del 21,5% en mujeres, cifras muy alejadas de las obtenidas años antes, pues en 1995 la prevalencia en hombres fue del 57% y en mujeres del 34%, observando también una disminución de la prevalencia en todos los grupos de edad, excepto en el rango de 18 a 24 años, donde se ha incrementado pues en 1991 fue de un 23% para alcanzar un 27% en el 2000.⁵⁴

Como consecuencia del elevado consumo de tabaco, se ha producido un crecimiento sostenido del cáncer en las últimas décadas, ya que el tabaco está teniendo mucho impacto sobre esta patología, especialmente en el cáncer de

pulmón en varones. Sabemos que la reducción de su consumo es la única forma viable para disminuir su incidencia y la mortalidad por cáncer de pulmón en el mundo, por lo que al ser el tabaco adictivo, se requieren acciones concretas que sirvan de ayuda a los fumadores y desincentiven su consumo.⁵⁵

En el caso de la epidemiología del tabaquismo en Europa podemos señalar que existen marcadas diferencias con prevalencias elevadas en países de la Europa del Este, mientras que en la Europa Occidental y en los países Nórdicos asistimos a una reducción progresiva del consumo en los últimos años.⁵⁹

La prevalencia sigue mostrando signos mayores en hombres que en mujeres en casi todos los países europeos, menos en Suecia donde el consumo es relativamente bajo para ambos sexos. El consumo más elevado se produce en Lituania, Letonia, Grecia, Estonia, o Polonia, y en los países mediterráneos como Grecia o España como podemos observar en la Tabla 1.

País	Hombres	Mujeres
Alemania	40,30 %	32,20 %
Austria	42,00 %	27,00 %
Bélgica	36,00 %	26,00 %
Dinamarca	31,20 %	27,00 %
Eslovaquia	41,10 %	14,70 %
Eslovenia	28,00 %	20,10 %
España	39,10 %	24,60 %
Estonia	45,00 %	18,00 %
Finlandia	27,00 %	20,00 %
Francia	33,00 %	21,00 %
Grecia	46,80 %	29,00 %
Hungría	38,20 %	23,00 %
Irlanda	28,00 %	26,00 %
Italia	32,40 %	17,40 %
Letonia	49,10 %	13,00 %
Lituania	51,50 %	15,80 %
Luxemburgo	34,00 %	27,00 %
Malta	33,70 %	14,90 %
Países Bajos	33,00 %	27,00 %
Polonia	40,00 %	25,00 %
Portugal	29,40 %	6,40 %
Reino Unido	28,00 %	26,00 %
R. Checa	26,80 %	12,70 %
Suecia	22,00 %	24,00 %

Tabla 1: Prevalencia del tabaquismo para hombres y mujeres de más de 15 años en los estados europeos. Perfiles sobre el control del tabaco en Europa 2003.

En el año 2000, con motivo del Día Mundial sin tabaco, se reunieron en Lisboa delegados de 18 países europeos para analizar el problema del tabaquismo. Sus conclusiones plasmadas en la *“Declaración de Lisboa”* serían decisivas para la toma de decisiones posteriores, en ellas se hacía referencia a: regulación de la producción de tabaco; integración del control del tabaco en las nuevas políticas de Salud Pública europea; protección de los no fumadores; colaboración multidisciplinar del abandono, y especialmente a prevención entre niños y adolescentes en el ámbito europeo.⁶⁰

El tabaquismo es causante de más de medio millón de muertes anuales⁶¹ por lo que se están realizando esfuerzos comunes en Europa, a pesar de que la epidemia presenta características singulares en sus diferentes países. Revisada la epidemiología del tabaquismo en 22 países de Europa, no sólo en la Unión Europea: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia, sino también en otros países de Norte y Centro de Europa: Islandia, Noruega, Suiza, y también en países del Este: Bulgaria, Hungría, Polonia y Rumania, nos permite no sólo obtener una visión de conjunto sobre el impacto del tabaquismo, la prevalencia del consumo y la evolución en la última década, sino también datos de mortalidad.⁶² Muy significativo en esta línea es el Informe denominado *“Tabaco o salud”*,⁶³ o las previsiones del consumo de tabaco del Informe FAO del mes de enero del año 2004, que señalaba el continuado aumento hasta el año 2010, debido al crecimiento de la población y de los ingresos, aunque con una tasa inferior a las actuales.⁶³

En los últimos años se ha observado una disminución progresiva del consumo de tabaco en la Unión Europea. Se estima que 1 de cada 10 adultos fumadores morirá a causa de los efectos del tabaco, cifra que se eleva a uno de cada 5 en los países del Este de Europa, donde treinta de cada 100 adultos europeos fuman cigarrillos a diario. Se ha observado, finalmente, que la prevalencia desciende entre los hombres adultos de la UE mientras que aumenta en las mujeres, sobre todo las mujeres jóvenes del Sur y del Este de Europa.⁵⁵ En cuanto a los jóvenes de 15 años de edad que fuman al menos una

vez por semana en la población de Europa, los jóvenes españoles presentan cifras medias en varones y muy altas en mujeres.⁶⁴

1.2.1. Prevalencia del consumo de tabaco.

En los últimos años ha descendido el consumo en la Unión Europea, de modo que en la actualidad podemos señalar que el 34% de la población adulta fuma frente al 40% que lo hacía en los años 80.⁵⁵ En todos los países, los hombres fuman más que las mujeres, salvo en Suecia, donde fuman el 22% de los hombres y el 24% de las mujeres, y en Dinamarca, donde el porcentaje igual en ambos sexos es de un 27%. España, Grecia, Portugal, Luxemburgo y Austria son los países en los que el porcentaje de mujeres fumadoras sigue creciendo.⁶⁵

El consumo de tabaco, en la Europa de los 15, ha caído considerablemente en los tres años que van desde el año 2002 hasta el 2005 como muestra el último barómetro sobre tabaco realizado por la Comisión Europea. Así la proporción de personas que declararon fumar cigarrillos en paquetes ha pasado de un 33% en otoño de 2002 a un 27% en otoño de 2005. Casi la mitad de ciudadanos declararon no haber fumado nunca (47%) y casi uno de cada 5 declaró (21%) haber dejado el tabaco. La forma mayoritaria de consumo de tabaco es en forma de cigarrillos empaquetados (27%), frente a otras formas como el tabaco de liar (5%), y los puros (1%). En Europa se estima que el consumo de cigarrillos empaquetados afecta a un 31% de los hombres frente al 23% de las mujeres; el grupo de edad más fumador corresponde a las personas que se sitúan entre los 25 a 39 años (36%). Queremos señalar también la relación entre consumo de tabaco y tipo de empleo, pues demuestra conclusiones interesantes, por ejemplo, se ha comprobado que un 45% de los desempleados fuman frente al 24% de las personas con responsabilidades directivas. En relación al abandono del consumo, también son los hombres los que más han abandonado el tabaco (25%) frente a las mujeres (17%).⁵⁵ Respecto a la frecuencia del consumo sabemos que el 84% de los europeos fuman de forma habitual y, ocasionalmente, el 16% de los mismos. En España el consumo habitual está por encima de la media (86%), pero queremos destacar que, desde el 2002 al 2005, ha disminuido esta cifra en tres puntos. La reciente Ley

28/2005 ha tenido repercusiones positivas ya que desde su entrada en vigor se han dejado de vender 210 millones de cajetillas y un 5% de los españoles ha abandona el hábito.⁶⁶ El consumo ha disminuido aunque todavía sigue siendo alto, sobre todo entre los jóvenes ya que 1 de cada 4 españoles mayores de 16 años continúan fumando, según la Encuesta Nacional de Salud 2006.

Las cifras europeas de prevalencia de consumo de tabaco, en su conjunto, están aún por encima de las de otros países como Australia (18%), Canadá (20%), Estados Unidos (21,5%) y Nueva Zelanda (22%), según los últimos datos disponible, aunque por debajo de los países no desarrollados.⁶⁷ La siguiente Tabla, muestra la prevalencia del consumo de tabaco en la Unión Europea tanto en hombres como en mujeres (OMS 1996).

PAÍS	HOMBRES	MUJERES
Alemania	36,80 %	21,500 %
Austria	42,00 %	27,00 %
Bélgica	31,00 %	19,00 %
Dinamarca	37,00 %	37,00 %
España	47,20 %	27,20 %
Finlandia	27,00 %	19,00 %
Francia	40,00 %	27,00 %
Grecia	46,00 %	28,00 %
Irlanda	29,00 %	28,00 %
Italia	38,00 %	26,00 %
Luxemburgo	32,00 %	26,00 %
Países Bajos	36,00 %	29,00 %
Portugal	38,00 %	15,00 %
Reino Unido	28,00 %	26,00 %
Suecia	22,00 %	24,00 %

Tabla 2. Comparación por sexo de la prevalencia del consumo de tabaco en la población adulta en la Unión Europea.

Queremos destacar que el mayor porcentaje en hombres lo presentaba España (47,2%) y Grecia (46%), mientras que el menor porcentaje de consumo en hombres correspondía a Suecia (22%). Respecto a las mujeres, el mayor porcentaje corresponde a Dinamarca (37%), siendo las mujeres menos fumadoras de la Unión Europea las portuguesas (15%). En muchos casos pueden existir sesgos ya que se han utilizado diferentes metodologías, pero nos permite aproximarnos a la situación general a finales del s.XX.

La comparación de la prevalencia de tabaquismo entre diferentes países es problemática, puesto que suele provenir de encuestas realizadas con diversos métodos en las que puede variar la representatividad, la definición de fumador, los métodos de recolección de datos..., sin embargo son valiosos de manera general. Recientemente se publicaron los resultados de las encuestas sobre factores de riesgo cardiovascular/tabaco de las poblaciones participantes en el proyecto WHO MONICA en el año 2001.⁶⁸ Estas encuestas se realizaron siguiendo la misma metodología estandarizada en los diferentes países participantes, por lo que su comparación está libre en buena parte de los potenciales sesgos antes mencionados. Las prevalencias más elevadas correspondían a Varsovia-Polonia (59%), Glasgow-Reino Unido (52%), Charleroi-Bélgica (51%) y Cataluña-España (48%).

Otro estudio realizado en Europa en el año 2000, según estimaciones derivadas del Proyecto "*Tabaco o Salud*", mostraba la prevalencia de consumo de cigarrillos en la región europea de la OMS de un 43,5% en hombres y 23,4% en mujeres, lo que representaba aproximadamente unos 229 millones de fumadores (144,3 millones de hombres y 84,7 millones de mujeres). Esta estimación se ha basado en el metaanálisis de 40 estudios que representan aproximadamente a 90% de la población de la región europea.⁶⁹

Otro trabajo realizado sobre tabaquismo en 12 países europeos en el año 2000, referido a inicios de los años 90, muestra la existencia de diferentes prevalencias según el género y el nivel educativo. Este estudio permitió observar una mayor prevalencia de tabaquismo en las mujeres con menor nivel de estudios en el Reino Unido, Noruega y Suecia, mientras que en los países del

Sur de Europa la proporción de fumadoras es mayor entre las mujeres de mayor nivel educativo. Un patrón similar Norte-Sur, aunque menos acentuado en la prevalencia según el nivel educativo entre los hombres es el resultado de este estudio.⁷⁰

También se ha observado que existen diferencias en la manera de fumar de hombres y mujeres, de tal forma que estas fuman menos cigarrillos al día que los hombres y prefieren los cigarrillos con filtro, el tabaco rubio y los cigarrillos bajos en nicotina despreciando los cigarrillos de liar, puros o pipas.⁷¹

1.2.1.1. Prevalencia del consumo de tabaco en España.

Como ya hemos comentado previamente, el consumo de tabaco está considerado como la primera causa aislada de enfermedad y muerte prematura en los países occidentales, suponiendo no solamente un riesgo para la salud del individuo fumador, sino también para las personas que conviven cotidianamente con él, el denominado “*fumador pasivo*”. En España, la evolución del consumo de tabaco ha sido similar a la de otros países desarrollados, con un cierto retraso en el tiempo, debido a la situación social y política que se vivió durante cuatro décadas en el siglo pasado. La epidemia del tabaquismo en España, ha tenido sus peculiaridades como queda reflejado en el estudio de Villalbí y otros en el año 1995.⁷²

La existencia de condicionantes económicos en España llevaron a que su expansión se viera enlentecida durante años, presentando entonces una prevalencia alta con un consumo medio bajo, algo que se explica porque gran parte de los fumadores fumaban poco debido a su relativa pobreza. Por otra parte, la regulación del tabaco ha estado dificultada por la existencia de un monopolio debido a que la privatización de la tabacalera es reciente, y hasta entonces consideraciones ajenas pesaron de forma directa en la política de Gobierno. A lo anterior se añade que durante la Dictadura el descubrimiento de los efectos del tabaco sobre la salud no tuvo ningún efecto práctico, de forma que no se hizo nada para modificar los hábitos, al contrario de lo que sucedía en los países democráticos. En este contexto las primeras iniciativas dirigidas a

intervenir sobre el tabaco fueron criticadas como realizadas con el fin de desviar la atención de otros aspectos. Finalmente, la existencia de una elevada prevalencia del tabaquismo en profesionales clave ha sido un obstáculo para avanzar, ya que los médicos fumadores no solían abordar el tabaquismo de sus pacientes, y sus corporaciones profesionales no habían tenido un papel preventivo destacado, de ahí la importancia de tratar hoy la epidemia del tabaquismo. La evolución de la epidemia tabáquica en los últimos años muestra algunas tendencias globales esperanzadoras: se aprecia una clara disminución en varones y un incremento en mujeres, al tiempo que se registra una probable disminución de la incidencia respecto a años anteriores.⁷³

España sigue siendo uno de los países de la UE que presenta una mayor prevalencia de consumo, tanto en hombres como en mujeres, según los datos preliminares de la ENSE 2005⁷⁹ que, mostrando una tendencia descendente, sitúa en un 25% la prevalencia global de los fumadores diarios, datos similares a los obtenidos en ENSE 2006. Se observa un gradiente social desde los años ochenta en los varones y de forma más incipiente en mujeres.⁷⁴

Los exfumadores alcanzan hoy aún un peso social visible, al tiempo que se producen muchas cesaciones relativamente precoces, debido a que el consumo de tabaco ya no se considera como “algo normal”. Se han producido en los últimos años algunas iniciativas muy positivas, y aunque la realidad de las Comunidades Autónomas dificulta una regulación homogénea, en cambio ha favorecido la adopción de ciertas innovaciones, que en general han tendido a inspirar a otras (prohibición de venta de menores, espacios sin humos ...) o bien, han suscitado legislación general del mismo Gobierno Central. La regulación de diversos aspectos del mercado interno desde la Unión Europea ha llevado a la adopción en España de diversas políticas de valor preventivo en el campo fiscal, de la publicidad en todos los ámbitos y de las advertencias a los consumidores. El movimiento de prevención ha iniciado un desarrollo más coordinado, plasmado en el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. La aprobación en el Consejo Interterritorial de salud de enero 2003 del Plan Nacional para la Prevención y el Control del Tabaquismo por el Ministerio y las Consejerías de Sanidad eran prometedoras y ha facilitado, sin duda, la

redacción de la Ley antitabaco publicitada en enero 2006, que está dando buenos resultados.

El Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT) considera que esta Ley "representa el mayor avance en Salud Pública en España de las últimas dos décadas", con motivo del primer aniversario de la publicación de la norma en el BOE. Según este Comité, la Ley ha cumplido el 80% de sus objetivos sin que se hayan generado conflictos ni problemas significativos en la población española. El CNPT señala en un comunicado que tras un año de aplicación de la Ley, la prevalencia del tabaquismo ha caído un 5%, lo que supuso medio millón de fumadores menos. Además, tres millones de fumadores han intentado dejarlo. Según esta entidad, el consumo de tabaco se ha reducido también alrededor del 5%, lo que supone 210 millones de cajetillas menos, mientras que los niveles de nicotina ambiental se han reducido un 83% en los centros de trabajo. El número de puntos de venta ha descendido un 40% y ha desaparecido casi por completo la publicidad y promoción. El CNPT cree además que serán muy pronto visibles los resultados en cuanto a morbilidad y mortalidad por infarto de miocardio, y en unos años en lo que se refiere a enfermedades crónicas y cáncer. Según los médicos, lo más positivo del balance de un año de aplicación de esta Ley es que el tabaco haya desaparecido de empresas, administraciones públicas y centros de transporte. En el lado negativo, el Comité se refirió a la hostelería y las "reticencias" que están poniendo al desarrollo de la norma algunas Comunidades Autónomas. La hostelería es el "punto débil" de la norma para el Comité, ya que sólo regula los locales de 100 metros cuadrados o más, que representan solamente el 20% del total de establecimientos. Únicamente 40000 de los 300000 locales de hostelería son totalmente libres de humo o están bien compartimentados. Además, los augurios de pérdidas en el sector han resultado falsos, ya que el número de contrataciones ha aumentado un 4%. En cuanto a los desarrollos autonómicos, considera que con 12000 inspecciones y unos 300 expedientes sancionadores no puede hablarse de Ley coercitiva.⁷⁵

El porcentaje de personas que fuman en España se ha reducido de un 25,8% a un 23,7%, cuando se cumplió un año de la entrada en vigor de la Ley del

tabaco, según el último barómetro publicado por el CIS (2007). Además, en el grupo de fumadores hay un 66,2% de personas que afirman que les gustaría dejarlo, según este estudio sobre tabaquismo y nueva normativa, incluido en el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). El descenso registrado en el número de fumadores en apenas un año, siempre en comparación con la encuesta del CIS del 2005, se aproxima algo a las estimaciones efectuadas por los médicos del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), que consideraron que la Ley podría contribuir a bajar la tasa de prevalencia en la población entre un 4 y 6 por ciento. Pero este descenso es aún mayor si se comparan los datos del CIS con los de la Encuesta Nacional de Salud del 2003, mucho más amplia, y que señalaban que había en torno a un 31% de población fumadora, con lo que la disminución sería de casi 7 puntos.⁷⁸

Se observa como, después del primer año de la entrada en vigor de la Ley, una clara disminución del consumo de tabaco en los lugares de trabajo tanto públicos como privados, frente a la escasa significación que se ha podido valorar en el sector de la hostelería, donde casi en 90% de los locales se permite fumar, donde en el 40% de estos locales se vende tabaco de forma individual y donde más del 90% de los hosteleros encuestados afirman no haber recibido ninguna información acerca de su situación ante la entrada en vigor de la nueva normativa. Tras dos años de la aplicación de la Ley el consumo de tabaco ha descendido más de un 10% según datos aportados por CNPT. En definitiva podemos concluir que la Ley 28/2005 es necesaria pero francamente mejorable, al no estar vigilado adecuadamente el grado de su cumplimiento.

En año 2004, Salvador Llivina analizó los factores que históricamente han contribuido a la expansión de la epidemia del tabaquismo y al mantenimiento de los altos niveles de consumo que existen en nuestro país, señalando que en España el incremento del tabaquismo ha estado directamente relacionado con las tácticas de expansión de mercado desarrollado por la industria tabaquera nacional y multinacional durante el siglo XX.⁷⁷

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1997, la prevalencia del consumo de tabaco en la población de 16 años era del 35,7%, lo que representaba un ligero descenso respecto al año 1987 que fue del 38,4%. La Encuesta Nacional de Salud 2001 ⁷⁶ significa una prevalencia de consumo en niños mayores de 16 años de 34,4%, lo que representaba un ligero descenso respecto al año 1987. Significa también los porcentajes de la prevalencia del consumo de tabaco de manera correlativa entre los años 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001, prevalencia que aparece dividida en fumadores, exfumadores y no fumadores. Se puede observar como la prevalencia en fumadores ha descendido pasando de un 38,4% hasta un 34,4% en el año 2001, la prevalencia en exfumadores presenta un aumento, pasa de 12% (1987) a un 16,8% (2001), dato que podemos considerar favorable, ya que muestra progresivamente el abandono del hábito. Respecto a los no fumadores, muestra una situación estable en estos años, pasando de un 49% en 1987 a un 48,6% en el 2001, disminución escasamente apreciable.

Si se analiza la evolución del consumo de tabaco en España (ENSE 2001) desde el año 1987 al 2001, se puede observar que en hombres ha descendido desde 1987 a 2001, en contraposición al consumo en las mujeres que ha experimentado un aumento desde 1987 a 2001, aumento que tendrá repercusiones sanitarias a medio y largo plazo en la mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias como estamos ya observando. Anotamos los porcentajes de consumo de tabaco desde (1987-2001) hombres y mujeres, al igual que la prevalencia en el mismo periodo en el caso de los considerados no fumadores y exfumadores. Respecto a hombres fumadores, se aprecia un descenso significativo en la prevalencia que pasa del 55% (1987) al 42,2% (2001); en hombres exfumadores, sucede lo contrario, aumenta pasando de 19% (1987) al 24,7% (2001), dato positivo para la disminución de la prevalencia; respecto a los hombres no fumadores podemos señalar que la prevalencia no ha variado con el paso de los años, manteniéndose muy estabilizada la situación: de 49% (1987) a 48,6% (2001). Podemos observar connotaciones diferentes en mujeres, ya que desde el año 1987 hasta el 2001, se produce una tendencia creciente en la prevalencia de tabaquismo en ellas,

pasando de un 23% a un 27,2%. También se observa un aumento de la prevalencia en las mujeres exfumadoras que pasa de un 6% (1987) a un 9,4% (2001), siendo un dato menos significativo que en los hombres. Respecto a las mujeres no fumadoras observamos una tendencia decreciente de 70% (1987) a 63,2% (2001). Este contexto que acabamos de analizar, era un caldo de cultivo en el que las autoridades sanitarias se plantearon la publicación de la Ley 28/2005.

Si analizamos la prevalencia por grupos de edad/sexo, observamos, en general, un descenso en la prevalencia del tabaquismo en todos los rangos de edad estudiados, excepto en el rango 45-64 años en el que se observa una mayor prevalencia en el año 2001 respecto a 1987. En el año 2001, el porcentaje de población fumadora más alto se observa en el grupo de 25 a 44 años (48,2%) seguido del grupo de 16 a 24 años (41,7%). Por género, se observa en este periodo como la prevalencia del consumo ha disminuido en todos los grupos de edad en los hombres, produciéndose lo contrario en las mujeres, un incremento en el consumo sobre todo en los rangos de edad comprendidos entre 25-44 años y 45-64 años. Por grupos de edad, la prevalencia de consumo ha disminuido en 16-44 años y en 65 y más años, manteniéndose estabilizada en las franjas de edades medias de la vida (25-44 y 45-64).

En la siguiente Tabla mostramos de forma resumida la evolución de la prevalencia de consumo de tabaco por 100 habitantes según la edad en España desde los años 1987-2001:

Grupos de edad	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	1987	2001	1987	2001	1987	2001
16 a 24	51,8	41,7	54,5	40,8	49,0	42,7
25 a 44	48,9	48,2	64,2	52,6	33,6	43,5
45 a 64	28,0	29,7	54,0	42,6	5,1	17,5
65 y más	15,3	9,3	33,8	19,2	1,8	2,1
Total	38,4	34,4	55,1	42,1	22,9	27,2

Tabla 3. Evolución de la prevalencia del consumo de tabaco por 100 habitantes según la edad. España 1987-2001.

La prevalencia del consumo del personal sanitario, considerado un importante modelo social, nos permite afirmar que un gran número de médicos españoles fumaban, colectivo que no debemos olvidar pues su actuación profesional es referente en la población fumadora, la cual se puede ver condicionada por su hábito, que como hemos comentado previamente, era considerado un obstáculo para avanzar en el tratamiento del tabaquismo. En el año 1998, un estudio de prevalencia de consumo de tabaco en los profesionales sanitarios en España, permite obtener los siguientes datos referentes al personal médico y de enfermería del INSALUD (1998), significando diferencias en el consumo entre ambos grupos profesionales (34,7% y 43,2% respectivamente), destacando que había sido más evidente el abandono entre el personal médico (30,7% vs 25,8%), pues la prevalencia en los médicos no fumadores era de un 34,4%, siendo en el personal de enfermería de un 30,9%. La diferencia del consumo según género señala que la prevalencia de fumadores en los hombres/enfermeros fue del 34,4% y del 42,2,% en las mujeres/enfermeras, cifra que evidencia el incremento del consumo de la mujer desde 1998.

La ENSE 2003⁷⁸ nos permite hacer una valoración del estado de la cuestión. El análisis de la prevalencia nos muestra que los patrones de consumo de tabaco varían considerablemente según la edad y el sexo. El porcentaje de hombres fumadores se sitúa en un 37,6% y el de mujeres en un 24,7%, comparándolo con el año 2001. En el caso de los hombres el porcentaje ha disminuido ya que en el año 2001 la prevalencia era de 42,1% y en el caso de la mujer también pero en menor cuantía, ya que en 2001 era de 27,2%. En ambos sexos predomina el consumo diario sobre el ocasional, el grupo de exfumadores es más frecuente en varones y crece con la edad mientras que en las mujeres encontramos exfumadoras por debajo de los 50 años. Existen algunas cohortes femeninas por encima de los 65 años en las cuales la proporción de mujeres que no han fumado nunca se aproxima al 95%. Según esta encuesta, la prevalencia de tabaquismo entre la población española de 16 y más años es de un 31% de fumadores actuales (diarios y ocasionales), observándose, sin embargo, un descenso desde 1987, cuando la prevalencia era de 38,4% en 2003 y en 2001 fue de 34,4%. En general podemos señalar como muy positivo la disminución de los

porcentajes respecto a la prevalencia de consumo de tabaco a lo largo de los años analizados, pero en la evolución de los últimos 15 años, observamos un importante incremento superior al 50% en las mujeres, y de forma especial, entre los grupos de edad más jóvenes (38,4% v.s. 42,7% en el grupo de 16 a 24 años, y 33,6% vs 43,5% entre los 25-44 años), en contraposición con lo que ocurre entre varones de los mismos grupos de edad (54,5% vs 40,8% en el primer grupo y 64,2% vs 52,6% en el segundo). Según ENSE 2003, el 28,1% se considera fumador diario, el 2,9% fumador ocasional, el 51,7% nunca ha fumado y el 17,3% exfumador. Analizando el consumo por grupos de edad, se observa como el rango de edad con mayor consumo corresponde a 35-44 años, siendo de 44% (hombres) y de 36% (mujeres). Le sigue en porcentaje el grupo de edad de 45-54 (hombres) y posteriormente el grupo de edad de 25-34 años, siendo el grupo de menor consumo el que corresponde a 75 años o más. En todos los grupos de edad la prevalencia en hombres es mayor que en mujeres.

Aunque España sigue siendo uno de los países de la Unión Europea que presenta una mayor prevalencia de consumo de tabaco, como hemos visto anteriormente, tanto en hombres como en mujeres, existen ciertos indicios por datos preliminares ENSE 2006, que muestran claramente una tendencia descendente del tabaquismo en España y que situaría la prevalencia global de fumadores diarios en nuestro país en la franja alrededor del 25%. ENSE 2006 señala que el 30% de la población de 16 años o más es fumadora, existiendo un 27% de fumadores diarios, 2,9% de fumadores ocasionales, 21,11% exfumadores y un 48,9% nunca han fumado. Respecto al consumo entre hombres y mujeres, los datos son los siguientes: un 32,2% de hombres fuman respecto a 22,1% de mujeres.⁷⁹ Disminución ante la irrupción del nuevo marco social en el que nos movemos tras la entrada en vigor de la Ley 28/2005 en enero 2006 como parece manifestarse en las encuestas realizadas recientemente.⁸⁰

1.2.1.2. Prevalencia del consumo de tabaco en Extremadura.

Dedicamos un apartado a la evolución de la prevalencia de consumo de tabaco existente en nuestra Comunidad Autónoma mostrando los datos según: sexo, escolares y comparativa con el resto de España. La Encuesta Domiciliaria

de Consumo de Drogas (1997-2001) realizada por la empresa Sigma Dos sobre Extremadura (población extremeña de 15 a 65 años), ofrece varias informaciones: considera que el consumo de tabaco está muy extendido y cómo ha ido aumentando el hábito tabáquico, como podemos comprobar en la siguiente Tabla, datos desprendidos por la Encuesta Domiciliaria de Consumo de Drogas referentes a la Comunidad Autónoma Extremeña. (1997/1999/2001).

Han fumado	Media 1997 Extremadura	Media 1999 Extremadura	Media 2001 Extremadura
Alguna vez	68,35 %	68,80 %	73,50 %
Último mes	42,00 %	42,70 %	43,00 %
Nunca	31,40 %	31,20 %	26,50 %

Tabla 4. Porcentajes de consumo de tabaco en Extremadura. 1997-2001.

Los datos desprendidos de la Tabla reflejan que en 1997 el 68,35% de la población había consumido tabaco alguna vez, dato que se incrementa a lo largo de los años siguientes siendo de 73,5% en 2001, valoración que consideramos significativa y que se invierte al preguntar por el consumo de tabaco en el último mes, presentando unos valores en torno al 42% desde el 1997 al 2001. Por otra parte, se observa una disminución de la prevalencia en aquellos que no han consumido nunca, pasando de un 31,4% (1997) a un 26,5% (2001). En el análisis de la prevalencia según género, al igual que ocurre en el resto de España, en el hombre la prevalencia es de un 80,5% frente al 66,2% de las mujeres. Sin embargo observando la evolución desde el año 1997, nos encontramos descenso en los hombres y aumento significativo en el consumo entre las mujeres como vemos en la Tabla 5, según la Encuesta Domiciliaria sobre el Consumo de Drogas en Comunidad Autónoma Extremeña. (1997-2001).

Hombres	1997	1999	2001
Alguna vez	91,90 %	80,80 %	80,50 %
Ultimo mes	50,40 %	50,10 %	46,30 %
Nunca	17,80 %	19,10 %	19,50 %

Mujeres	1997	1999	2001
Alguna vez	54,20 %	56,40 %	66,20 %
Ultimo mes	33,00 %	35,00 %	40,30 %
Nunca	45,50 %	43,60 %	33,80 %

Tabla 5. Porcentajes de consumo de tabaco en Extremadura según género, 1997- 2001.

La edad media de inicio de consumo de tabaco, en mayores de 15 años, se sitúa en 16,4 años, según la Encuesta Domiciliaria de Consumo De Drogas (2001); respecto a población fumadora (personas que han fumado un cigarrillo a diario durante el último mes) revela que un 35,3% de la población extremeña se declara fumadora diaria, porcentaje que ha ido aumentando progresivamente desde el año 1997 (34,1%).

La Encuesta Escolar sobre Drogas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas (2000), en relación a la población escolar (alumnos/as de 14-18 años), concluye que los extremeños que han fumado alguna vez son el 18,5%, y que fuman en la actualidad el 32,5% de la población encuestada, señalando que la edad de inicio de consumo del primer cigarrillo se sitúa en 12,8 años, cifra algo inferior a la media de España 13,2 años, siendo la edad de inicio de consumo diario en Extremadura (14,1 años), semejante a la del resto del país (14,4 años). Observamos cómo se consume más tabaco alguna vez, pero existen menos fumadores habituales que en el resto de España. Respecto a la edad media de inicio es similar al 2001, comenzando a fumar en el año 2003 los extremeños en edades más precoces que el resto de España. ⁸¹

En las siguientes Tablas (6-9) mostramos la comparativa entre España y Extremadura:

Frecuencia de consumo	Media 2001		Media 2003	
	España	Extremadura	España	Extremadura
Alguna vez	69,1	73,4	68,8	73,2
Ultimo mes	42,2	45,5	43,5	41,3
Todos los días	35,2	37,6	36,2	34,1
Edad 1er cigarrillo (años)	16,39	16,26	16,48	15,84

Tabla 6. Consumo de tabaco en Extremadura y España. Comparativa años 2001 y 2003. Porcentaje de frecuencia de consumo.

Frecuencia de consumo	Hombres Extremadura		Mujeres Extremadura	
	2001	2003	2001	2003
Alguna vez	55	55,9	45	44,1
Ultimo mes	53,5	57,8	46,5	42,2
Todos los días	52,9	44,7	47,1	55,29

Tabla 7. Consumo de tabaco en Extremadura. Comparativa años 2001 y 2003. Hombres-Mujeres. Porcentaje.⁸¹

Datos que no han variado mucho. Las mujeres reducen lentamente la frecuencia en las dos variables analizadas “consumo de tabaco” (alguna vez, último mes) para aumentar de manera significativa en la variable “consumo de tabaco” (todos los días).

Continuando con el análisis de la prevalencia, la siguiente Tabla permite hacer una valoración y comparar los años 2002-2004; observamos cómo en Extremadura ha descendido la frecuencia de consumo pasando de un 39,1 a 37,6, mientras aumenta en España, igualmente la variable consumo en los últimos 30 días desciende en Extremadura de manera más significativa, donde sin embargo, la edad de inicio de consumo de tabaco es inferior al resto de España (13,01) en el año 2004, frente al (13,6).

Frecuencia de consumo	Media 2002		Media 2004	
	España	Extremadura	España	Extremadura
Fumó o fuma en la actualidad	32,8	39,1	33,1	37,6
Consumo en los últimos 30 días	28,8	36,1	28,7	32,8
Edad primer cigarrillo (años)	13,06	13,14	-	13,01

Tabla 8. Consumo de tabaco en escolares Extremadura y España. Comparativa años 2002 y 2004. Según Porcentaje.⁸¹

La Encuesta Domiciliaria Escolar sobre Consumo de Drogas (2002-2004)⁸² plantea el consumo de tabaco en escolares según la variable sexo, concluyendo que la prevalencia tanto en hombres como en mujeres es más alta en Extremadura que en el resto de España, sucede lo mismo con el consumo en los últimos 30 días, como vemos en la siguiente Tabla 9, que muestra la frecuencia de consumo en hombre y mujeres (2002-2004):

Frecuencia de consumo	Media 2002		Media 2004	
	Hombres		Mujeres	
	España	Extremadura	España	Extremadura
Fumó o fuma en la actualidad	29,6	31,2	36,7	42,6
Consumo en los últimos 30 días	25,1	27,3	32,4	37,0

Tabla 9. Consumo de tabaco en escolares Extremadura y España. Comparativa años 2002 y 2004. Según sexo. Porcentaje.

Según la evaluación de la campaña contra el tabaquismo en Extremadura observamos que respecto al personal sanitario: un 21,8% de la población sanitaria no ha fumado nunca; un 37,6% de las mujeres y un 35,4% de los hombres han dejado de fumar, y un 35,4% de las mujeres y un 34,4% de los varones fuma en la actualidad. Respecto al personal docente: un 30,9% no ha

fumado nunca; un 35,7% de las mujeres no fuman frente al 23,4% de los varones, un 30,7% de los varones fuma en la actualidad y un 25,45% de las mujeres.⁸³

En porcentajes la prevalencia de la población fumadora de 16 y más años por las diferentes Comunidades Autónomas (ENSE 2003), presenta en Extremadura una prevalencia del 30,63%, siendo de las más elevadas, sólo superada por el 32,69% de la Comunidad Autónoma Andaluza. Mientras en Galicia es de 25,18%, en Castilla León de 28,21%, y en Castilla la Mancha de 27,88%.

1.2.2. Morbilidad y mortalidad relacionada con el consumo de tabaco.

El tabaquismo continúa haciendo estragos en la Salud Pública de España y del mundo. La mortalidad que se le atribuye es un instrumento epidemiológico útil para la monitorización de la epidemia tabáquica y proporciona una imagen aproximada de cuál es la situación. Este índice, junto al alto coste sanitario y social, unido al hecho de que el tabaquismo es un factor de riesgo susceptible de prevención, ha convertido “la reducción de la prevalencia del consumo de tabaco” en uno de los objetivos prioritarios de las políticas de salud de cualquier país de nuestro entorno socioeconómico.

Definida la morbilidad como la proporción de individuos que enferman en un lugar y tiempo determinados, podemos señalar que el consumo de tabaco se relaciona con más de 25 enfermedades y es además el principal factor causante del 30% de todos los cánceres: siendo el 85% de los casos provocado por el tabaco en el caso del cáncer de pulmón, cáncer de cavidad oral (labios, boca, lengua y garganta), y cáncer de laringe, faringe, esófago, vejiga y riñones. También es el causante de enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica, enfisema y el asma, provocadas o exacerbadas por el tabaco. El consumo de tabaco es un importante factor de riesgo que contribuye a las enfermedades cardiovasculares y a la cardiopatía isquémica como acabamos de mencionar.⁸⁴

El tabaco afecta por igual a hombres y mujeres, pero existen riesgos adicionales asociados a la mujer fumadora específicos de su género, como la reducción de la fertilidad o el incremento del riesgo de menopausia precoz, contribuyendo a la pérdida de calcio óseo y a la osteoporosis en las mujeres en fase posmenopáusicas. Si la mujer toma anticonceptivos se incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. El consumo de tabaco en el embarazo incrementa el riesgo de aborto espontáneo y puede provocar complicaciones en el transcurso del mismo como la muerte fetal, recién nacidos de bajo peso o la muerte del neonato. Se considera también un serio problema de Salud Pública la exposición involuntaria al humo del tabaco, pues supone un riesgo considerable para la población no fumadora, incrementando el riesgo de padecer enfermedades respiratorias, cáncer de pulmón y cardiovasculares, como ya hemos comentado previamente.^{44,46,84} En la población infantil el humo del tabaco aumenta el riesgo de padecer infecciones de las vías respiratorias altas, otitis media, sinusitis, bronquitis, neumonías, asma y muerte súbita del lactante.⁸⁵ Aunque existen evidencias de una relación dosis-respuesta, a mayor número de cigarrillos mayor riesgo de enfermedad, sin embargo, no existe umbral de seguridad que nos permita afirmar que fumar aún en cantidades mínimas sea seguro. Se ha demostrado cómo, incluso consumos bajos, entre 1 y 4 cigarrillos diarios, se asocia con un incremento significativo de la mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca y todas las demás causas en ambos sexos y por cáncer de pulmón en las mujeres. Cuando se ajustan los riesgos relativos (RR) a 5 años de consumo, los riesgos en las fumadoras *lights* se incrementan sobre todo en el caso de la mujer, ya que es el prototipo de consumidora de tabaco con marca *light*.⁸⁶

En la siguiente Tabla mostramos el riesgo relativo de muertes en fumadores:

Causas muerte	Hombre	Mujer
Todas las causas	1,57 (1,33-1,85)	1,47 (1,19-1,82)
Enfermedad isquémica.	2,74 (2,97-3,61)	2,94 (1,75-4,95)
Todos los cánceres.	1,08 (0,78-1,49)	1,14 (0,84-1,55)
Cáncer de pulmón.	2,79 (0,94-8,28)	5,03 (1,81-13,98)

Tabla 10. RR (IC 95%) de muertes en fumadores de 1 a 4 cigarrillos/día vs no fumadores.⁸⁶

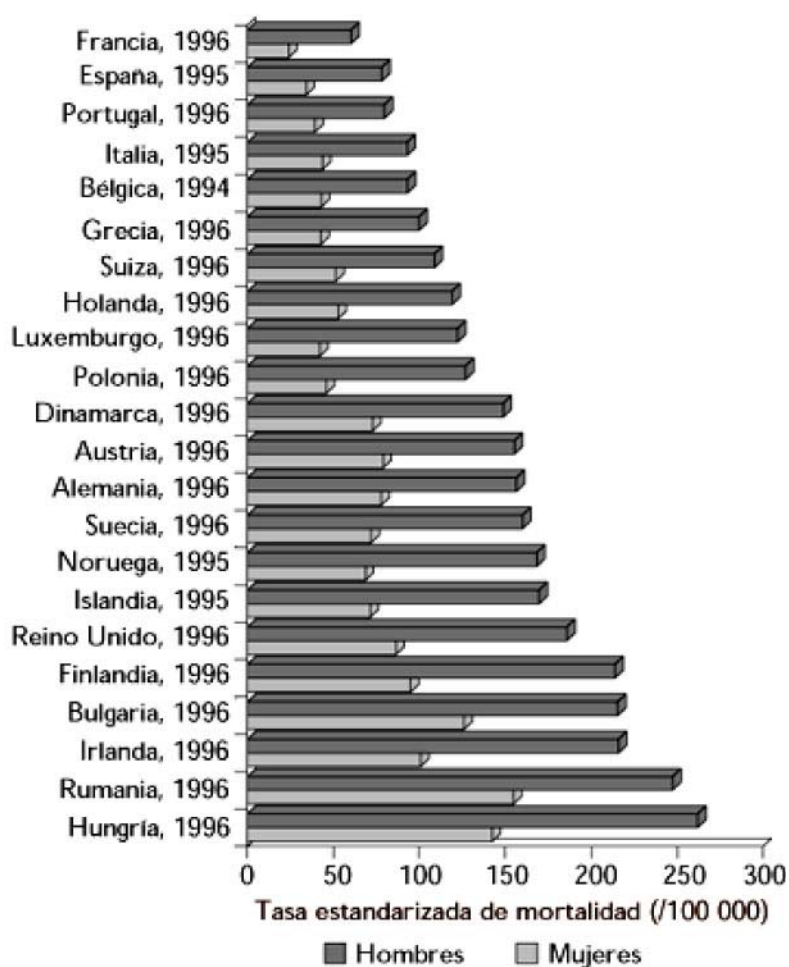
Un estudio epidemiológico en los años 50, realizado por Doll y Hill, fue el primero que evidenció la relación entre consumo de tabaco y exceso de mortalidad, a partir del cual se originó una extensa lista de nuevos Informes. Se han efectuado muchas investigaciones sobresalientes de tabaquismo y enfermedad, como los primeros estudios de casos y controles de cáncer de pulmón (Doll y Hill, 1950; Levin, Golstein y Gerhardt, 1950; Wynder y Graham, 1950) y los grandes estudios de cohorte, que incluyen el estudio de Framingham (Dawber, 1980), el de los médicos británicos (Doll y Hill, 1954) y los de cohorte, iniciados por la American Cancer Society, dos de los cuales incluyen, cada uno a un millón de estadounidenses (NCI, 1997). En los Informes existía relación causal, siendo un factor de riesgo de numerosas enfermedades como hemos señalado.⁸⁷ Un estudio de 40 años de seguimiento de 34439 médicos varones británicos demostró que la tasa de mortalidad de los fumadores era aproximadamente 3 veces superior a la de no fumadores entre los 45 y 64 años y, dos veces mayor entre los 65 y los 84 años. A partir de estos datos, se estima que uno de cada 2 fumadores regulares morirá a consecuencia del tabaco.⁸⁸ El tabaco ha causado 60 millones de fallecimientos en la segunda mitad del siglo XX, lo que supone el 12% de la mortalidad total. Según la Organización Mundial de la Salud el tabaco es la segunda causa de muerte en el mundo, se calcula que es el responsable de la muerte de 1 de cada 10 adultos en el mundo, lo que supone alrededor de 5 millones de muertes/año. También el tabaquismo es la primera causa de mortalidad prematura en los países desarrollados, y se estima que en el año 2020 el tabaco provocará el 18% de las muertes en los países desarrollados y el 11% en los países en vías de desarrollo. En los países desarrollados el tabaco causa el 35% de las muertes en los varones de edad media y más de una quinta parte en la vejez. En las mujeres, al incorporarse más tarde al proceso, todavía no se ha alcanzado el máximo de la epidemia de tabaco, mientras que en los varones la mortalidad atribuible comienza a disminuir en los últimos años invirtiéndose la situación. Sabemos que fumar cigarrillos produce en la actualidad cada año la muerte prematura de 55000 fumadores en España, más de 500000 en Europa y aproximadamente 3 millones de personas a nivel mundial. ⁸⁴

1.2.2.1. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en Europa.

La mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca y por cáncer de pulmón puede utilizarse como una buena aproximación al impacto del tabaquismo en los países europeos.⁸⁹ Para una mejor comprensión y análisis del mismo se representan las tasas estandarizadas de mortalidad en las Figuras siguientes: Figura 1 y 2, en las que se muestran las tasas estandarizadas (población mundial) de mortalidad para estas enfermedades en los 22 países considerados durante el año 1996 (en algunos países la tasa corresponde a 1995 o a 1996). Podemos observar claramente un patrón Norte-Sur en la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón (Figura 1), tanto en hombres como en mujeres, con tasas cinco o seis veces superiores en los países del Centro, Este y Norte de Europa (Hungría, Rumania, Irlanda, Bulgaria y Finlandia), en comparación con las tasas en los países del Sur de Europa (Francia, España, Portugal o Italia). En relación con el cáncer de pulmón (Figura 2), existe un rango de variación entre 4 y 5 en los países con tasas más elevadas (Hungría, Bélgica y Polonia en los hombres, y Dinamarca, Islandia y Reino Unido en las mujeres) y los países con tasas más bajas (Suecia, Islandia y Portugal en los hombres, y España, Portugal y Francia en las mujeres). Este patrón global de mortalidad es la tendencia en las últimas décadas, y puede apreciarse una tendencia favorable con descenso de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en la mayoría de países del Norte de Europa.

La mortalidad por cáncer de pulmón en hombres muestra una cierta estabilización en la mayoría de países del Centro y Sur de Europa, un claro descenso en los países nórdicos y más occidentales, y un aumento en los países del Este, que presentan las mayores tasas en hombres de mediana edad. Analizando los datos de mortalidad en la mujer, se observa que no ocurre lo mismo que en el hombre, al observar una tendencia desfavorable al aumento de la mortalidad en la mayoría de países europeos.⁹⁰ Estas tendencias con un aumento de la mortalidad femenina, no hacen sino reflejar la necesidad urgente de poner en marcha medidas para el control de la mortalidad relacionada con el tabaco, como la prevención del tabaquismo entre los jóvenes y la promoción del abandono, sobre todo en mujeres y en los países del Sur y Este de Europa.

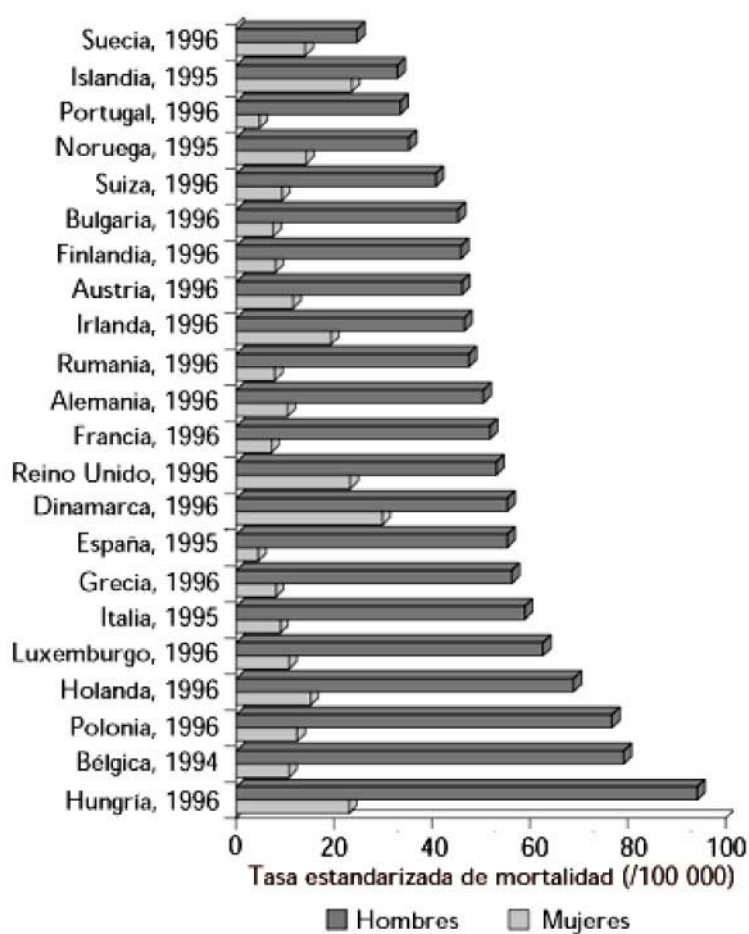
La Figura 1 muestra la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en 22 países europeos. La tasa estandarizada de mortalidad es superior en hombres en todos los países analizados, destacando Hungría como el que presenta mayor mortalidad frente a Francia con la menor tasa. España es, junto con Francia, el país que menos tasa de mortalidad por enfermedad isquémica presentan, siendo en el hombre más elevada que en la mujer como ya hemos señalado previamente.



Fuente: referencia 7

Figura 1. Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en 22 países europeos.

La Figura 2 que mostramos a continuación representa la mortalidad por cáncer en los 22 países europeos, en ella destaca también cómo es mayor la tasa estandarizada en todos los países analizados en el hombre, siendo Hungría el país con una mayor tasa y Suecia el que presenta un índice de menor tasa. En el caso de mortalidad por cáncer, España aparece con una tasa bastante elevada de mortalidad.



Fuente: referencia 7

Figura 2. Mortalidad de cáncer de traquea, bronquios y pulmón en 22 países europeos.

Datos del año 2000 en el mundo refieren cómo el 12% de las muertes en la población de 30 años o más (18% en varones y 5% en mujeres) fueron atribuibles al tabaquismo, constituyendo en total 4,83 millones de muertes prematuras de las cuales 2,41 millones ocurrieron en países en desarrollo.¹⁴³ En los países industrializados estas cifras significaron un 19% de la mortalidad total en ese grupo de la población (28% en varones y 9% en mujeres), y el 9% en los países en desarrollo (14% en varones y 3% en mujeres). En el contexto de los países de la UE, en el año 2000, el 23% de las muertes en varones mayores de 35 años y el 7% de las muertes en mujeres mayores de 35 años fueron atribuibles al tabaquismo (Peto y otros, 2004). En España, estas cifras suponen el 27,1% de todas las muertes producidas en varones y el 2,9% en las mujeres de esa edad.⁹³

1.2.2.2. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España.

Continuando el análisis de la mortalidad, valoraremos la situación de España. País en el que la mortalidad atribuida al consumo de tabaco es muchísimo mayor que la atribuida al consumo de drogas ilegales, sida y accidentes de tráfico juntos, siendo responsable de una pérdida media de 10 años de vida, datos que nos parecen alarmantes.

La mortalidad atribuible en España aumentó de 37259 muertes en 1978 a 54233 muertes en 2001, lo que representa un incremento relativo porcentual positivo total en el número de muertes atribuibles al tabaquismo en el periodo 1978-2001 del 45,6% (37,2% en hombres y 28 % en mujeres). Este aumento obedece a varias razones, siendo una de ellas la evolución del consumo de tabaco. Aunque en el conjunto de España la prevalencia del consumo de tabaco en la población adulta mayor de 16 años disminuyó entre 1987 y 2001(38,1% en 1987 y 34,4% en 2001), en el colectivo poblacional en edades más susceptibles de morir por el tabaquismo, es decir, los 35 años y más, no disminuyó, sino que aumentó ligeramente (28,1% en 1987 a 28,6% en 2001).⁹³

Aportando cifras más concretas, en España se estima que el consumo de tabaco ha ocasionado la muerte de 621678 personas de 35 y más años, durante

el periodo de 1978-1992, lo que significa el 14% de la tasa de mortalidad global anual. La mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998, se ha estimado en 55613 personas, que representan un 16% de todos los fallecimientos ocurridos en la población de 35 años o más. El 92,5% de estas muertes se atribuyen a hombres (51431) y el 7,5% a mujeres (4182). De estas muertes, el 26,5% se deben a cáncer de pulmón, el 20,9% a enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el 12,8% a cardiopatía isquémica y el 9,2% a enfermedad cardiovascular. Se estima que en España durante 1992, fallecieron 46226 personas por enfermedades relacionadas con el tabaco (93,4% de ellas de sexo masculino, pero la incorporación de la mujer al consumo de tabaco, ha incrementado un 23 % su número entre 1978 y 1992).^{92,93} Sólo en 1992 las muertes atribuibles al consumo de tabaco en este grupo de población han pasado de 37259 a 46226, lo que representa el 24% de esta mortalidad. Un tercio de éstas además fueron prematuras con la consiguiente pérdida de años potenciales de vida (entre 10 y 20 años por persona). Aunque la mayoría de estas muertes ocurrieron en hombres, hay que destacar que la mortalidad femenina ha experimentado un aumento considerable entre 1978 y 1992, un incremento anual promedio de 6% frente a una disminución promedio de 0,2% en los hombres.

Banegas ⁹³ señala que las 54233 muertes anuales atribuidas al tabaco, suponen un 15,5% de las muertes ocurridos en individuos de 35 años o más en España (2001). Estas muertes anuales atribuibles al consumo de tabaco estimadas para el conjunto de España en el 2001 obedecen, en gran medida, a la enorme prevalencia de consumo en España en ese año. Según la Encuesta Nacional de Salud 2001, la prevalencia de consumo de cigarrillos fue de 34% en los adultos españoles, cifras que representan unos 12 millones de fumadores adultos. ⁹³ El 91% de los casos ocurrieron en varones (49366) y el 9% en mujeres (4867). Estas cifras suponen el 27,1% de todos los fallecimientos en varones y 2,9% de todos los fallecimientos en mujeres. Dos tercios de las muertes se debieron a cuatro causas: cáncer de pulmón (28%), EPOC (20%), cardiopatía isquémica (12,4%) y enfermedades cerebrovasculares (8,9%). En los varones predominan los tumores malignos (44,1%) y en las mujeres las enfermedades

cardiovasculares (44,2%). El 90,5% de los casos de todas las muertes en varones son debidas al cáncer de pulmón, el 85,2% a EPOC, el 27% a enfermedad coronaria y el 28,1% de las enfermedades cerebrovasculares fueron atribuidas al tabaquismo, mientras que en las mujeres se corresponde al 44,1%, 29,8%, 3,8% y 3% respectivamente.

Según estos datos, la mortalidad atribuible al tabaco podría haber comenzado a disminuir, ya que hubo 439 muertes menos que en el año 2000, 3139 menos que en el año 1999 y 4393 menos que en el 1992.⁹³ Mortalidad que supone, que una de cada cuatro muertes en varones y una de cada treinta y nueve en mujeres son atribuibles al tabaquismo. Tras realizar el análisis de los datos de una manera descriptiva, podemos constatar que la mortalidad evoluciona de manera distinta en razón del sexo, así entre los primeros se ha reducido un 4% entre el año 1998 y el 2001, mientras que ha ocurrido lo contrario en la mujer con un incremento del 16%. Pero dado que el 91% de las muertes por tabaco siguen registrándose en la población masculina (2001), la factura global se reduce.¹⁰⁴ Mortalidad que clasificamos de la siguiente manera: cáncer de pulmón en el 27,1% de los casos; EPOC en el 21,4% de los casos; cardiopatía isquémica en el 12,7% y enfermedad cerebrovascular un 9,1% de los casos.

La mortalidad por cáncer de pulmón en ambos sexos continúa aumentando, pero de forma más importante en mujeres, debido a su incorporación más tardía al consumo, como ya hemos señalado. Comparativamente en 1999 en hombres fue del 26,8% produciéndose un ligero aumento en el año 2000, que llega al 27,1%, mientras en la mujer aumenta del 15,1% en 1999 al 17,6% en el año 2000.

Una estimación más reciente de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España, apunta que son unas 51000 muertes atribuibles en el año 2004 (Banegas, Díez-Gañán y otros, 2006, datos no publicados), considerando que aunque está en descenso, el impacto de estas muertes sigue siendo importante. Una de cada 7 muertes ocurridas en sujetos de 35 años y más son atribuibles al tabaquismo (una de cada 4 en hombres y una de cada 36 en

mujeres). La estimación se ha realizado a partir de la prevalencia de tabaquismo en 2003, la mortalidad en España en 2004 y los riesgos relativos de muerte del *Cancer Prevention Study II* (1982-88), y se refiere a las muertes atribuibles al tabaquismo en la población española de 35 y más años en 2004. Por tanto, hay que señalar que la imagen optimista derivada del probable cambio en la tendencia en la mortalidad atribuible al tabaquismo, no debe ocultar que el descenso observado es muy moderado y que la carga de mortalidad atribuible al tabaquismo en España sigue siendo muy alta.

Podemos concluir, por tanto, que por sexos en el hombre el cáncer supone la primera causa de muerte y en la mujer las enfermedades cardiovasculares. Entre los cánceres 2/3 son de pulmón, y el tercio restante de vejiga y de esófago. Dentro de las enfermedades cardiovasculares, la primera causa de muerte son los infartos, mientras que en la mujer los accidentes cerebrovasculares. Si se consigue una tendencia decreciente, con una disminución de la prevalencia en el consumo, a corto plazo, se reducirían las muertes por enfermedades cardiovasculares y a medio-largo plazo las muertes por cáncer de pulmón.

1.2.2.3. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en Extremadura.

En Extremadura el consumo de tabaco está muy extendido, con un incremento en los últimos años. La mortalidad por patología relacionada con su consumo representa el 18% de la mortalidad total (1800 fallecimientos/año), de los cuales 1400 corresponden a varones y 400 a mujeres. De las causas de mortalidad, un 60% se producen en hombres y un 20% en mujeres por enfermedades como neoplasias de vía aérea, EPOC, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular, son achacables al tabaco. ⁹⁴

La cifras dadas en Extremadura, por la Encuesta Nacional de Salud, 1997 (1999) ponen de manifiesto la magnitud del problema de Salud Pública en nuestra región. Los datos obtenidos nos permiten estimar el impacto que sobre la mortalidad tiene el consumo de tabaco, y establecer los objetivos de los

Programas de prevención y control del consumo de tabaco entre la población, en especial los dirigidos a mujeres jóvenes.^{95, 96}

El registro de mortalidad de Extremadura recoge todas las defunciones que se producen dentro del territorio de la Comunidad Autónoma desde 1990 por la población total por sexos y de forma global por cada uno de los grandes grupos de causas de defunción. Asistimos a un descenso de la mortalidad general de Extremadura en los primeros años de la década presentando un pico de incidencia en el año 1993 para después descender al año siguiente e ir aumentando anualmente, desciende de nuevo en el año 2000 y 2001 y aumenta de nuevo en los años 2002 y 2003, con la misma incidencia en ambos sexos, pero la Tasa Cruda por 100000 habitantes es superior en el hombre que en la mujer.⁹⁷

El Informe de Salud Pública 2005, respecto a la mortalidad por las diversas patologías, señala que las derivadas del aparato respiratorio ofrecen una tendencia ascendente con un pico de incidencia de 1998 a 1999, alcanzando una Tasa Cruda de 160 por 100000 habitantes en varones y de 120 por 100000 habitantes en mujeres, observando una tendencia similar hasta el año 2003, siendo esta mortalidad mayor en varones que en mujeres, y que el comportamiento de la serie histórica de mortalidad por tumores (neoplasias) es uniforme a lo largo de estos años presentando pequeñas fluctuaciones, pudiendo señalar que la mortalidad también es superior en varones que en mujeres de manera general.⁸³

Un estudio realizado por la Junta de Extremadura (2006) nos revela cómo durante los últimos 15 años murieron 27455 personas fumadoras en Extremadura, esto supone una mortalidad anual de 1393 personas, del total de los fallecidos 20848 correspondían a varones y 6607 a mujeres. Otro resultado mostró una reducción del 6 % de la prevalencia de tabaquismo en los últimos 15 años en la región.⁹⁸

La mortalidad, según el último Informe de Salud Pública de la Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo 2005 (2007), presenta un

perfil de mortalidad en Extremadura de 9805 defunciones de ambos sexos, de las cuales 52,42% correspondieron a varones y 47,58% correspondieron a mujeres.

A continuación mostramos en las siguientes Tablas las principales causas de mortalidad en Extremadura según el Informe de Salud Pública 2005 (Tabla 11), y el perfil de mortalidad en Extremadura (Tabla 12) según grandes grupos CIE 10. Observamos en la primera cómo la mayor Tasa Cruda corresponde a muertes por enfermedad derivadas del aparato circulatorio y las menores el aparato digestivo. Respecto a la diferencia entre hombres y mujeres, existían más defunciones en los varones alcanzando la cifra de 5140, de las cuales 121,41 correspondían al aparato respiratorio; en el caso de las mujeres el número de defunciones fue de 4665, de las cuales 78,48 correspondían al aparato respiratorio.

A modo de conclusión podemos señalar que al igual que sucede en el resto de España, todavía la mortalidad atribuible al consumo de tabaco y a las enfermedades que produce es más elevada en el varón que en la mujer, datos que presumiblemente se invertirán con el paso de los años.

A continuación en la siguiente Tabla, mostramos según un Informe de Salud Pública 2005, las principales causas de mortalidad en Extremadura.

Principales causas, grandes grupos CIE-10. Tasa Cruda por 10(5)		
<ul style="list-style-type: none"> - aparato circulatorio:312,57 - tumores 243,84. - aparato respiratorio 99,79 - mal definidas: 45,01 - aparato digestivo: 43,06 		
Desglosándolo por sexos		
	VARONES	MUJERES
Defunciones	5.140	4.665
Tasa cruda por 105	963,04	861,40
Tasa Estándar por 105	616,11	447,86
Edad media	73,74 (sd 154,33)	81,13
Principales causas, grandes grupos CIE-10		
Tasa Cruda por 105		
Aparato circulatorio	284,42	340,31
Tumores	314,96	
Aparato respiratorio	121,41	78,48
Causas externas	49,09	52,81
Aparato digestivo	44,40	41,73

*Tabla 11. Principales causas de mortalidad en Extremadura.
Informe de Salud Pública 2005.*

Mostramos el perfil de mortalidad en Extremadura de formas más detallada en la siguiente Tabla:

Perfil de mortalidad en Extremadura 2004			
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Número de defunciones	9.805	5.140 (52,42%)	4.665 (47,58%)
Tasa cruda por 10 ⁵ habitantes	911,85	963,04	861,40
Tasa estándar por 10 ⁵ habitantes	532,76	616,11	447,86
Edad media	77,25	73,74	81,13
Causas Tasa cruda por 10 ⁵ habitantes			
Tumores	243,84	314,96	173,86
Aparato respiratorio	99,79	121,41	78,48
Aparato circulatorio	312,57	284,42	340,31
Aparato digestivo	43,06	44,40	41,73
Mal definidas	45,01	49,09	52,81

Tabla 12. Perfil de mortalidad en Extremadura 2004. Informe de Salud Pública 2005.

El Plan de Salud Extremadura 2001-2004 revela que la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en Extremadura en el año 2000 se cifra aproximadamente en 1800 muertes anuales (1400 hombres/400mujeres), representando un 18% de la mortalidad total. Podemos estimar que cada día, por ello, mueren en Extremadura 5 personas. Las principales causas relacionadas con el consumo de tabaco, como ya hemos señalado anteriormente son: tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, EPOC, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular. En varones la primera causa de mortalidad atribuible al consumo de tabaco son los tumores malignos y en las mujeres, las enfermedades cardiovasculares.⁹⁹ Desde el año 1990 al año 2000 el Registro de mortalidad en Extremadura, estimado según la Dirección General de Salud Pública, muestra cómo la mortalidad atribuible al consumo de tabaco es superior en los hombres, siendo la primera causa de mortalidad, apareciendo en segundo lugar las enfermedades cardiovasculares, y señalando que aún la mortalidad femenina sigue presentando niveles bajos, de tal manera que en hombres, aproximadamente el 60% de la mortalidad por las causas consideradas en el Tabla 12 se deben al consumo de tabaco, en mujeres, este porcentaje se acerca al 20%.

Continuando con el análisis de la mortalidad por tabaquismo en Extremadura, valoraremos la situación que muestra respecto al resto de las Comunidades Autónomas. Considerando la mortalidad por tabaco en España, las Comunidades con un índice menor de mortalidad por consumo de tabaco corresponden a Castilla León (9,37%) y a la Rioja. Extremadura, sin embargo, presenta junto con Asturias (22%), Canarias (20%), y Comunidad Valenciana (20,03%) los índices más elevados, siendo del 18% (2002), dato que significa 1800 muertes/año. A modo de comparación la mortalidad ocasionada por el tabaco en algunas Comunidades Autónomas muestra los datos siguientes; así en Castilla la Mancha (2001) cada día mueren ocho personas, de las que seis son hombres y dos mujeres, por lo que se puede decir que el tabaquismo tiene en esta Comunidad Autónoma un gran impacto y una gran importancia sobre la mortalidad superior a la descrita en otras, con cifras que oscilan desde el 9,87% en Castilla y León,¹⁰⁰ el 11,7% de Extremadura,¹⁰¹ el 15,9% en la provincia de Granada,¹⁰² el 16% en la Comunidad de Madrid ¹⁰³ y el 16% en 1998 a nivel de España, ¹⁰⁴ y ¹⁰⁵ siendo en Canarias de un 24%. ^{106, 109}

En nuestro estudio, y en aquellos en los que se ha utilizado una metodología similar, el impacto real que tiene el hábito tabáquico sobre la mortalidad estaría subestimado al considerar en el análisis sólo las patologías más importantes asociadas al consumo de tabaco. Las diferencias observadas estarían condicionadas por variaciones en la prevalencia, duración e intensidad del hábito tabáquico, así como la posibilidad de existir diferencias en la exactitud de las causas de defunción. ¹⁰⁷⁻¹⁰⁸

Es evidente que las medidas legales, educativas y sanitarias son insuficientes para controlar el problema y que en Extremadura son necesarios más estudios sobre morbilidad, invalidez y costes que este hábito genera en los extremeños.

1.3. Adolescentes y consumo de tabaco. Problemas prioritarios producidos como consecuencia del consumo de tabaco.

1.3.1. Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes.

Los adolescentes constituyen un capítulo fundamental a tratar en el proceso del consumo de tabaco, ya que como veremos a continuación, la prevalencia del tabaquismo es cada vez mayor y la edad de inicio más precoz.¹¹⁸ La protección del adolescente es un objetivo prioritario y suscita el mayor consenso social. Sin embargo es la tarea más difícil al enfrentarse directamente con los esfuerzos de promoción de la industria tabaquera, que necesita reclutar nuevos adictos para sustituir a los que fallecen o abandonan el hábito. Una política efectiva de protección a los jóvenes, que son los más afectados en la actualidad, pasa por la regulación estricta de la publicidad y la promoción. También conduce a revisar la regulación de la venta a menores, que en algunas Comunidades Autónomas estaba prohibido hasta los 18 años y en otras hasta los 16 años, situación que desde la entrada en vigor de la nueva Ley 28/2006 se ha regulado y generalizado. Otro problema importante en el caso de los adolescentes era la frecuente venta de cigarrillos sueltos en el entorno de las escuelas, que ha sido documentado, señalando también que muchos entornos en los que los adolescentes estudiaban y pasaban el tiempo no son espacios sin humo, sino espacios que les incitaban al consumo de tabaco. Actualmente, la cuestión prioritaria es facilitar en el caso de los adolescentes el abandono del consumo, teniendo en cuenta, que la adicción a la nicotina es muy intensa, provocando un síndrome de abstinencia, que en muchos casos es el responsable de volver a consumir tabaco. En cuanto al perfil de los fumadores y fumadoras de 16 o más años de edad, el consumo medio se sitúa alrededor de 15 cigarrillos /día. Aproximadamente el 17% consumen 20 o más cigarrillos diarios existiendo leves diferencias territoriales en el porcentaje de grandes fumadores, según la ENSE 2003.⁷⁸

La Encuesta Nacional de Salud 2001 de España muestra como el 41,7% de los jóvenes entre 16 y 24 años son fumadores.¹¹¹ Estudios realizados en nuestro país al igual que en otros demuestran que más del 20% de los adolescentes consumen tabaco y que este consumo es mayor en el sexo femenino. Entre los 14 y los 20 años, el consumo puede llegar a superar el 50%, siendo los adolescentes españoles los consumidores más precoces, si se compara con los de otros países del entorno europeo,^{112 y 113} realidad que confirma el estudio de Onís y otros.¹¹⁴

El Plan Nacional sobre Drogas en la Población Escolar contempla, entre otras actuaciones, la realización desde el año 1994, con carácter bianual, de una encuesta a estudiantes de Secundaria de 14-18 años, que permitía el análisis de la evolución temporal de los consumos de las distintas sustancias, los patrones de consumo, los factores asociados y las opiniones y actitudes ante las drogas de los escolares españoles. Los contenidos de la Encuesta sobre Drogas en la Población Escolar (2000) del Ministerio del Interior se han visto ampliados con respecto a ediciones precedentes, incorporando la realización de grupos de discusión con escolares para el análisis de los discursos de los mismos sobre drogas y de una encuesta a docentes sobre percepciones, actitudes y conductas ante el consumo de drogas entre escolares, y las actitudes preventivas. La muestra fue de 3596 profesores, adscritos a 400 centros públicos-privados del conjunto del Estado español. Dado que la Encuesta sobre Drogas a Población Escolar del año 2000 da continuidad a encuestas similares realizadas en 1994, 1996 y 1998, y teniendo en cuenta que uno de los objetivos de la misma es el análisis de la evolución de las pautas de consumo, se ha procurado garantizar la comparabilidad temporal de los resultados de las cuatro encuestas. Para ello se ha optado por mantener prácticamente inalterado el tronco común del cuestionario autoaplicado a los estudiantes de Secundaria, a la vez que se introducían en el mismo nuevas preguntas referidas fundamentalmente a las motivaciones para consumir o no consumir las distintas sustancias, los efectos y/o problemas sufridos asociados al consumo y sobre determinados aspectos que diversas investigaciones relacionan como asociados a los consumos de drogas (tipo de relaciones familiares, actitudes paternas, hábitos de ocupación del tiempo libre, ...).

Posteriormente se realizó la Encuesta Nacional sobre Drogas 2002/2004,¹²⁰ con una muestra efectiva de 25770 estudiantes de 567 centros públicos y privados, obteniéndose los siguientes resultados:

- En la población escolar entre 14 y 18 años en España (2002) se observa una disminución del consumo de tabaco global, pasando el porcentaje de escolares que reconocen haber fumado en los últimos 30 días del 30,5% en el año 2000 al 28,8% en el 2002.
- El patrón de consumo de drogas dominante entre los estudiantes de 14 a 18 años continúa siendo experimental u ocasional, vinculado al ocio y al fin de semana. Las sustancias más consumidas son el alcohol y el tabaco, seguidas del cannabis.

Observamos una disminución del consumo de tabaco entre los escolares, tanto el experimental como el consumo más reciente. Esta reducción se observa también en el consumo diario. El tabaco es la sustancia que primero se empieza a consumir, situándose la edad media de inicio al consumo en los 13,1 años, seguido del alcohol (13,6), los tranquilizantes (14,6) y el cánnabis (14,7). La edad media de inicio en el consumo del éxtasis, la cocaína y los alucinógenos es posterior produciéndose a los 15 años (15,4, 15,7 y 15,5 años respectivamente).

111

A continuación mostramos en la siguiente Figura, la evolución de la continuidad del consumo de drogas entre los escolares, consumo alguna vez y consumo en los últimos 30 días en España (1994-1996-1998-2000-2002), según la Encuesta sobre Drogas Población Escolar 1994-2002. Observamos en ella como la prevalencia en el consumo “alguna vez” presenta unos valores más elevados que cuando consumen en los “últimos treinta días”. Respecto al consumo “alguna vez” observamos datos de una prevalencia inferior en 2002 respecto al 1994 (32,8% frente a 34,1%), presentando el análisis del consumo en

los “últimos 30 días” unos valores similares entre 1994 y 2002 (28,8% frente a 28,1%).

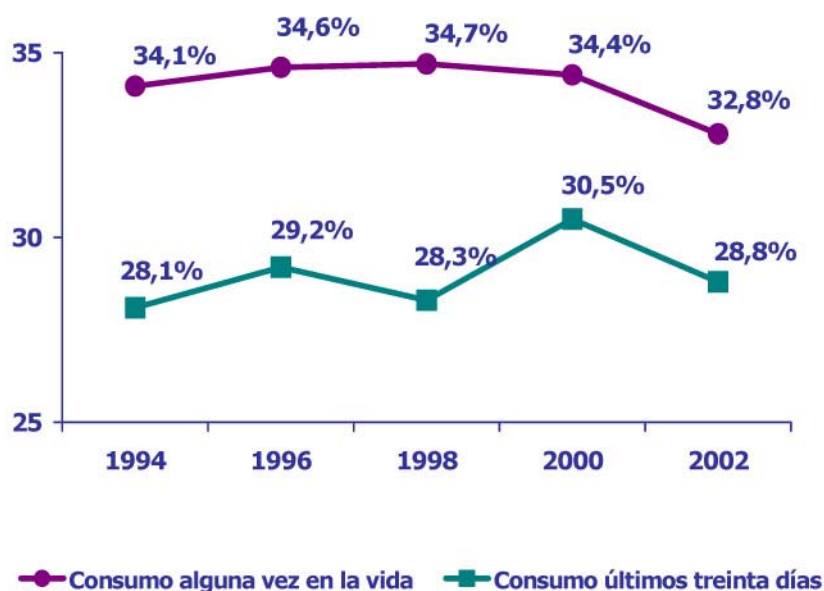


Figura 3. Evolución de la continuidad de consumo de drogas entre los escolares, consumo “alguna vez”-consumo en los “últimos 30 días”.

Según la Encuesta Nacional sobre Drogas en la Población Escolar (2000)¹²⁰ el consumo de tabaco en escolares en España mantiene una tendencia estable desde el año 1994. En esta Encuesta (14 a 18 años) el 30,5% de los escolares españoles han fumado en el último mes, y el 5% de estos se consideran exfumadores, siendo el consumo medio de cigarrillos diarios de 7. La edad media de inicio de consumo se situó en los 13,2 años.

Si la comparamos con la Encuesta Nacional sobre Drogas en la población Escolar (1996), en la que el consumo de tabaco en el “último mes” fue de 29,2%, se observa un ligero ascenso en el consumo en este grupo de edad, que hace del periodo de 13-14 años momento determinante para la adopción del hábito. A estas edades, las actitudes favorables al tabaco, la percepción de que el grupo de amigos fuma y las influencias de padres y hermanos mayores, son determinantes tanto de la experimentación como del consumo de tabaco.^{115,116} Nos permite observar su resultado una disminución del consumo de tabaco

global pasando el porcentaje de escolares que reconocen haber fumado en los “últimos 30 días” del 30,5% en (2000) al 28,8% en (2002), lo cual es un dato favorable que muestra un descenso en la prevalencia. Estos jóvenes de 14 a 18 años consumen 7,4 cigarrillos diarios, de los cuales el 47,5% consume 1-5 cigarrillos al día. En ambas poblaciones la cantidad de cigarrillos fumados al día sigue siendo mayor entre los varones que entre las mujeres. En la actualidad muchos fumadores han abandonado su consumo, consolidando su estatus de exfumador un 17,3%, de la población mayor de 16 años: 24,7% (hombre) y 10,4% (mujer). La mayor parte de la población fumadora lleva más de 15 años fumando y un 43% han hecho un intento serio de abandono, lo que se logra tras 2 o 3 intentos previos.^{117,118.}

Una Tesis Doctoral realizada en la Facultad de Medicina de La Laguna, año 2000 por L Carrillo, arroja datos de prevalencia de un 56% en adolescentes, siendo de un 40% en varones y de 23% en mujeres, existiendo una mayor prevalencia en el entorno social, escolar y familiar de los que se declaran fumadores. Datos diferentes aporta otra Tesis Doctoral realizada años más tarde en 2003 en Madrid por D Granados, que muestra una prevalencia de un 28,1%, de los cuales 31,8% corresponden al género femenino y 24,7% al género masculino, en este caso objetivamos el aumento de la prevalencia en la mujer.

La Encuesta Nacional de Población Escolar sobre Drogas (2004) sitúa la prevalencia de tabaquismo en un 33,1% en el considerado fumador habitual, y en un 38,7% en los jóvenes que consumen tabaco en los “últimos 30 días” comparado con el estudio 2002 aparece un incremento de la prevalencia que pasa de 28,8% a 30,5%.¹²⁰

Los Programas de prevención primaria dirigidos a evitar o retrasar que los jóvenes y adolescentes prueben el tabaco han demostrado ser más efectivos que los que se centran en facilitar el abandono del tabaco en los estadios de experimentación y/o uso habitual.¹¹⁹ Como ya sabemos es mejor y más rentable evitar el inicio del consumo que tratar las enfermedades derivadas del mismo. La investigación de los factores que provocan que los niños y los adolescentes se acerquen al consumo de tabaco han demostrado ser rentables dotando a los

educadores/sanitarios de las herramientas necesarias para realizar una correcta prevención de calidad, que integre el abordaje interdisciplinar, estableciéndose las edades más adecuadas de intervención, ayudando a vencer la presión del grupo de iguales a través del conocimiento del contexto y las condiciones en las que se produce el proceso de adquisición del hábito, desmitificando la visión que la publicidad hace del consumo de tabaco, potenciando los deportes....., todas estas actividades se han mostrado eficaces cuando se han englobado dentro de Programas que se han mantenido en el tiempo, así como la contrapublicidad a veces muy evidente, como un estudio de la Universidad Nacional Educación a Distancia que concluye que la imagen más efectiva para abandonar el tabaco es la de una masa tumoral: “el cáncer que entra por los ojos”, trabajo especialmente nuevo en nuestro país. Los fumadores prefieren este tipo de campañas mientras lo no fumadores prefieren campañas más “light” para el abandono del hábito. ¹¹⁹

Al revisar los diferentes estudios sobre tabaquismo escolar se observa que existen variaciones en las cifras de prevalencia de consumo de tabaco con porcentajes que oscilan entre el 5,3% y el 45,57%. ^{121,122} Esta disparidad se debe a los distintos rangos de edad analizados en los diversos estudios realizados y a la distinta metodología utilizada a la hora de definir el consumo de tabaco en adolescentes, siendo de mayor prevalencia las series que incluyen a los jóvenes de mayor edad.

Un dato importante a considerar es la disminución del número de fumadores adolescentes en los años setenta, parámetro que se estabilizó en los años 1980 y se incrementa progresivamente entre las jóvenes del sexo femenino, donde ha alcanzado niveles superiores a los jóvenes varones.¹²³ Aproximadamente el 60% de los niños afirmaban haber empezado a fumar hacia los trece años y más del 90% antes de los 20 años¹²⁴. Pensamos, por tanto, que en la actualidad la actividad preventiva hay que dirigirla a los preadolescentes y adolescentes para conocer cuál es el proceso que sigue el niño desde que experimenta su primer cigarrillo entre los 9-11 años hasta que llega en el consumo habitual a los 15 –17 años, y sobre todo qué factores incitan a ese

consumo, siendo esto fundamental para poder plantear las estrategias de actuación más eficaces en prevención.

Analizando el consumo en edades más tardías, tras analizar el consumo en adolescentes, en las edades comprendidas entre 14 y 18 años, podemos señalar que un 28,8% de los estudiantes fuman habitualmente, y siendo un 6,5% exfumadores. El consumo está más extendido entre las chicas (33,1%) que entre los chicos (24,2%), como ya hemos comentado en otros apartados. El consumo medio de cigarrillos cada día es de 7.4, siendo mayor la cantidad de cigarrillos fumada por los chicos que por las chicas. La gran mayoría (83,4%) de los estudiantes que fuma en la actualidad se ha planteado alguna vez dejar de fumar, aunque solamente lo han intentado sólo la mitad (42,3%).¹²⁰

Perula de Torres y otros también analizan el consumo de tabaco en población escolar llegando a la conclusión de que sus resultados sobre la prevalencia del tabaquismo son similares a otros estudios realizados, considerando que es la droga legal más consumida, detrás del alcohol. Entre los factores relacionados con el consumo destaca la presencia de este hábito entre hermanos/as y amigos/as. También de nuevo existe una mayor prevalencia en las niñas, datos que concuerdan con las últimas Encuestas realizadas. La introducción del consumo de tabaco en la mujer es un fenómeno relativamente reciente, muy ligado a la necesidad de la industria tabaquera de expandir su mercado con nuevas fumadoras aprovechando para ello el momento de cambio de rol que se ha producido en la sociedad respecto a ella.¹²⁵

Resulta interesante analizar el consumo de drogas en los estudiantes de 14 a 18 años en España (2004), para valorar qué lugar ocupa el tabaco, respecto al resto de las drogas (cannabis, heroína, éxtasis, cocaína, alucinógenos, anfetaminas, I volátiles). Datos que mostramos en la siguiente Tabla, teniendo en cuenta tres variables: "alguna vez", "últimos meses" y "últimos 30 días". Observamos como el alcohol es la primera droga que se consume "alguna vez", seguido por el tabaco y cannabis.

SUSTANCIAS	Alguna vez	Ultimos 12 meses	Ultimos 30 días
Tabaco	60,4	-	37,4
Alcohol	82,0	81,0	65,6
Tranquilizantes	7,0	4,7	2,4
Cannabis	42,7	36,6	25,1
Extasis	5,0	2,6	1,5
Alucinógenos	4,7	3,1	1,5
Anfetaminas	4,8	3,3	1,8
Cocaína	9,0	7,2	3,8
Heroína	0,7	0,4	0,4
I. Volátiles	4,1	2,2	1,1

Tabla 13. Prevalencia del consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años en España, 2004.

El análisis del consumo de diversas sustancias desde 1994 hasta 2002, según la Encuesta Población Escolar 2004, arroja los siguientes datos: en 1994 el consumo de alcohol suponía una prevalencia del 93,8% frente al 82,4% del consumo de tabaco, produciéndose a lo largo de los años una inversión de la situación pasando a ser en el 2002 el tabaco la primera sustancia consumida con una prevalencia del 87,8%.

Otro dato que consideramos de gran importancia es valorar en jóvenes el grado de información que tiene esta población respecto al tabaquismo (Tabla 14) que muestra como se observa a continuación que el mayor porcentaje es para los alumnos/as que están perfectamente informados.

En la Tabla 14 podemos observar también que en el año 2000, solamente el 39,7% estaba bien informado, dato un poco más elevado en el 2001 siendo el grado de información recibida en un 45,3% de los mismos. Valoramos de forma positiva como el grado de la información recibida ha ido en aumento así como

los alumnos/as mal informados solamente representan el 2%. También destacamos que la prevalencia de los que están suficientemente informados es relativamente alta, datos aportados por Encuesta sobre Drogas Población Escolar 2000-2002.

	2000	2002
Perfectamente informado	39,7 %	45,3%
Suficientemente informado	42,4 %	40,5 %
Informado a medias	15,1 %	12,3%
Mal informado	2,9 %	2,0 %

Tabla 14: Información Recibida.

1.3.2. Edad de inicio de consumo de tabaco.

Cada vez es más temprana la edad del inicio del hábito:

	1994	1996	1998	2000	1994	1996	1998	2000
TOTAL	34,1	34,6	34,7	34,4	28,1	29,2	28,3	30,5
Sexo								
Hombres	29,6	28,9	28,8	28,9	23,4	23,7	22,7	25,2
Mujeres	38,7	40,0	39,8	39,9	32,9	34,5	33,3	35,8
Edad								
14 años	20,4	21,1	22,5	20,0	14,5	15,0	15,8	16,4
15 años	31,8	30,5	31,9	31,2	24,9	24,9	26,0	26,9
16 años	37,7	38,3	39,4	35,2	31,9	33,1	32,5	31,2
17 años	40,5	39,3	41,3	42,1	35,1	34,6	35,5	38,6
18 años	48,6	52,8	54,0	4,9	43,1	47,2	46,5	51,2

Tabla 15. Prevalencia de los consumos de tabaco entre estudiantes de secundaria (14-18), según sexo y edad.

La Tabla 15 resume la prevalencia de consumo de tabaco en estudiantes de secundaria, según la Encuesta sobre Drogas en Población Escolar 2000. Observamos como la prevalencia aumenta a lo largo de los años, siendo más alto el consumo con 18 años que con 14 años, y más elevada en las mujeres, tanto si el consumo es alguna vez como en el último mes. El inicio del consumo de tabaco ha dado lugar a múltiples estudios que establecen la edad de toma de contacto con el tabaco entre los 11 y los 15 años ^{112, 113, 128, 129}.

Un estudio realizado en Barcelona dirigido a escolares de Secundaria revela que la edad media de inicio entre los años 1983 y 1999, se encontraba en torno a 13,6 a 13,1 años. ¹³⁰ El Plan Nacional sobre Drogas (2000), en una encuesta dirigida a escolares de secundaria (14-18 años), ^{82,131} arroja datos similares que muestran una tendencia decreciente pasando de 13,8 años en 1994 a 13,3 años en 1996, aunque con una tendencia a la estabilización en los últimos años, siendo las edades medias de consumo de 13,1 años en 1998 y de 13,2 años en el año 2000. Se ha observado así mismo, que la diferencia entre chicos y chicas en la edad de inicio es cada vez más pequeña, aunque todavía comenzaban a fumar antes los chicos, datos que en la actualidad se están invirtiendo como venimos señalando. Existe una diferencia en la edad de inicio en los chicos escolarizados respecto a los no escolarizados, de manera que los escolarizados comienzan a fumar antes. ¹³¹

SUSTANCIAS	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Tabaco	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2
Alcohol	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7
Tranquilizantes	14,1	14,5	14,8	14,5	14,6	14,8
Cannabis	15,1	15,1	15,0	14,4	14,7	14,7
Cocaína	15,6	15,9	15,8	15,8	15,7	15,8
Anfetaminas	15,5	15,7	15,6	15,6	15,6	15,7
Alucinógenos	15,4	15,6	15,4	15,5	15,5	15,8
S. Volátiles	13,3	13,6	13,4	13,9	14,3	14,0
Éxtasis	15,6	15,7	15,5	15,7	15,4	15,6

Tabla 16. Edades medias de inicio al consumo de las distintas drogas en escolares de 14 a 18 años. España 1994-2004.

La Tabla 16 nos permite observar los siguientes aspectos: que en el año 1994 la edad de inicio era de 13,9 años, que en el año 2002 el tabaco era la sustancia que primero se empieza a consumir, situándose la edad media de inicio en los 13,1 años, seguido del alcohol (13,6), los tranquilizantes (14,6) y el cánnabis (14,7). La edad media de inicio en el consumo del éxtasis, la cocaína y los alucinógenos es posterior a los 15 años (15,4, 15,7 y 15,5 años respectivamente). En el año 2004 los datos son similares siendo la edad de inicio del consumo de tabaco en torno a 13,2 años, seguida por el consumo de alcohol que tampoco ha variado mucho.

1.3.3. Diferencias de género en el consumo de tabaco.

Por razones diversas, no fue hasta bien avanzada la segunda mitad del siglo XX que la preocupación por la salud de la mujer en general se introdujo en el mundo científico sanitario. En la década de los 90 aparecieron las primeras sistematizaciones en la literatura científica confirmando al tema un protagonismo indiscutible que ha de contribuir decisivamente a analizar con rigor y profundidad las especificidades de género en el estado de salud y en los Programas de intervención preventivo-asistenciales.^{144, 146-153} Como en el caso de la salud de la mujer en general, la literatura que ha ido apareciendo sobre el tabaquismo femenino no ha parado de crecer en las últimas décadas y actualmente constituye un acervo considerable que evidencia la magnitud del problema, como se objetivaba en el Informe presentado por L Joossens en 1999, referido al contexto europeo. El papel de la mujer en la epidemia tabáquica es crucial y no sólo por las repercusiones que el consumo de tabaco pueda tener sobre su organismo, sino por el rol que ocupa dentro de la sociedad. El tabaco afecta por igual a hombres y mujeres, pero existen riesgos adicionales asociados a la mujer fumadora, específicos de su género. Ello hace que el aspecto de género se deba contemplar en los Programas y acciones dirigidos a controlar la denominada “enfermedad publicitada” definición aportada por la Doctora.Gro Harlem referente al tabaquismo. En 1998 en la Conferencia “Las mujeres y el tabaco: comprender el pasado cambiar el futuro” celebrada en Paris se puso de manifiesto que el tabaquismo en la mujer era uno de los problemas sanitarios más preocupantes a nivel mundial, debido al incremento que su consumo está

teniendo en la población femenina, instando a que se articulen medidas capaces de controlar esta situación.¹⁴³

Analizada la conducta tabáquica entre la mujer y el hombre, se observa que en general esta es muy similar, encontrándose diferencias especialmente en dos aspectos, como recoge Ayesta FJ:¹³⁴ las mujeres tienden a fumar más por el componente “sedación” y menos por el componente “estimulación”, mientras los varones tienden a estar hiperrepresentados en el grupo de grandes fumadores (más de 30 cigarrillos/día). Sin embargo la evolución del tabaquismo en las mujeres es diferente a la de los hombres,¹⁴³ en momentos en los cuales la sensibilidad hacia la igualdad de sexos ha alcanzado gran protagonismo social y político. Las mujeres consideran en mayor proporción que los hombres la conducta de fumar de alto riesgo, sin embargo, mientras que en los varones la prevalencia ha disminuido notablemente, entre las mujeres se incrementa.

A lo largo de las últimas décadas, la prevalencia del tabaquismo ha seguido en la Unión Europea tendencias diferentes según sexo. Según las estimaciones derivadas del Proyecto “ Tabaco o Salud”, la prevalencia del consumo de cigarrillos en el año 2000 en la Región Europea de la OMS era de 43,5% en hombres y 23,4% en mujeres lo que representaba 229 millones de fumadores (114,3 en varones y 84,7 en mujeres).¹³⁸

El consumo de tabaco en España, apunta tendencias hacia el incremento de patología relacionada con su consumo en la mujer. El problema es de tal envergadura que la OMS publicó en 2001 un Informe monográfico sobre “Mujer y Epidemia de tabaco”,¹⁴² pues muchas mujeres se consideran a sí mismas adictas y aunque sienten aversión a fumar los cigarrillos les producen efectos físicos, psicológicos y sociales que hacen que sigan fumando. Al igual que otra sustancias psicoactivas de abuso, la nicotina produce en el fumador, efectos que pueden considerarse beneficiosos, ya que la nicotina intensifica los sentimientos de bienestar, ayuda a mantener la atención, a mantener el peso y el apetito... , razones por las que las mujeres continúan fumando.⁹⁷ Sin embargo la nicotina no puede ser considerada sustancia ansiolítica, por lo que hoy no se admite que el tabaco sea ansiolítico, sino más bien ansiógeno, como señala Ayesta FJ, y sus

efectos tranquilizantes se deban más bien a la reversión de la sintomatología leve de abstinencia.

En cuanto al inicio podemos señalar que en la actualidad, no existen diferencias en el patrón de inicio según el género, aunque este es más elevado aún en las clases más desfavorecidas.⁷³ Los aspectos históricos en nuestro país, han conllevado también que actualmente todavía no sean las mujeres de los niveles socioeconómicos más desfavorecidos las que más fumen, situación que ocurre en otros países con una mayor tradición de tabaquismo femenino.¹⁵⁴ Así en nuestro país ha existido en el caso de la mujer un gradiente socioeconómico positivo siendo aquellas con un nivel socioeconómico más elevado las que más fumaban ocurriendo lo contrario en el caso del varón. En la literatura se ha establecido que los chicos comenzaban a fumar antes y fumaban más, pero cada vez asistimos a más cambios en la tendencia por género con un incremento progresivo de la prevalencia en las chicas.¹³² En la mayoría de los estudios donde se encuentran estas diferencias de género, se observan a partir de los 14 años, por lo que es más correcto considerar que las chicas fuman más a partir de esa edad. Los datos extraídos de la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas de la Población Escolar del año 2000,⁸² como anteriormente se ha descrito, establecen que el consumo de tabaco es superior en chicas para todos los grupos de edad estudiados (14-18 años), pero además concluyen que conforme aumenta la edad de los escolares, las diferencias en la prevalencia se acentúan a favor de las chicas.

Existen diversos factores responsables del consumo de tabaco por la mujer, podemos señalar entre ellos, la mayor necesidad de reafirmarse, o utilizar el tabaco para afrontar situaciones de estrés.¹⁶⁻²⁴ Sabemos que desde la sensibilidad femenina la mujer tiene un doble trabajo, y escasas expectativas, teniendo en cuenta también las mayores dificultades en el desarrollo de su trabajo profesional.¹³⁴

En España la incorporación masiva de las mujeres al consumo de tabaco empezó a finales de los años sesenta y principios de los setenta particularmente a expensas de las mujeres con estudios universitarios o medios, de forma que la

epidemia femenina en España retrasó su inicio hasta finales de los 70.¹⁹ En España unas 56000 muertes anuales son atribuibles al consumo de tabaco,¹⁰⁴ de las que 4000 se producen en mujeres, en su mayoría antes de los 65 años en la década de los años 80. Banegas y otros señalan que se produjeron 54233 muertes en España en 2001 por esta causa, lo que supone en mujeres 4867 defunciones, cifras que constatan el aumento de la prevalencia.

La última Encuesta Nacional ENSE 2006 muestra una prevalencia de tabaquismo en la mujer de 22,1 %. Desde el año 1998 al 2005 la evolución de la mortalidad en la mujer en España ha sido diferente a la del varón, ya que en aquella se ha producido un incremento del 16% reduciéndose en el varón un 4%, datos especialmente significativos. Podemos entender esto en un contexto social en el que, como señala la Encuesta Nacional del Plan sobre Drogas (2004) al hablar de fumadores de los últimos 30 días, aporta unos datos en la mujer de 41,9 % frente al varón de 32,9% o D. Granados en la Tesis Doctoral (2003), señalada confirma datos de la prevalencia en adolescentes femeninas en la Comunidad de Madrid en los que supera la mujer (31,85) al hombre (24,75).

Las expectativas estéticas, suelen ser bastante diferentes entre los diversos sexos por ello la cuestión del peso corporal, y su posible incremento al abandonar el hábito sea un factor significativo. Diversos estudios muestran que los fumadores mantienen un peso más bajo que incita a la mujer a controlar el suyo.¹³⁷ Gran importancia existe en la relación que últimamente se ha visto entre consumo de tabaco y actitudes de preocupación por el peso, siendo uno de los principales motivos que subyacen como causante del incremento de consumo de tabaco en la sociedad occidental sobre todo en la mujer, cuyos modelos mediáticos la aproximan a la anorexia, en muchos casos, más que a los hombres.^{133,134} El Informe de 1988 del *Surgeon General* afirmaba que existían indicios sobre la existencia del consumo de cigarrillos y la preocupación por el peso corporal.¹³⁵ Sin embargo el Informe del *Surgeon General* de 1990, observaba que los beneficios para la salud como consecuencia del abandono del tabaco son superiores al aumento del peso que se puede producir.¹³⁶ Junto al control del peso otros factores que dificultan el abandono de los cigarrillos en

las mujeres son el afrontamiento del afecto negativo y la obtención de apoyo social.⁷

También se ha observado que existen diferencias en la manera de fumar de hombres y mujeres, ya que éstas fuman menos cigarrillos diarios, de tabaco generalmente rubio y cigarrillos bajos en nicotina.⁷¹ Ya en 1995 fumaban 60 millones de hombres y 42 millones de mujeres en la UE, siendo el 48% de las fumadoras consumidoras de cigarrillos *light*, lo que suponía 20 millones.¹²⁶ La prevalencia de estos cigarrillos es baja en los grupos de edad más inferiores presentando un aumento con la edad, lo que nos indica que los jóvenes no suelen iniciarse en el consumo de estos cigarrillos, sin embargo aumenta su consumo cuando deciden dejar de fumar, produciéndose en muchas personas el no abandono del tabaco *light* al pensar que ofrece una alternativa saludable.¹²⁷ A su vez las niñas y los adolescentes constituyen un objetivo prioritario para la industria del tabaco, por su doble condición de jóvenes y mujeres, motivo por el cual han soportado permanentemente el "bombardeo publicitario" mayor y más selectivo. Un análisis de la publicidad del tabaco, permite comprobar como parte de las marcas *light* utilizan como reclamo publicitario el factor peso corporal.¹³⁴ Una de estas razones es la creencia de que el tabaco ayuda a controlar el peso razón que les dificulta enormemente la deshabituación tabáquica. El análisis de la publicidad del tabaco permite comprobar como, aparte de la promoción de marcas *light* como algunas campañas de Ducados "sabor latino" utilizan como reclamo publicitario el peso corporal.^{156,157}

Las consecuencias en la salud del tabaquismo femenino conllevan además unas específicas de su género. Las mujeres fumadoras presentan una reducción de la fertilidad, un incremento del riesgo de aborto, parto prematuro y bajo peso al nacer del niño. Así mismo, suelen presentar una menopausia precoz y osteoporosis en fase postmenopausica. En mujeres fumadoras que toman anticonceptivos orales se incrementa también el riesgo de infarto agudo de miocardio 20 veces por encima del los 35 años.¹⁵⁵

También se ha observado que existen diferencias en el patrón de abandono, en el caso del varón se produce en aquellos con mayor nivel

educativo mientras que en la mujer la proporción de abandono aumenta en la universitarias de mediana edad.⁷³ Consideramos que el consejo para dejar de fumar es una intervención que produce efectos beneficiosos y la relación coste-efectividad es muy favorable.¹⁴⁰ Incluso dar consejo breve si no se pudiera dar más intensivo.¹⁴¹ Parece claro que los profesionales sanitarios deben jugar un papel importante en animarles a dejar de fumar, existiendo estrategias para ayudarles eficazmente al abandono del consumo y así evitar que se convierta en una epidemia femenina.

Bibliografía del Capítulo 1.

1. Wyser C, Bollinger CT. Smoking–related disorders. En: Bollinger CT, Fagerström KO, eds, *The tobacco epidemic (progress in respiratory research)* vol. 28. Basel; Karger 1997. p. 78-106.
2. Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. En: Koop CE., Pearson CE., Schwach MR, eds. *Critical issues in global health*. San Francisco, Calif.; Jossey-Bass, 2001.
3. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C. *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
4. Álvarez Gutiérrez FJ. El tabaquismo como problema de salud pública. En: Barrueco Ferrero M, eds. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid; Ergon, 2003.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General–executive summary. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2000; 49 (R.R/16) 1-27.
6. Clemente P, Fleitmann S, Hirsch A. *Lisbon Declaration 2000 on smoking prevention in Europe*. Lisboa. European Network for smoking Prevention; 2000.
7. US Department of Health and Human Services. *The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General*. Rockville, Md: DHHS (CDC), 1990.
8. World Health Organization. *Tobacco Free Initiative*. URL: <http://tobacco.who.int/en/advocacy/wntd2001a.html>.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo (España). *Encuesta Nacional de Salud (1993)*. Madrid MS y C, 1993.

10. Ministerio de Sanidad y Consumo (España). Encuesta Nacional de Salud (1995). Información y Estadísticas Sanitarias, Madrid, MS Y C, 1996.
11. Salleras LI, Pardell H, Saltó E, Tresseras R, Guayta R, Taberner JL, et al. 16 Anys de lluita contra el tabac a Catalunya (1982-1998). Barcelona. Fundació Catalana de Pneumologia. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999
12. Mendoza Berjano R, Batista Foguet JM, Sánchez García M, Carrasco González AM. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. *Gac Sanitaria* 1998; 12: 263-267.
13. Altet MN, Alcaide J, Plans P, Taberner JL, Salto E, Folguera LI, et al. Passive smoking and risk of pulmonary tuberculosis in children onmediately following infection. A case control study. *Tubercie Lung Dis* 1996; 77; 537-544.
14. Salto E, Plans P, Fuentes M, Pardell H, Salleras LI. Epidemiología del hábito tabáquico entre los escolares y jóvenes de Cataluña. *An Esp Pediat* 1993, 33 (supl 55): 146-148.
15. Korta J, Izudaire J, Rodríguez E, Arrazola A., Gabiola AJ, et al. Exposición pasiva al humo del tabaco en un espectáculo deportivo. *An Esp Ped* 1996; supl 77, 62.
16. Barrueco M, Cordobilla R, Hernández Mezquita MA, De Castro J, González JM, Rivas P. et al. Diferencias entre sexos en la experimentación y consumo de tabaco por niños, adolescentes y jóvenes. *Arc Bronconeum* 1998; 34; 199-203.
17. King A, World B, Tudor-Smith C, Harel Y. The health of youth. A cross-national survey. Copenhagen: World Health Organization, 1996.

18. Suris JC, Parera N. Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de la ciutat de Barcelona 1993. Barcelona; Fundació Santiago Dexeus Font 1994.
19. Villalbí JR, Vives R, Nebot M, Diez E, Ballestín M. El tabaquismo y los escolares: contexto, opiniones y comportamiento. *Med. Clin. (Barc)* 1998; 110; 579-81.
20. Ariza C, Nebot M. Factores asociados al consumo de tabaco en una muestra de escolares de enseñanza primaria y secundaria. *Gac Sanit* 1995; 9; 101-9.
21. Suárez RG, Galván C, Oliva C, Doménech E, Barroso F. Prevalencia del tabaquismo en el adolescente. Relación con otros hábitos tóxicos. *An Esp Ped.* 1998, supl 110; 41.
22. Camping Martí M, Glans Blasi J, Hereu Boher P, Rosello Urgell J, Vaque Rafart J. Consumo y actitudes de los adolescentes frente a sustancias aditivas; encuesta de prevalencia. *An Esp Ped* 1996, 45; 475-478.
23. Leandro Liberato SV, Hernández Galindo M, Martínez Hernández N, Ciriza Lalaguna ME. Tabaco en adolescentes; factores asociados y tendencias actuales. *Acta pediátrica Española* 1997, 55(5):210-216, 38 ref. 35.
24. Casas Anguita J, Lorenzo Martínez S, López Lizana JP. Tabaquismo, factores implicados en su adquisición y su mantenimiento. *Med. Clin. (Barc)* 1996, 107. 706-710.
25. Kressler DA, Wilkenfeld JP, Thomson LJ, Norma de la food and Drug administration sobre el tabaco; armonizar la ciencia con la ley. *Pediatrics (ed esp)* 1997; 43; 395-398.

26. Diez E, Varonil J, Nebot M, Juárez O, Martín M, Villalbí JR. Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria; relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol, cannabis. *Gac. Sanitaria* 1998; 12; 272-280.
27. Bailey SL, Adolescents multisubstance use patterns: the role of heavy alcohol and cigarette use. *Am J., Public Health* 1992; 12 272-280.
28. Carrión Valero, Hernández Hernández JR. El tabaquismo pasivo en adultos. *Arch Bronconemol.* 2002, 38; 137-46.
29. US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary smoking: A report of the surgeon general. Washington DC: US Department of Health and Human Services, Office of Smoking and Health, 1986. Publication PHS 87-8398.
30. Richmond RL, Kehoe L. Multivariant models for predicting abtention following intervention to stop smoking by general practitioner. *Addiction* 1993; 88; 1127-35.
31. Prochaska JO, Diclemente CC. Stage and process of self-change smoking: toward and integrativemodel of change. *Consult Clin Psychology* 1983.; 51; 390-5.
32. Johnson LD, O´ Malley PM, Bachean JG, Monitoring the future nacional results on adolescents drugs use: overwive of Key findinnng 2001 (NIH publication n°02-5105).
33. Stead M, Hasting G, Tudor Smith C. Preventing adolescents smoking: a rewiew of options. *Healh Educ J*, 1996; 55; 31-54.
34. Moolchan E, Ernst M, Hennigfield J, A rewiew of tobacco smoking in adolescent; Treatment implications: *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 39; 682-93.

35. Observatorio español sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre consumo de drogas (1995/2003).
36. Observatorio español sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre consumo de drogas (1994/2004).
37. Sánchez S. Humo de tabaco ajeno y mujeres en Europa. International Network of Women against Tobacco-Europe (INWAT- Europe), 2006.
38. Conde F, Gabriel G. Las concepciones de la salud de los jóvenes. Informe 2004. Documentos técnicos de Salud Pública nº 94. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Madrid, 2005.
39. Ministerio de Sanidad y Consumo. Tabaco a debate. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2005.
40. CEE. Attitudes of europeans towards tobacco. Special Eurobarometer 239/waves 64,1-64,3-TNS. Opinión&Social January 2006.
41. Center for diseases control and prevention. Best practices for compresive tobacco control programs. Sustaining stage programs for tobacco control. Data Highlights 2004: Atlanta. GA. USDHHS, CDC, OSH. 2005.
42. Riesco Miranda JA. Ley antitabaco en España; aun queda mucho por hacer,..., claro ejemplo, los lugares de ocio y hosteleria. Prev tab 2006; vol. 8 nº4, octubre –diciembre 2006.
43. Pirkle JL, Flegal KM, Bernert JT, Brody DJ, Etzel RA, Maurer KR. Exposure of the US population to environmental tobacco smoke. The Third National Health and Nutrition Examination Survey 1988 to 1991. JAMA 1996, 275:1233-1240.

-
44. López MJ, Nebot M. Tabaquismo pasivo en España; situación actual y perspectivas de futuro. *Prev tab* 2005; 7 (4); 299-303.
 45. Vineis P, Airoidi L, Veglia F, Oligiati L, Pastorelli H, Autrup H. et al. Humo del tabaco en aire ambiente y riesgo de cáncer de vías respiratorias y enfermedad pulmonar obstructiva crónica en exfumadores o no fumadores en el estudio retrospectivo EPIC. *Br Med J*. 2005; 330; 277-81.
 46. Jané M, Nebot M, Rojano X, Artazcoz L, Sunyer J, Fernandez E et al. Exposure to environmental tobacco smoke public places in Barcelona, Spain. *Tob Control* 2002; 11: 83-4.
 47. Boffetta P, Agudo A, Ahrens W, Benhamou E, Benhamou S, Darby SC *et al*. European multicenter case-control study of lung cancer in non-smokers. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1998. IARC Technical Report N° 33.
 48. California Environmental Protection Agency. Office of Environmental Health Hazard Assessment; Proposed Identification Environmental Tobacco Smoked as a Toxic Air Contaminant. Sacramento, California. United States, 2005
 49. World Health Organization. Policies to reduce exposure to environmental tobacco smoke. Report on a WHO working group meeting. Copenhagen: World Health Organization, 2000.
 50. World Health Organization. Tobacco Free Initiative URL: <http://Tobacco.who.int/en/advocacy/wntd2001a.html>
 51. Jamzonik K. An estimated of deaths atribuible to passive smoking in Europe. In: Smoke free partnership. Lifting the smokescreen; 10 reason for a smoke free in Europe. Brussels: ERSJ Ltd; 2006.p 17-41.
 52. World Health Organization. Tobacco or health: A global status report. Geneva, GHO, 1997.

53. Importancia social y sanitaria del Tabaquismo. En Pardell Alenta H (coord) Manejo de fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Barcelona; Organización Médica Colegial. Mediana STM editores; 2002.
54. Global Youth Tobacco Survey collaboration group. Differences in worldwide tobacco use by gender; findings from the global. Youth Tobacco Survey. J Sch. Health 2003; 73; 207-215.
55. Alonso de la Iglesia B, Ortiz Marrón H, Saltó Cerezuela E, Toledo Pallares J. Epidemiología del tabaquismo: efectos sobre la salud, prevalencia, consumo y actitudes. Estrategias de prevención y control. Prev. Tab. 2006; 8 (supl 1): 2-10.
56. Serrano Peña MS, Rojo Moreno-Arrones B. Historia y epidemiología del tabaquismo. En Jiménez CA., Solano S, eds. Tabaquismo, Monografías. NeumoMadrid, Madrid Ergon; 2004.
57. Pérez Trullén A, Clemente Jiménez L, Marrón Tundidor R, Herrero Lobarga I, Machin Machin A. Valoración epidemiológica del tabaquismo. Madrid, 2004; 15-20.
58. Fernández E, Shiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí JR, Borrás JM. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de Encuestas Nacionales de Salud. Med. Clin. (Barc) 2003; 120 (1); 14-6.
59. Esteve E et al. Epidemiología del tabaquismo en Europa. Salud Pública de México. 2002; 44 (supl 1): 11-19, 39 ref.
60. Clemente P, Fleitmann S, Hirsch A. Lisbon declaration 2000 on smoking prevention in Europe. Lisboa. European Network for smoking Prevention, 2000.
61. Peto R, Lopez A. D, Borehan J, Thun M, Health C, Doll R. Mortality from smoking worldwide. Br. Med. Bull 1996 . Jan, 52(1); 12-21.

-
62. Mortality data. Online version of the World Health Statistics Annual. WHO Statistical Information System. Disponible en: URL: <http://www.who.int/whosis/>.
 63. Informe Tabaco y Salud. Informe FAO 2004.
 64. World Health Organization, 1997.
 65. CEE. Attitudes of europeans towards tobacco. Special Eurobarometer 239/waves 64,1-64,3-TNS. Opinión&Social. January 2006.
 66. Consecuencias de la Ley 28/2005.El Mundo 1/1/ 2007;53
 67. American Cancer Society. UICC: The tobacco Atlas-2nd edition. Atlanta, GA; ACS, 2006.

Molarius A, Parsons RW, Dobson AJ, Evans A, Fortmann SP, Jamrozik K. et al. Trends in cigarette smoking in 36 populations from the early 1980s to the Mid-1990: Findings from the WHO MONICA Project. Am J Public Health 2001; 91:206-212.

Corrao MA, Guindon GE, Cokkinides V, Sharma N. Building the evidence base for global tobacco control. Bull WHO 2000;78:884-890.
 70. Cavelaars A, Kunst AE, Geurts JM, Crialesi R, Grötvedt L, Helmert U et al. Educational differences in smoking: International comparison. BMJ 2000; 320:1102-1107.
 71. Joossens L. La igualdad se va con el humo. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. Bruselas: European Network for Smoking Prevention ;1999.
 72. Villalbí JR et al. La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 1995, Barcelona, SG, Editores, 1995.

73. Borrás JM, Fernández Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C, Pattern of smoking initiation in Catalonia, Spain, from 1948 to 1992, *Am J Public Health* 2000, 90; 1459-1462.
74. Villalbí JR. Epidemiología del tabaquismo en mujeres. *Med. Clin. Monog. (Barc)* 2002 (supl 3): 10-13.
75. Valmayor S, Ariza C, Tomás Z, Nebot M. Evaluación de una intervención de prevención del tabaquismo en el entorno escolar. *Prevención del tabaquismo* 2004; 6:18-25.
76. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001
77. Salvador-Llivina T. Condicionantes del consumo de tabaco en España. *Adicciones* 2004; 16 (2 supl): 25-58.
78. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
79. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
80. Saltó E, Villalbí JR, Valverde A, Baranda L, Plasencia A. Políticas regulatorias y opinión pública: el caso del tabaco. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80; 1: 243-48.
81. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas 2001-2003. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud del SES. Elaboración: Conserjería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.
82. Encuesta Domiciliaria Escolar sobre Drogas (2000). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Consejería de Sanidad y Consumo. Secretaría Técnica de Drogas.

-
83. Informe de Salud Pública año 2005. Junta de Extremadura.
 84. American Cancer Society. UICC: The tobacco Atlas-2nd edition. Atlanta, GA; ACS, 2006.
 85. Harkin AM, Anderson P, Goos C. Smoking, drinking and drugs taking in the European Region. Copenhagen: WHO regional Office for Europe. 1977.
 86. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Am J Res Crit Care Med* 2000; 149:1145-47.
 87. Tobacco or Health Programme. World Health Organization. Tobacco or Health: A Global Status Report. Country Profiles by Region, 1997. Office on Smoking and Health of the CDC's National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Disponible en: URL: <http://www.cdc.gov/tobacco/who/whofirst.htm>.
 88. Saret JM. The risk of active and passive smoking. En: Slovic P, ed smoking: risk, perception and policy. pp 3-28.2002. Sage publication.
 89. Ezzati M, López A. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*; 2000,362: 847-52.
 90. La Vecchia C, Levi F, Lucchini F, Negri E. Trends in mortality from major diseases in Europe, 1980-1993. *Eur J Epidemiol* 1998; 1:1-8.
 91. La Vecchia C, Boyle P, Franceschi S, Levi F, Maisonneuve P, Negri E. et al. Smoking and cancer with emphasis on Europe. *Eur J Cancer* 1991; 27: 94-104.
 92. González Enríquez J, Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109; 577-582.9.

93. González Enríquez J, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Díez Griñán L, Villar Alvarez F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin (Barc)* 2005; 124(20); 769-71.
94. Márquez Pérez FL. Situación del tabaquismo en Extremadura. *Prev Tab* 2005; 7 (supl 2); 242-244.
95. Encuesta Nacional de Salud 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
96. Becoña Iglesias E, Vázquez González FL. Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 13-23.
97. Huston P. The beneffits of smoking. *Can Med Assoc J* 1995;152: 143.
98. Nuria Sánchez y Cols. *Epidemiología del tabaquismo (2006)*. Junta de Extremadura.
99. Plan de Salud de Extremadura 2001-2004.
100. Santos Zarza EF, Valero Juan LF, Sáenz González MC. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en Castilla y León. *Aten Primaria* 2001; 27: 153-8.
101. Valero Juan LF, Carrero Santos M, Nelia Lubián MI, Sáenz González MC. Mortalidad atribuible al tabaco en Extremadura. *Centro de Salud* 1999; 7: 250-4.
102. Rodríguez Tapioles R, Bueno Cavanillas A, Pueyos Sánchez A, Espigares García M, Martínez González MA, Gálvez Vargas R. Morbilidad, mortalidad y años potenciales de vida perdidos atribuibles al tabaco. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 121-7.

-
103. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Vigilancia del consumo de tabaco y Mortalidad atribuible. Bol Epidemiol Comunidad de Madrid 2001; 7 (Supp 1): 1-38.
 104. Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez-Artalejo F, González Enríquez J, Graciani Pérez-Regadera A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Med. Clin. (Barc) 2001.
 105. González Enríquez J, Salvador LLivina T, López Nicolás A, Antón de las Heras E, Musin A, Fernandez E et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento de tabaquismo en España. Gac Sanit 2002; 16: 308-17.
 106. Bello Luján LM, Lorenzo Ruano P, Gil Muñoz M, Saavedra Santana P, Serra Majem LL. Evolución de la mortalidad atribuible al tabaco en las Islas Canarias (1975-1994). Rev Esp Salud Pública 2001; 75: 71-80.
 107. Nelson DE, Kirkendal RS, Lawton RL. Surveillance for smoking-attributable mortality and years of potential life lost by United States, 1990. MMWR 1994; 43 (SS-1): 1-8.
 108. Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability cause 1990- 2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: 1948-1950.
 109. Criado Álvarez JJ. Evolución de la mortalidad por cáncer en Castilla-La Mancha. (1975-1990). Oncología 1997; 20: 541-550.
 110. US Environmental Protection Agency. Report No. EPA/600/6-90/006F, 1992. Hackshaw A K., Law M. R., Wald N. J .The acumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. BMJ1997; 315: 980-8.
 111. Encuesta Nacional de Salud de España 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Avances de Resultados 2003.

112. Camping M, Gasch J, Hereu P. Consumo y actitudes de los adolescentes frente a sustancias adictivas: encuesta de prevalencia. *An Esp Pediatr* 1996; 45: 475-78.
113. Barrueco M, Cordobilla R, Hernández Mezquita MA. Diferencias entre sexos en la experimentación y consumo de tabaco por niños, adolescentes y jóvenes. *Arch Bronconeumol* 1998; 34; 199-203.
114. De Onís M, Villar J. La Consommation de tabac chez le femme espagnole. *World Health Stat Q* 1991; 44: 80-8.
115. Mendoza R, Sagrera MR. Los escolares y la salud: Avance de los Resultados del Segundo estudio español sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. A Madrid 1991.
116. Barrueco M. Influencia familiar en la actitud del niño ante el tabaco. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 472-4.
117. Saltó E, Villalbí JR. Dimensiones del problema del tabaquismo a Catalunya. Barcelona: Departament de salut, Generalitat de Catalunya, maig 2006.
118. Marrón Tundidor, Pérez Trullen, Clemente Jiménez, Herrero Labarga. Factores de inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Prevención del tabaquismo vol. 5 n° 4*, octubre –diciembre 2003.
119. Wang M. Q. Social environmental influences on adolescents smoking progresión. *Am J. Health Beba* 2001; 25: 418-25.
120. Encuesta Nacional sobre drogas en la Población Escolar 2000 y 2002. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta sobre drogas 2002-2004.

-
121. Corral S, Valero CE, Martínez S, Rodríguez ME. Consumo de alcohol y tabaco en escolares de 2º de la ESO en una población metropolitana. *El trabajo en nuestros centros escolares*, 1998; 698-701.
 122. De la Cruz MA. Prevalencia del consumo de alcohol y tabaco en una población adolescente. *Rev Esp Drogodep* 1993; 18; 71-84.
 123. Barrueco M, Vicente M, Garavis JL, García J, Blanco A, Rodríguez MC. Prevención del tabaquismo en la escuela: resultados de un programa realizado durante 3 años: *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 323-8.
 124. BASP. Una mirada a la publicidad del tabaco. *Newsletter* 1989; 7 octubre-diciembre: 23-32.
 125. Perula de Torres y cols. Consumo de tabaco en la población escolar. Factores relacionados. *Gac Sanit* 1998; 12: 249-253.
 126. WK Joonsens, Sasco A, Salvador T, Villalbí J. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. *Rev Esp Salud Pública*. Vol 73, nº1. Madrid. 1999.
 127. Warner KE, Slade J, Sweanor D. The emerging market for long-term nicotine maintenance. *Jama*, 1997; 278: 1078-1092.
 128. Álvarez FJ, Vellisco E, Calderón E, Sánchez J, Del Castillo D, Vargas R. et al. Tabaquismo escolar en la provincia de Sevilla. *Epidemiología e influencia del entorno personal y social (campana de prevención del tabaquismo 1998-1999)*. *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 118-23.
 129. Prieto L, Escobar MA, Palomo L, Galindo A, Iglesias R, Estévez A. Consumo de tabaco en escolares en la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Atención primaria* 1999; 32; 326-31.

130. Suris JC, Parera N. Enquesta de salut als adolescents escolaris de ciutat de Barcelona.1999. Barcelona. Fundació Santiago Dexeus Front 2000.
131. Casas J, Lorenzo S, López JP. Tabaquismo. Factores implicados en su adquisición y su mantenimiento. Med Clin 1996; 107; 706-10.
132. Pardell H, Salto E, Treserras H, Junca S, Fernández E, Vicente R et al. La evolución del hábito tabáquico en Cataluña, 1982-1994. Med Clin (Barc)1997; 109; 125-9.
133. Tomeo CA, Field AE, Berkery CS. Weight concerns, Weight control behaviors and smoking imitation. Pediatrics 1999;104: 918-24.
134. Ayesta FJ, De la Rosa L. ¿Porqué fuman más hoy en día la mujeres? Prev Tab 2001,3; 155-60.
135. Office of The Surgeon General.The Heath consequences of smoking. Nicotine report of the Surgeon Rockville: US Department of the Health and Human.1988.
136. Office of The Surgeon General.The Heath consequences of smoking. Nicotine report of the Surgeon Rockville: US Department of the Health and Human.1990
137. Pomerleau C, Ehrh E., Tate J, Marks J.The women control smoker: a profile. J Substance Abuse 1993; 5:391-400.
138. Corrao MA, Guindon GE, Cokknides V, Sharme N. Building the evidence base for global tobacco control. Bull WHO, 2000; 78: 884-90.
139. Borrel C, Rue M, Pasarin MI, Rolhfs I, Ferrando J, Fernandez E, Trends in social class inequities in heath status, health-related behaviors, and health services utilization in a Sourthern European urban area (1983-1994). Prev Med 2000; 31:691-701.

-
140. Comas A, Suárez R, López ML, Cueto A. Coste efectividad del consejo sanitario antitabaco. *Gaceta Sanitaria* 1998; 12: 126-132.
 141. USDHHS Clinical Practice Guidelines n^a18. Smoking cessation, Rockville, MD: US; Department of Human Services, 1996.
 142. Samet JM, Yoon S-Y, eds. Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century. Ginebra: World Health Organization, 2001.
 143. Planchuelo Santos MA. Mujer y Tabaco. *Prev Tab Vol 3*, n^o3, sept 2001.
 144. Pardell H, Saltó E, Joné M, Salleras L. Tabaquismo femenino. Informe técnico del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña. *Prev Tab vol3*, n^o2, junio 2001.
 145. Joonsens L, Some like it "light". Women and Tobacco in the European Union. Brussels. ENSP, 1999.
 146. Pinn V. Women's health: prescribing change and addressing the issues. *JAMA*, 1992, 268: 1921-1922.
 147. Feters JR, Peterson ED, Shaw LS, Newby LK, Califf RM. Sex-specific differences in coronary artery heart disease risk factors, evaluation, and the treatment have they been adequately evaluated?. *Am Heart J* 1996, 131: 796-813.
 148. Mosca L, Gryndy SM, Judelson D, King K, Limancher M, Oparil S et al, Guide of preventive cardiology for women. *J Am Coll Cardiol*. 1999, 33; 1751-1755.
 149. Blumenthal SJ. Critical women's health issues in the 21st century. *JAMA* 2000, 283-667.
 150. Helmuth L. Women's health. Reports see progress, problems in trials. *Science* 2000, 288; 1562-1563.

151. Walsh JME, Dolan NC, Charmey P. Update in women's health. *Ann Intern Med* 2000, 133: 808-814.
152. Doyal L. Gender equity and public health in Europe. A discussion document. Dublin: European Institute for women's health: 2000.
153. Annandale E, Hunt K. Gender inequalities in health, Buckingham; Open University Press, 2000.
154. Secretary of States for Health, and the secretaries of states for Scotland, Wales and Northern Ireland. Smoking Kills. A white paper on tobacco. London 1998.
155. Farley TNM, Merik O, Chang C, Pouter NR. Combined oral contraceptives, smoking and cardiovascular risk. *J Epidemiol Comm Health* 1998; 52: 775-85.
156. Ayesta FJ, Castillo Playing or not with the weight factor, most of them seem targeted to women. Communication 2nd European Conference, SRNT. London 1999.
157. Ayesta FJ, Fuentes-Pila MJ, Cortijo C. Tobacco ads target mainly at women in Spain. En Warne AK(ed). Tobacco counters health. New Delhi; Macmillan: 2000: p80-83.

CAPÍTULO 2

Estado de la cuestión en prevención del tabaquismo en el marco internacional, nacional y en Extremadura

2.1. Marco Internacional de Referencia. Medidas Legislativas.

La envergadura del problema de Salud Pública que plantea el tabaquismo ha hecho que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo haya considerado como una de las primeras amenazas para la salud en el futuro y que haya puesto en marcha estrategias multisectoriales e internacionales contra él. El Banco Mundial como colaborador de Salud Pública desde el año 1991 desarrolló una política antitabaco en la que reconoció sus peligrosos efectos para la salud, política desarrollada en un Informe con cinco aspectos fundamentales:

- En primer lugar, una política positiva desde el diálogo político facilitando los préstamos que desincentivan el uso de los productos del tabaco.
- En segundo lugar, el Banco pone en marcha acciones negativas implicando a diversas Instituciones que no permiten prestar, ni invertir, ni garantizar inversiones destinados a la producción, procesamiento o comercialización del tabaco. Paralelamente en muchos países de economía fuertemente agraria dependientes del tabaco, el Banco ayuda a diversificar su economía para que dejen de depender del tabaco paulatinamente.
- En tercer lugar, impide ayudas indirectas, siempre que sea posible, a la producción de tabaco.
- En cuarto lugar, considera que la maquinaria y equipo para su procesamiento no pueda incluirse entre las importaciones financiadas con préstamos del Banco Mundial.
- En quinto lugar, finalmente señala que el tabaco y las importaciones con él relacionadas pueden ser excluidas de los acuerdos entre los prestatarios y el Banco con el fin de liberalizar el comercio.

En este Informe también se plantean argumentos referentes a la desaparición de las subvenciones, al desarrollo de actividades de promoción e información sanitaria, tratando de reducir su consumo.

Otro punto de referencia esencial de la lucha antitabáquica ha sido el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra (19 al 21 de Mayo año 1996). El Convenio es un instrumento jurídico internacional para el control mundial del tabaquismo y complemento global a los Programas y Planes a nivel nacional, que surge en 1996 con la resolución WHA49,17 ante la necesidad de dar una respuesta mundial a este problema que no tiene fronteras, y que, liderado por la OMS desde la resolución EB103.R11 de la Asamblea Mundial de la Salud, se adoptó en el año 2003 por los 192 Estados Miembros, al objeto de hacer progresar sinérgicamente las políticas nacionales de salud pública. El Convenio Marco abre importantes esperanzas a una nueva acción global, coordinada y más efectiva en el mundo para garantizar el derecho a la salud, a la libertad de elegir el propio estilo de vida, a la información veraz sobre riesgos y al derecho a respirar aire no contaminado por humo de tabaco.

La OMS dió prioridad a la revigorización del trabajo destinado a la lucha contra el tabaco y creó un proyecto: la Iniciativa Sin Tabaco (IST). El CMCT de la Organización Mundial de la Salud sería así un instrumento legal internacional destinado a circunscribir el crecimiento de la pandemia mundial del tabaquismo, sobre todo en los países en desarrollo. Será la primera vez que los 191 Estados Miembros de la OMS ejerzan la autoridad constitucional para que sirva de plataforma al desarrollo del Convenio. Este Tratado Internacional, en cuya elaboración España ha sido uno de los Estados que ha contribuido de forma más activa, supuso un gran esfuerzo realizado en el ámbito de las políticas de Salud Pública de la OMS. El acuerdo fue posible a pesar de las resistencias mostradas por algunos países y las fuertes presiones en contra ejercidas por sectores industriales (poder de las industrias tabaqueras, pérdidas de puestos de trabajo, etc...).

El grupo de Estados Miembros de la Unión Europea ha sido de los primeros en ratificar dicho Convenio Marco, que requiere de una serie de mínimos a incorporar en las políticas de cada país, incluyendo la introducción de medidas amplias de prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de marcas de tabaco, la mejora de la información dirigida a las personas que fuman sobre los contenidos tóxicos de cada marca de tabaco, la adopción de políticas económicas disuasorias, la protección frente al aire contaminado por humo de tabaco a toda la población, el desarrollo de Programas de prevención, y el ofrecimiento de Programas eficaces de tratamiento de la dependencia al tabaco.

El enfoque con el que el protocolo del Convenio Marco para el Control del Tabaco pretende favorecer los acuerdos multilaterales y las actividades de lucha antitabáquica es una estrategia de regulación internacional. Dicha estrategia defiende alcanzar el consenso mundial a través de etapas progresivas, dividiendo las negociaciones de temas distintos en acuerdos individuales:

- Los Estados adoptan un convenio para lograr la cooperación en torno a objetivos ampliamente aceptados y crear las instituciones básicas de una estructura legal multilateral.
- Se diseñan protocolos de acuerdos independientes con medidas específicas destinadas a poner en práctica los objetivos amplios diseñados en el Convenio Marco.

La negación y ejecución del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud ayudaría a reducir el consumo de tabaco movilizand o la toma de conciencia nacional e internacional y los recursos económicos y técnicos necesarios para adoptar medidas eficaces de la lucha antitabáquica en los ámbitos nacionales. El Convenio reforzaría asimismo la cooperación internacional en aspectos de lucha antitabáquica que trascienden fronteras nacionales.

2.1.1. Estrategias multisectoriales de la lucha antitabáquica.

La reducción del consumo de tabaco es una de las medidas más importantes que se pueden tomar para mejorar la salud de los millones de habitantes de la Región Europea. La Carta de Madrid y el Tercer Plan de Actuación para una Europa Sin Tabaco (1997-2001) proporcionan el marco político idóneo para desarrollar actividades al respecto.

La Oficina Regional Europea de la OMS, en la 47 Sesión del Comité Regional celebrado en Estambul en septiembre 1997, acordó mediante resolución el “Tercer Plan de Actuación para una Europa sin tabaco (1997-2001)”. Este Plan mantiene el movimiento europeo para reducir el consumo de tabaco, promocionar la salud, disminuir los costes y perjuicios ocasionados y proteger a la población de las actividades de la industria tabaquera. Dicho Plan, ofrece un conjunto de principios básicos a los Estados miembros europeos, para que continúen e intensifiquen su tarea y aseguren la necesidad de seguir explorando soluciones innovadoras. Vamos a destacar, por otro lado, las recomendaciones del Center for Diseases Control and Prevention (CDC), con las que existe cierta unanimidad en los últimos años en relación con los ejes básicos de las políticas de prevención y control del tabaquismo en Europa, encaminadas a reducir la morbi-mortalidad relacionada con el consumo de tabaco. Las recomendaciones son las siguientes:

- prevenir el inicio del consumo, especialmente en jóvenes y adolescentes,
- promover el abandono en la población joven y adulta,
- eliminar la exposición involuntaria de los no fumadores al humo del tabaco ambiental e,
- identificar y eliminar las desigualdades relacionadas con el consumo de tabaco y sus efectos entre los diferentes grupos poblacionales.

Estas recomendaciones del CDC americano¹ son asumibles por cualquier administración que oriente sus esfuerzos a combatir esta pandemia y que impregnan, sin duda, los principios que se postulan en nuestro país.² Se operativizan en torno a varias líneas de actuación como son:

- una política fiscal que lleve a precios disuasorios,
- una regulación rigurosa de la promoción, patrocinio y publicidad, así como de los propios productos tabáquicos,
- el desarrollo de acciones de educación e información del público,
- la expansión de las iniciativas y acciones comunitarias de prevención,
- la ampliación efectiva de los espacios sin humo, y
- facilitar ayudas para los fumadores que quieran dejarlo.

La primera Conferencia Europea sobre la política del tabaco, celebrada en Madrid adoptó una Carta Europea contra el tabaco en la que reconocía el derecho de la población a ser protegida, no sólo de enfermedades originadas por su consumo, sino también de la contaminación creada por el humo del tabaco. Se recomendaron diez estrategias a seguir para posibilitar los derechos establecidos en la Carta, así como las medidas a tomar para desarrollar cada estrategia. Las estrategias recogidas en la “Carta de Madrid de 1998 para una Europa libre de humo” incluyen:

1. Reconocer y mantener el derecho de la población a ambientes comunes sin humo.
2. Establecer por Ley el derecho a unos ambientes comunes sin humo.
3. Prohibir la publicidad y la promoción de los productos del tabaco y el patrocinio de la industria tabaquera.

4. Informar a cada miembro de la Comunidad del peligro derivado del consumo de tabaco y de la magnitud de la pandemia.
5. Asegurar una amplia disponibilidad de ayuda a los fumadores que desean dejar el tabaco.
6. Destinar, al menos, el 1% de los impuestos del tabaco a la financiación de actividades de promoción de la salud, y del control específico del tabaquismo.
7. Promover una desincentivación financiera progresiva.
8. Prohibir nuevos métodos de distribución de nicotina y bloquear futuras estrategias de mercado de la industria tabaquera.
9. Realizar un seguimiento de los efectos de la pandemia y evaluar la eficacia de las medidas emprendidas.
10. Crear alianzas entre todos los sectores de la sociedad que desean promover la salud.

Asimismo, resumidas las estrategias de actuación, otra respuesta es el desarrollo de Programas desde los servicios sanitarios orientados a la cesación y prevención. Respuesta que no suscita controversias, pues desde una perspectiva biomédica suscitar abandonos precoces en los fumadores se traduce en enfermedad evitable. En esta línea hay que destacar las acciones orientadas a generalizar la intervención a profesionales sanitarios. En España se han ido desarrollando algunas de estas líneas, especialmente desde los servicios reformados de Atención Primaria de Salud, entre otros.

La “II Segunda Conferencia Europea y I Iberoamericana sobre Tabaco o Salud” celebrada en Canarias en 1999 y el “I Congreso Nacional sobre la Prevención y el Tratamiento del Tabaquismo” celebrado en Sevilla en 2001, han ratificado las principales estrategias propuestas en la Carta de Madrid.

Si seguimos las recomendaciones de la OMS valoraremos su contundencia al considerar que deben ponerse en marcha otros Programas de disminución de tabaquismo que integren acciones educativas, legislativas y asistenciales. Desde la Oficina Regional Europea se destaca que la reducción en el consumo de tabaco es la más importante medida de Salud Pública que los países pueden adoptar para beneficio de su salud y su economía.

La Oficina Regional Europea de la OMS redactó un Informe “Salud para Todos XXI” aprobado por la Comunidad mundial en mayo de 1998, cuyo objetivo era aplicar la perspectiva de salud para todos, que es un concepto surgido en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1977 y que fue lanzado como movimiento global en la Conferencia de Alma-Ata en 1978. Dicho marco establece las prioridades globales para las dos primeras décadas del siglo XXI, así como diez objetivos que deben crear las condiciones necesarias para que las personas de todo el mundo alcancen y mantengan el máximo nivel posible de salud. Resulta importante tomar en consideración que el programa Salud para Todos no constituye un único objetivo definitivo. Se trata fundamentalmente de una carta de principios de justicia social que proporciona una orientación científica sobre los mejores desarrollos sanitarios y que perfila un proceso que conducirá a la mejora progresiva de la salud de todas las personas. Se incluyó una serie de objetivos, entre los que destacamos, la reducción del hábito de fumar (objetivo 17), el no consumo de tabaco (objetivo 16) que incorpora entre sus prioridades las intervenciones para reducir el consumo de tabaco y los daños para la salud que se derivan del tabaquismo, o el (objetivo 12) que propone reducir los daños derivados del alcohol, las drogas y el tabaco, y en particular el (objetivo 12.1) que señala para el año 2015, el deseo de que el porcentaje de no fumadores sea, al menos, el 80% entre la personas mayores de 15 años y prácticamente el 100% entre los menores de 15 años.

En la 52 Sesión del Comité Regional Europeo de la OMS celebrada en Copenhague en septiembre del 2002, se acordó, mediante resolución, la “Estrategia Europea para el control del Tabaquismo”, que establece un Marco Estratégico referencial para el control del tabaquismo en la Región Europea con una serie de medidas que deben ser contempladas en los correspondientes

Planes Nacionales, según sus necesidades y realidades, para continuar intensificando su tarea y seguir explorando acciones innovadoras. Tienen en consideración los tres anteriores Planes de Actuación para una “Europa sin Tabaco” y sus evaluaciones, los principios rectores de la Declaración de Varsovia y se muestra acorde con la estructura del Convenio Marco para el Control del Tabaco que hemos comentado previamente.

Además del firme apoyo de las políticas de la OMS, la Unión Europea promueve acciones de protección de la Salud y control del tabaquismo mediante recomendaciones a los Estados miembros, y desarrolla su capacidad legislativa a través de la promulgación de Directivas que deben ser traspuestas a las respectivas normativas nacionales.

Una reducción en el consumo de tabaco es la más importante medida de Salud Pública que los países pueden adoptar, sabiendo además que cada año los productos del tabaco son responsables de 1,2 millones de muertes (14% de todos los fallecimientos) en la Región Europea de la OMS. Se prevé que, a menos que se adopten medidas más estrictas, estos productos serán responsables de 2 millones de muertes anuales (20% de todos los fallecimientos) para el año 2020. Causan enfermedades y provocan unas pérdidas económicas netas en el mundo de al menos 200000 millones de dólares (USD) al año. Para conseguir disminuir la elevada prevalencia (más del 30% en población adulta) se precisa reducir la accesibilidad tan extendida de los productos de tabaco, y poner especial atención en jóvenes y mujeres como ya hemos analizado en capítulo anterior.

El Convenio Marco para el Control del Tabaquismo y las directivas europeas recientes a nivel internacional muestran el gran avance, unido a que, en los próximos años, se reforzarán las acciones que tengan como objetivo ayudar a los fumadores a abandonar el tabaco.

Queremos también señalar la situación actual de las políticas antitabaco de la Unión Europea. Su labor legislativa es un elemento importante de regulación de conductas y de protección del tabaquismo pasivo, aunque se puede apreciar

en ellas una gran heterogeneidad. Wold reflexiona sobre las condiciones que debe tener una legislación restrictiva eficaz: ³

- Consenso normativo y cognitivo.
- Refuerzos.
- Cumplimiento.
- Evaluación y transparencia.
- Participación de agentes clave.
- Sanciones.

El mismo autor analiza las políticas de 8 países o regiones: Austria, Bélgica francófona, Noruega, Finlandia, Dinamarca, Westphalia, Escocia y Gales, obteniendo la siguiente evaluación:

- Existían en todas ellas políticas nacionales claramente definidas y objetivos claros a alcanzar,
- Restricciones en locales públicos,
- Políticas en escuelas,
- Planes de evaluación,
- Procesos que refuercen las políticas,

Si no hay restricciones generales se preguntaba y ¿si las hay de algún tipo?, sus conclusiones fueron las siguientes: en Austria, Noruega y Finlandia se prohíbe el tabaco en lugares públicos con el objetivo de conseguir ambientes interiores libres de humo y en las escuelas no está permitido fumar, salvo en salas expresamente habilitadas para ello (profesores). En Austria no se prohíbe fumar en el exterior de la escuela. En Finlandia se prohíbe fumar en el exterior desde 1994. En Dinamarca la legislación restringe el tabaco en los locales

públicos pero no en los privados. En Alemania hay restricciones en locales de trabajo, pero las escuelas no se especifican como lugares expresamente prohibidos y los alumnos de más 16 años, así como los profesores, pueden fumar en áreas habilitadas, destacando finalmente la situación del Reino Unido donde en general hay restricciones aplicables a locales de trabajo y escuelas, regulados de forma descentralizada por cada autoridad local que establece sus propias normas, pero no para todo el ámbito del país. Al empezar el año 2008, Portugal y Francia han adoptado Leyes antitabaco en la misma línea que nuestro país.

Para terminar la situación a nivel internacional, la Organización Panamérica de Salud (2000), redacta el análisis de una serie de recomendaciones señalando que, en los países en que los gobiernos decidan poner en marcha medidas enérgicas para combatir el tabaquismo, deben adoptarse estrategias combinadas cuyos objetivos deben apartar a los niños del tabaco, proteger a los no fumadores y proporcionar a todos los fumadores la información pertinente sobre los efectos del tabaco en la salud, al tiempo que consideran que las estrategias adoptadas en cada país deben incluir: ⁴

- un aumento de los impuestos sobre el tabaco, utilizando como medida las tasas adoptadas por los países con políticas amplias de lucha antitabáquica y descenso del consumo,
- publicar y difundir los resultados de las investigaciones sobre los efectos del tabaco sobre la salud, añadir advertencias en los etiquetados de los cigarrillos, adoptar prohibiciones completas de las actividades de publicidad y promoción, restringiendo asimismo el consumo en los lugares de trabajo, y
- facilitar el acceso a los tratamientos sustitutivos con nicotina y otros tratamientos para dejar de fumar.

Los Organismos Internacionales, como los Organismos de las Naciones Unidas, deben revisar los Programas y políticas existentes para garantizar que en ellos las medidas antitabáquicas reciban la atención que merecen, deben patrocinar investigaciones sobre las causas, consecuencias y el costo del consumo, abordar aspectos de la lucha contra el tabaco, participar en el Convenio Marco propuesto por la OMS, pues la amenaza que supone el tabaco para la salud no tiene precedentes, como tampoco los tiene el potencial de reducir la mortalidad mediante políticas eficaces.

2.2. Marco Nacional de Referencia. Medidas Legislativas.

Ya hemos definido la prevención como el mejor sistema para conseguir buenos resultados desde el punto de vista sanitario, pues sabemos que el consumo masivo de tabaco en los últimos años en nuestra sociedad, se ha convertido en uno de los problemas de Salud Pública más preocupantes. Sin duda, España sigue siendo uno de los países de la Unión Europea con mayor consumo ²⁰ (30% fumador habitual ENSE 2006) y, aunque la prevalencia está descendiendo globalmente de manera paulatina, todavía persiste una significativa tendencia en ciertos grupos poblacionales, particularmente entre las mujeres más jóvenes, a iniciarse en el consumo de tabaco de forma que existen datos bibliográficos que nos revelan que su comienzo es a los 13 años e incluso antes.⁵⁻⁹

Para entender lo que ha supuesto la situación del tabaquismo en España hemos de reconocer la coexistencia de múltiples factores de carácter económico y social, tales como la producción, un alto nivel de tolerancia y la permisividad generosa de la sociedad hacia su consumo. Las prácticas comerciales agresivas y una elevada accesibilidad al producto a causa de la política de precios y puntos de venta ha sido una lacra que se ha venido a resolver gracias a la publicación de la Ley 28/2005.³⁰

El perfil emergente de los fumadores en España no es el mismo que teníamos hace 15 ó 20 años, reto que debemos plantear no sólo en términos científico-terapéuticos sino también desde una óptica de Salud Pública integradora y ambiciosa. En España, desde la publicación del *Real Decreto 192/1988 del 4 de marzo, sobre limitación en la venta y uso de tabaco para protección de la salud de la población*, se han venido incrementando las actividades dirigidas a disminuir su consumo en todos los ámbitos sociales del Estado, de las Comunidades Autónomas y de los Ayuntamientos, y a fomentar una cultura sin tabaco. En los últimos 15 años las diferentes Administraciones, y en especial, los distintos Gobiernos Autónomos, han desarrollado Programas de actuación para la prevención del tabaquismo. Aunque su grado de desarrollo era heterogéneo y los recursos invertidos en su aplicación desiguales, estas

iniciativas suponen, sin duda, oportunidades que favorecen e impulsan las políticas para la prevención y control del tabaquismo, constituyendo los objetivos prioritarios del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, contexto en el que hay que destacar los esfuerzos realizados en la Comunidad Autónoma de Extremadura que analizaremos más adelante. Cada Comunidad Autónoma dispone de su propio marco legislativo. La mayoría de estas legislaciones se dirigen a la prevención de las adicciones y a la reinserción social, partiendo del derecho a la protección de la salud, recogido en el Artículo 13 de la Constitución Española, considerando prioritario proteger los derechos de los no fumadores, así como a la población infantil.¹¹

La mayoría de las Comunidades y Ciudades Autónomas están realizando intervenciones que tienen básicamente los mismos objetivos y proponen fundamentalmente las mismas líneas de actuación. Es de gran utilidad aprovechar la experiencia acumulada por todas las Administraciones Públicas en el desarrollo de este tipo de intervenciones, y sobre todo los logros de aquellas Comunidades, y en especial de la Comunidad Extremeña, que han podido llevar a cabo. Programas sistemáticos de actuación, reforzando las políticas de control del tabaquismo, y aumentando los recursos materiales como personales destinados a las actuaciones de prevención del consumo de tabaco y también reduciendo su prevalencia. Los Programas más sistemáticos de actuación, como en el caso de Extremadura, resultan de gran utilidad para facilitar la eficacia de las políticas sanitarias del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. La preocupación y la realización de diversas actividades de numerosas asociaciones científicas y la progresiva implicación de las diversas asociaciones civiles en las actuaciones destinadas a la prevención del tabaquismo, es sin duda, otro instrumento de un gran valor del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo.

Un ejemplo de la importancia de estos movimientos asociativos lo representa el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT), constituido por 24 Organizaciones, principalmente Asociaciones de Profesionales sanitarios, que mantienen vínculos con otras Asociaciones implicadas e interesadas en la prevención del tabaquismo. Además forma parte

de la Red Europea de prevención del tabaquismo, que agrupa a coaliciones similares en los diversos países de la Unión Europea. Desde que se fundó la CNPT, ha trabajado para ampliar la prevención del tabaquismo en España y ha desarrollado acciones de educación e información dirigidas a la población, de trabajo con los profesionales de la salud, de colaboración con las autoridades sanitarias, y de contacto con los representantes políticos de la población. En Extremadura destacamos la Sociedad Extremeña de Profesionales para el Abordaje al Tabaquismo (SEPAT), de reciente creación, integrada por un grupo multidisciplinar de profesionales (psicólogos, enfermeros/as y médicos, neumólogos...), esencialmente preocupados por el tema.

La existencia del “Tercer Plan de Actuación para una Europa sin tabaco”, de la OMS, y las iniciativas legislativas de la Unión Europea, son también aspectos que propician, refuerzan y favorecen el desarrollo del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, cuyo objetivo principal es conseguir la armonización entre las diferentes Administraciones para afrontar globalmente el control y prevención del tabaquismo, evitando la dispersión de competencias, la falta de sistemas de información suficientemente sistemáticos sobre las acciones realizadas, la relativa escasez de recursos disponibles para afrontar un problema de Salud Pública de tal magnitud, la falta de homogeneidad en algunos criterios de seguimiento, evaluación y atención al tabaquismo, o las dificultades para realizar un seguimiento eficaz del cumplimiento de la normativa que regula la venta, el consumo y la publicidad del tabaco.

Es necesario impulsar Programas que eviten la incorporación al consumo (ó al menos que retrasen la edad de inicio) y también las actividades destinadas a disminuir su prevalencia, facilitando la deshabitación de la población fumadora. Este descenso en la prevalencia es el único mecanismo para reducir un gran número de enfermedades y muertes, en su mayoría precoces, atribuidas al tabaquismo. Consideramos fundamental que estas intervenciones incluyan acciones específicas que eviten que siga aumentando la prevalencia en las mujeres y que las intervenciones sean multisectoriales y de amplio alcance para poder garantizar su máxima eficacia, es decir que sean mantenidas sólidamente en el tiempo sabiendo que la reducción del consumo tardará en reflejarse en la

reducción de las enfermedades y las muertes, como señalaremos de forma más exhaustiva en el apartado siguiente.

Los expertos señalan la importancia de mantener y mejorar estrategias de prevención y actividades de ayuda a los fumadores que deseen abandonar el consumo de tabaco, de forma que tanto en foros nacionales como internacionales se ha puesto de manifiesto la necesidad de incrementar actividades informativas y educativas, y desarrollos normativos, ampliando restricciones para la venta, el consumo y la publicidad del tabaco, aumentando los recursos destinados a la deshabituación de la población fumadora e incrementando la investigación para mejorar el conocimiento sobre los factores que determinan el inicio y la consolidación del consumo de tabaco, sobre todo en jóvenes y mujeres, como venimos señalando.

La gravedad del problema y la posibilidad de obtener ganancias de salud, mediante políticas estables y comprometidas, obligan a intervenir decididamente. El esfuerzo es grande, pues existen poderosos obstáculos, si además consideramos cómo en España el abordaje del tabaquismo como problema de Salud Pública ha sido escasamente considerado. La sociedad no estaba sensibilizada en la percepción del riesgo que para la salud representaba la exposición al tabaco, fruto del generalizado consumo, traducido en una alta prevalencia alcanzada en décadas anteriores, sino que además, como bien sabemos, era una conducta de alta aceptación social apoyada en una publicidad de gran eficacia que invitaba al consumo. Por otro lado, la contribución y movilización de los profesionales sanitarios ante el problema del tabaquismo no se ha producido en España hasta fechas muy recientes, teniendo en cuenta que gran parte de estos profesionales sanitarios fumaba y algunos de ellos en los sitios de trabajo. En la percepción de los especialistas conocedores de esta problemática de Salud Pública quedaba subyacente una cierta frustración, mientras la evidencia del enorme impacto negativo del tabaco sobre la salud se acumulaba de manera inexorable, y aunque en las dos últimas décadas se habían ido incorporando medidas puntuales muy importantes desde todos los ámbitos (Administración Central, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales), existía cierto desajuste entre la magnitud de un problema señalado por

todos como prioritario y la limitación de las medidas y recursos articulados como repuesta.

Tenemos que señalar que en el período previo a la publicación de la nueva Ley se habían producido hechos importantes que demostraban la preocupación social que existía en este país teniendo en cuenta las directivas europeas.¹² Ninguna Ley se hace pública sin tener en cuenta la situación previa que la facilita por lo que vamos a repasar los movimientos anteriores a su aplicación. El Gobierno español, en el año 2005 (26 abril), presentó en el Congreso de los Diputados el *Proyecto de Ley reguladora de la venta, suministro, el consumo y la publicidad del tabaco*,¹³ en un contexto de oportunidad, necesidad social y sanitaria. Ley cuya promulgación provocaba satisfacción, pues la sociedad española llevaba tiempo demandándola, alarmada por la iniciación al consumo de niños y jóvenes y deseando la protección de la salud de los no fumadores frente al aire contaminado por el humo del tabaco. Paralelamente la ratificación por España del Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco obligaba a España a desarrollar algunos de los instrumentos contenidos en dicho Convenio.¹⁴ Hasta el momento actual existía una legislación estatal que se había quedado desfasada, formada por el Real Decreto 192/1988 sobre limitaciones en la venta y uso de tabaco para protección de la salud de la población,¹⁵ el Real Decreto 1293/1999¹⁶ por el que se modificaba el anterior, así como el Real Decreto 1079/2002¹⁷ por el que se regulaban los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco y la Orden SCP127/2004¹⁸ que desarrolla algunos aspectos del mismo. Los Gobiernos Autonómicos y las Normativas habían elaborado una amplia legislación entre la que señalamos especialmente los Planes municipales que acompañaban a la legislación estatal.

Sabemos que España se sitúa en el estadio III del desarrollo de la epidemia tabáquica¹⁹ como ya hemos comentado previamente, y que además el tabaco era barato, accesible y ampliamente publicitado, provocando las prevalencias de consumo más altas de Europa, que según los datos ENSE (2006) afectan al 30%

de la población mayor de 16 años y con las tasas de consumo entre niños y jóvenes más elevadas.²⁰

A pesar de la legislación existente para situar a España en el estadio IV de la epidemia tabáquica, consiguiendo así modificar la prevalencia tabáquica y situarnos en el mismo nivel que otros países como Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda, Inglaterra ó en los países del Norte de Europa, donde las prevalencias de consumo son muy inferiores, observamos una serie de aspectos que, a la luz de las evidencias científicas acumuladas en otros países y recogidas en distintas publicaciones y en guías clínicas, es necesario modificar para conseguir invertir la prevalencia del tabaquismo en España. Sabemos que durante años la publicidad del tabaco no ha respetado los límites marcados por la Ley 34/1988²¹ ni por la Ley 25/1994 de 12 de julio²² reguladora de la publicidad en general y de la publicidad del tabaco en especial, política publicitaria desarrollada en varios momentos. Los Ministros de Sanidad de la Unión Europea aprobaron el 2 de diciembre de 2002 la futura normativa que prohibía la publicidad del tabaco y su promoción mediante actividades de patrocinio de acontecimientos. El 20 de junio de 2003, tras superar los trámites preceptivos, dicha norma fue publicada en el Diario Oficial de la Unión Europea. La Directiva contempló la supresión de la publicidad y patrocinio de los productos de tabaco en radio, prensa y publicaciones impresas y el patrocinio de acontecimientos o actividades en los que participen varios Estados miembros o tengan cualquier otro modo de efecto transfronterizo. Pese a que la fecha tope de transposición a nuestro ordenamiento jurídico del texto de la Directiva es la del 31 de julio de 2005, en España, desde la entrada en vigor de la nueva Ley, se han producido muchas modificaciones y recientemente se ha impedido la publicidad de los patrocinios de acontecimientos.

Respecto a los espacios sin humo, los Reales Decretos 192/1988²³ y 1283/1999²⁴, regulan los sitios públicos donde está prohibido el consumo de tabaco. Este aspecto tan importante ha sido poco respetado y excepto en algunos lugares como los aviones, etc..., en el resto de los lugares de trabajo, la prohibición de fumar ha sido en múltiples ocasiones vulnerada, adquiriendo particular relevancia los centros públicos, como centros educativos y sanitarios.

Igual ha ocurrido con las restricciones de la venta y consumo de cigarrillos recogidos en los mismo Reales Decretos. El tabaco hasta la aplicación de la Ley el 1 enero 2006, ha seguido siendo accesible y no se respeta en todos los casos la prohibición de la venta a menores ni la venta de unidades sueltas. Por todas estas razones, será necesario el desarrollo de una nueva Ley, que partiendo de un clima social favorable a las políticas de prevención y control del tabaquismo que ya existían en España, ofrezca respuestas a las demandas de protección de la Salud Pública frente al tabaco.¹² Desde la aprobación del Plan Nacional para el Control y prevención del Tabaquismo en el año 2003,²⁶ hasta la aprobación de la Ley reguladora de la venta, el suministro el consumo y la publicidad del tabaco²⁷ (2005) ha habido un amplio proceso de discusión social, en el que han participado numerosas Instituciones adquiriendo especial importancia las sociedades científicas agrupadas en el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo y Organizaciones ciudadanas como la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) concluyendo aspectos fundamentales:

- La regulación de los puntos de venta que deben quedar estrictamente limitados a los estancos mediante la venta directa personal y de maquinas expendedoras que reúnan los criterios exigidos de localización y medios técnicos, que permitan impedir la venta a menores de 18 años, quedando explícitamente prohibida la venta en cualquier otro lugar. Se estima que en España existen aproximadamente 16000 estancos y más de 100000 maquinas expendedoras, siendo suficientes para abastecer a los fumadores.
- La prohibición absoluta de fumar en todos los centros de trabajo, públicos o privados, excepto en los espacios al aire libre, así como la prohibición absoluta de fumar en todos los lugares de ocio, y en el supuesto de contemplar la posibilidad de habilitar salas para fumadores en los lugares de ocio, estas salas deben disponer de separación física compartimentada y sistemas de ventilación independientes, puesto que la

separaciones funcionales no garantizan la ausencia de contaminación ambiental por humo de tabaco.

- La prohibición completa de toda publicidad, promoción y patrocinio de todos los productos de tabaco, incluidos signos utilizados para identificar marcas, en todos los medios de la sociedad de la comunicación.

El debate social reflejado en los medios de comunicación ha sido muy amplio y ha permitido confrontar los postulados de prevención y defensa de la Salud Pública frente a aquellos sectores que, defendiendo el derecho de los fumadores a seguir siéndolo, que nadie ha puesto en duda, y bajo supuestas banderas de tolerancia, han puesto de manifiesto que sólo defendían los intereses económicos sectoriales, y en algunos casos han actuado como un auténtico “*lobby*” económico sobre la acción legislativa del Estado,^{28, 29} llegando a proponer enmiendas a la Ley 28/2005, que se correspondían con postulados preexistentes en documentos internos de la propia industria del tabaco. Consideramos que la entrada en vigor de la nueva Ley 28/2005 supone un avance en términos de Salud Pública que deberá producir una disminución de la prevalencias del consumo en todos los grupos de la población, lo que supondrá una disminución de todas las enfermedades producidas por el tabaco y un descenso del gasto sanitario originado por las mismas. Será necesario exigir el cumplimiento de la nueva Ley desde el primer momento, aplicando las sanciones previstas en aquellas personas, empresas o Instituciones que no la respeten. Consideramos importante complementarla con otras medidas de eficacia probada como las relativas a la fiscalidad y el incremento de los precios del tabaco, y también mediante el establecimiento de Programas de ayuda a los fumadores que deseen dejar de serlo, que como señala el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, podrían ser financiados por el fondo de cohesión sanitaria distribuido por el Ministerio de Sanidad y Consumo a las Comunidades Autónomas, por la recaudación proveniente de las sanciones aplicadas a las infracciones contempladas en la Ley, los fondos asistenciales de las Comunidades Autónomas y un 0,5% de los impuestos del tabaco. Sabemos

que el consumo masivo de tabaco en los últimos años en nuestra sociedad se ha convertido en uno de los problemas de Salud Pública más preocupantes.

Sin duda, España sigue siendo uno de los países de la Unión Europea con mayor consumo (30% fumador habitual) ²⁰ y, aunque la prevalencia está descendiendo globalmente de manera paulatina, todavía persiste una significativa tendencia en ciertos grupos poblacionales, particularmente entre las mujeres más jóvenes, a iniciarse en el consumo de tabaco de forma que los datos bibliográficos revelan que comienzan a los 13 años e incluso antes.

Las prácticas comerciales agresivas y una elevada accesibilidad al producto a causa de la política de precios y puntos de venta ha sido una lacra que se ha venido a resolver gracias a la publicación de la Ley 28/2005. ³⁰

2.2.1. Plan Nacional de Prevención y Control del tabaquismo 2003-2007.

En línea con todo lo anteriormente expresado, quizá el avance del que todos nos sentimos más satisfechos en España es el que ha supuesto la elaboración y aprobación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007 (PNPCT). Este Plan fué acordado el 19 de Septiembre de 2002 por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, tras lo cual se elevó al Pleno del Consejo. Dicho Organó otorgó al Plan su aprobación por unanimidad el 13 de enero de 2003. A partir de ahí, la iniciativa se puso formalmente en marcha mediante la constitución de sus órganos de dirección según lo establecido en el Real Decreto 548/2003, de 9 de mayo, por el que se crean las estructuras del PNPCT (BOE de 13 de Mayo de 2003). Una de las virtudes de este Plan es su carácter multisectorial, su órgano de liderazgo es la Comisión Intersectorial de Dirección que, presidida por Ministro/a de Sanidad y Consumo, está compuesta por dos representantes del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; dos representantes de la Comisión de Salud Pública de dicho Consejo; sendos representantes, con rango de Director General, de los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte, Trabajo y Asuntos Sociales, Economía, Hacienda

e Interior; y el presidente del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, junto a la persona que ostenta la secretaría de dicha Comisión del Plan y el Director General de Salud Pública. Por otra parte, el Comité Ejecutivo del PNPCT incluye a todos los coordinadores autonómicos, además de la Secretaría del Plan (que ostenta el Ministerio de Sanidad y Consumo), con todo lo cual se asegura la intersectorialidad e interterritorialidad de esta iniciativa.

El Plan se construyó de forma consensuada, con aportaciones de los técnicos responsables del tema en las diversas Comunidades Autónomas, así como también del CNPT y de alguna de las Organizaciones integrantes, que lo recibieron en fase de consulta. El texto del Plan estaba impregnado de la perspectiva y las prioridades del movimiento de prevención. Por ello, en su día, para evitar que la escenificación de las diferencias políticas lo bloqueara, el CNPT impulsó su aceptación por consenso, contactando con los Consejeros de Salud de todas las Comunidades. Su aprobación en enero de 2003 marcó un hito importante: supuso que los objetivos del movimiento de prevención pasaran en buena parte a ser los de las Autoridades Sanitarias. Sin embargo, el Plan era una lista de objetivos sin mecanismos claros de ejecución. Unos dependían de cambios de regulación o de decisiones de otros Ministerios, y otros de recursos sanitarios transferidos a las Comunidades Autónomas. Su ejecución real se preveía larga y dificultosa, el calendario previsto parecía lejos de poder cumplirse y los objetivos que podían conseguirse con cambios legislativos necesitaban un impulso político muy fuerte para su adopción. Pese a que circularon algunos borradores de transposición de la directiva de publicidad y también de actualización del Real Decreto 192/1988 sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco, durante más de un año no se produjeron avances. Más tarde se abrió una nueva ventana de oportunidad y el compromiso público del Gobierno con el cambio legislativo llevó al impulso de la Ley que entra en vigor finalmente en enero del 2006.

Hay, por tanto, una clara continuidad a partir de las propuestas del movimiento de prevención, que se ha saldado además de forma muy consensuada en sede parlamentaria, pese al ruido mediático previo. Convierte el control del tabaquismo en un tema transversal en el debate político, presente en

la agenda de todas las fuerzas políticas, que han asumido así un mayor compromiso con la prevención. Esto es un éxito claro para la Salud Pública, y un cambio considerable respecto a la situación anterior.

Actualmente nos preguntamos qué tareas consideraríamos aún prioritarias, aceptando que queda mucho por hacer, pero en este momento hace falta generar primero más apoyo social a la nueva regulación, y después hacer un esfuerzo importante de sensibilización y educación del público - publicidad institucional, cursos específicos en diversos centros y también educativos y toda clase de material formativo, en definitiva un mayor apoyo institucional en su compromiso con la sociedad. La inacción de los poderes públicos durante años hizo que fuera preciso colmar las lagunas en este terreno de forma apresurada. Esto debía tener, en primer lugar, una expresión macro, con actuaciones desde las estructuras de la propia Administración, como por ejemplo se hizo, con éxito, en Irlanda con la creación de la Oficina para el Control del Tabaco (www.otc.ie), que aportó y preparó el camino años antes de la entrada en vigor de la legislación en este país³¹ y después con acciones de Organizaciones no gubernamentales y sindicatos para promover la concienciación social de determinados colectivos en apoyo genérico y por un efectivo cumplimiento de la nueva Ley. Pero son necesarias también numerosas y diversas expresiones micro que faciliten a todos los profesionales oportunidades de acción en el ámbito local y sectorial en este terreno (Informe de Salud Pública 2005 en Extremadura, Junta de Extremadura, Plan de Salud de Extremadura 2005-2008). La implantación real y el seguimiento plantearán retos que la Ley no resuelve, y probablemente precisen un desarrollo reglamentario que en buena parte ha de ser autonómico. Por otra parte, el clima que esto genera ha de proporcionar múltiples oportunidades, impulsando Programas de estímulo a la cesación tabáquica en los más diversos frentes.

El Plan Nacional de Prevención y Control del tabaquismo tienen unos principios fundamentales: ²⁶

- Responder a un compromiso Institucional.

- Está liderado por las Autoridades Sanitarias para promover y coordinar todas las acciones que se desarrollen en este campo.
- Participa de las orientaciones y estrategias internacionales de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea.
- Cuenta con un enfoque global del problema, promoviendo la colaboración intersectorial y estableciendo medidas graduales para disminuir las desigualdades.
- Pretende promover la salud, la calidad de vida, y la participación social.

Dentro de los objetivos del Plan destacamos los siguientes:

- Disminuir la prevalencia tabáquica. En el año 2007, el número de fumadores y fumadoras de 16 y más años se habrá reducido en 6 puntos porcentuales, situando la prevalencia por debajo del 28%, en 2004 (33,1%) en España y (37,6%) en Extremadura, significando en el año 2005 en Extremadura para hombres un 35% y un 20% para mujeres.

Para disminuir la prevalencia proponen:

- Prevenir la incorporación de nuevos fumadores y fumadoras. En el año 2007, la proporción de personas fumadoras en el grupo de 16 a 24 años, habrá disminuido 6 puntos porcentuales, situándose por debajo del 36%.
- Retrasar la edad de inicio del hábito tabáquico. Para el año 2007, la edad media de inicio en el hábito tabáquico se habrá retrasado a los 14 años.

- Facilitar el abandono de la dependencia tabáquica. Para el año 2007, la proporción de población exfumadora aumentará al menos 6 puntos, situándose por encima del 23%.

Proteger la salud de la población del aire contaminado por el humo del tabaco (AHT). Para el año 2007, al menos el 65% de la población considerará que está protegida de la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco:

- Evitar la exposición de la población al aire contaminado por humo de tabaco. En el año 2004, se habían desarrollado normativas que regulaban el consumo de tabaco en todos los ámbitos públicos.
- Potenciar los espacios sin humo. Para el año 2005, al menos el 70% de las empresas deberían disponer de espacios libres de humo.
- Fomentar la norma social de no fumar. Para el año 2005, el 75% de la población consideraría que el tabaco es menos aceptado en su entorno social.
- Potenciar la coordinación y la participación:
 - Coordinación institucional.
 - Coordinación intersectorial.
 - Coordinación internacional.
 - Participación social.

Para alcanzar cada uno de estos objetivos específicos, se han definido diversas actuaciones, agrupadas en estrategias: informativa, educativa, asistencial, legislativa, coordinación y participación, e investigación y evaluación.

A continuación en la Figura 1 aparece la estructuración del PNCT:



Figura 1. Plan Nacional de Control y Prevención del Tabaquismo.

Pero no debemos olvidar que poder disponer hoy de este Plan ha sido fruto de un trabajo en equipo y de un gran consenso para su elaboración y desarrollo. Así, a partir del encargo del Ministerio de Sanidad y Consumo y del propio Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el texto del Plan surgió a partir del Grupo de Trabajo de Tabaco, constituido en la Ponencia de Promoción de la Salud de la Comisión de Salud Pública. Aunque el conjunto de la Comisión colaboró en la tarea, el Grupo de Trabajo de Tabaco específicamente constituido a este efecto, estaba formado por técnicos de las Comunidades Autónomas y técnicos de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Consumo. De esta forma se elaboraron sucesivos borradores que fueron revisados no sólo por los Directores Generales de Salud Pública y técnicos de las Comunidades y Ciudades Autónomas sino también por otros departamentos y unidades ministeriales (tales como Ministerio de Interior, Instituto de la Mujer, o Instituto de la Juventud), Colegios Profesionales (médicos, farmacéuticos, diplomados universitarios de enfermería, odontólogos y estomatólogos...), expertos y profesionales destacados en este campo, Organizaciones sindicales y sociales, y el propio

Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, Organización que prácticamente representa al conjunto de personas del mundo sanitario involucrado en este campo, dado que incluye en torno a unas 40 Sociedades Científicas y Asociaciones Profesionales.

El PNCT, instrumento de apoyo para avanzar en la aplicación de políticas integradas, globales y eficaces para el control del tabaquismo, y la contribución de los distintos sectores sociales para su desarrollo ha ido consolidando la actuación y ha permitido conseguir frutos significativos. El respaldo de la población a las medidas propuestas es el mejor garante de la continuidad y el éxito frente a las presiones de sectores minoritarios, y el trabajo sinérgico y en equipo ha sido fundamental para el desarrollo de esta iniciativa.

En definitiva, hoy somos todos conscientes de que el tabaquismo ocupa un lugar destacado dentro los problemas más importantes de Salud Pública, especialmente tras la publicación de la nueva Ley, pues existe evidencia científica incuestionable que demuestra que el tabaquismo genera graves daños a la salud. Como dice Julio Frenk, anterior Director Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud: *“Hay que decirlo con claridad, el tabaco no es un bien de consumo, es un mal de consumo”*. La visión integral de este problema, nos exige no sólo reflexionar acerca de lo que significa la epidemia del tabaquismo desde el punto de vista estricto de pérdida de salud sino además del impacto económico y social que representa, para así continuar trabajando en el desarrollo y su puesta en marcha con un profundo sentido ético y un compromiso firme en el marco global de las políticas, estrategias y acciones que logren enfrentar con éxito esta verdadera epidemia.

Así, además de seguir trabajando en las acciones programadas en el Plan, avanzando para conseguir despertar el interés individual, familiar y colectivo en el tema, debemos mantener el espíritu crítico que ayude a conseguir que las acciones formuladas se conviertan en una realidad y se alcancen los objetivos planteados:

- conseguir disminuir la prevalencia del tabaquismo (previniendo la incorporación de nuevos fumadores),
- garantizar el derecho a respirar aire libre de la contaminación por el humo del tabaco (potenciando los espacios sin humo),
y
- fomentar la norma social de no fumar.

Sabemos que tenemos ante nosotros un reto importante, pero también estamos seguros que, si trabajamos de forma conjunta, lo conseguiremos más fácilmente.

Esta Ley 28/2005 representa también la culminación de un largo camino para el movimiento de prevención en nuestro país. Tras la adopción de las primeras regulaciones sobre el tabaco por parte de las Comunidades Autónomas y el Gobierno Central en los años ochenta, se entró en una larga fase sin progresos efectivos en la regulación que se prolongó hasta finales de los noventa. Un elemento importante para cambiar este contexto ha sido la emergencia de elementos organizativos del movimiento de prevención.¹⁰ Para Villalbí^{33,34} el problema del tabaquismo tiene una dimensión no sólo individual, ya que los fumadores son personas que intentan o no, dejar de fumar, sino también tiene una dimensión colectiva. Buena parte del comportamiento personal viene influido por condicionantes externos, como pueden ser el precio del tabaco, su aceptación social,...por este motivo, las políticas públicas tienen tanta influencia en el consumo de tabaco y por tanto, la prevención y el control del tabaquismo tienen dimensiones políticas y no solo clínicas. Por ello, la industria tabaquera ha dedicado tanto esfuerzo en evitar la adopción y ejecución de políticas de control efectivas que pudieran reducir el consumo y preservar así sus beneficios como acabamos de señalar.

En España se han sentado las bases para un punto de inflexión en las políticas públicas sobre el tabaco, que puede acelerar el declive de la epidemia.^{34,35} En primer lugar, por los acuerdos sobre financiación del Sistema Nacional de Salud de septiembre de 2005, que vinculan por primera vez el

impuesto específico sobre el tabaco con la financiación de la Sanidad. Más allá de los importes modestos implicados, esto puede generar una dinámica capaz de elevar la carga fiscal de modo que el precio del tabaco fuera más disuasorio como estamos observando, pues frecuentemente asistimos a un aumento del precio del tabaco.^{36, 37} En segundo lugar porque, durante los años 2005-2006, se incrementó notablemente la disponibilidad de recursos para desarrollar Programas de prevención y de asistencia al tabaquismo, siempre en función de la promulgación de la Ley. Y finalmente aprobada por las Cortes la «*Ley de Medidas Sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*», que incluía también otros aspectos cruciales para una política de control efectiva, y por ello tenía una importancia capital³⁰ al abordar aspectos muy importantes para el control del tabaquismo que no estaban desarrollados de forma efectiva en España: la regulación rigurosa de la publicidad y la promoción del tabaco - hasta ahora la industria tabaquera tenía las manos libres para sus acciones de promoción-^{39,40} y la protección frente al humo ambiental de tabaco en los lugares de trabajo y en los espacios públicos cerrados como se contempla en diferentes trabajos.⁴¹⁻⁵¹

En efecto, eliminar la promoción del tabaco contribuye a reducir la incidencia del tabaquismo. Los niños y adolescentes libres de la presión de la publicidad tienen menos probabilidades de empezar a fumar, pues sabemos que la medida más eficaz es evitar el inicio.⁵² Además, los fumadores que intentan dejar el hábito tendrán un contexto más favorable, con menos estímulos para la recaída. Por otra parte, unos espacios laborales y unos servicios públicos libres de humo protegen a todos contra el humo ambiental, pero además tienen un impacto directo sobre la prevalencia a medio plazo. Y lo tienen por dos vías: por un lado, contribuyen a reducir la incidencia del tabaquismo, al reforzar la percepción de que fumar no es un comportamiento normal; por otro, ayudan al abandono del tabaquismo, por dos mecanismos:

- a) los fumadores que intentan dejar de fumar y trabajan en un entorno libre de humo tienen menos estímulos para recaer y es así más fácil la deshabituación, y

- b) se ha comprobado empíricamente que cuando una empresa o institución prohíbe fumar, una proporción no despreciable de fumadores, estimado entre un 10 y un 20% de los trabajadores, intenta abandonar definitivamente el tabaco.⁵³

El Libro Blanco sobre el tabaco en España marcó un hito,⁵⁴ porque rompió el relativo aislamiento previo, construyendo un enlace permanente con el movimiento europeo a través de la European Network for Smoking Prevention (ENSP), así como una visión compartida sobre algunas políticas públicas relevantes con la realización de seminarios y encuentros monográficos (fiscalidad, abogacía...) y, sobre todo, porque mediante su acción sobre los representantes políticos y responsables sanitarios, tanto directa como indirectamente a través de los medios de comunicación, contribuyó a introducir en la agenda política del país las políticas de prevención⁵⁵. Hay un hilo conductor que va del Libro Blanco a la nueva Ley (1/ 1/2006), Libro Blanco que culminó con la definición de unas prioridades para el control del tabaquismo en España que eran las consensuadas por el movimiento de prevención⁵⁶ y a las que durante años las Administraciones públicas, pese a la retórica al uso, hicieron oídos sordos. Las cosas sólo cambiaron con la formulación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo (2002) aprobado en el Consejo Interterritorial de Salud, como ya hemos apuntado anteriormente.⁵⁷

Finalmente, hemos de recordar que éste es un momento idóneo para emprender Proyectos de investigación sobre el impacto de estas medidas sobre el tabaquismo y la salud, en la línea de los generados por otras experiencias recientes, especialmente haciendo un esfuerzo en los contenidos de la Educación para la Salud en prevención primaria en el adolescente, reconociendo que la situación de la epidemia tabáquica en España es peculiar⁵⁷ como ya hemos comentado, y la evaluación de la utilidad de las diversas medidas en nuestro momento puede ser valiosa para orientar las acciones en contextos que se encuentran en situaciones comparables a la nuestra hasta hace pocos años, como diversos países del Sur y el Este de Europa, Hispanoamérica o la otra ribera del Mediterráneo.

2.2.2. Marco Autonómico: Extremadura.

La Comunidad Autónoma de Extremadura forma parte de la España interior, tiene una extensión de 41634 Kms², y una población de 1075286 habitantes, lo que supone una densidad de población de 25,8 hab./ km², siendo una de sus características una baja densidad de población traducida en dispersión geográfica. La distribución por sexo de la población extremeña, a 1 de enero de 2004 se componía de 534704 varones y 540582 mujeres, lo que supone un 49,72% y 50,28% de la población respectivamente. La pirámide de la población denota una clara tendencia al envejecimiento, de tal manera que una cifra superior al 24 % supera los sesenta años. La comparación de las pirámides de España y Extremadura a 1 de enero de 2003 muestra que los jóvenes entre 5-19 y los mayores de 65 son más representativos en Extremadura que en España, al igual que los efectivos de población activa (20-65) son más representativos en el total nacional, presentando Extremadura, por tanto, un mayor índice de envejecimiento.

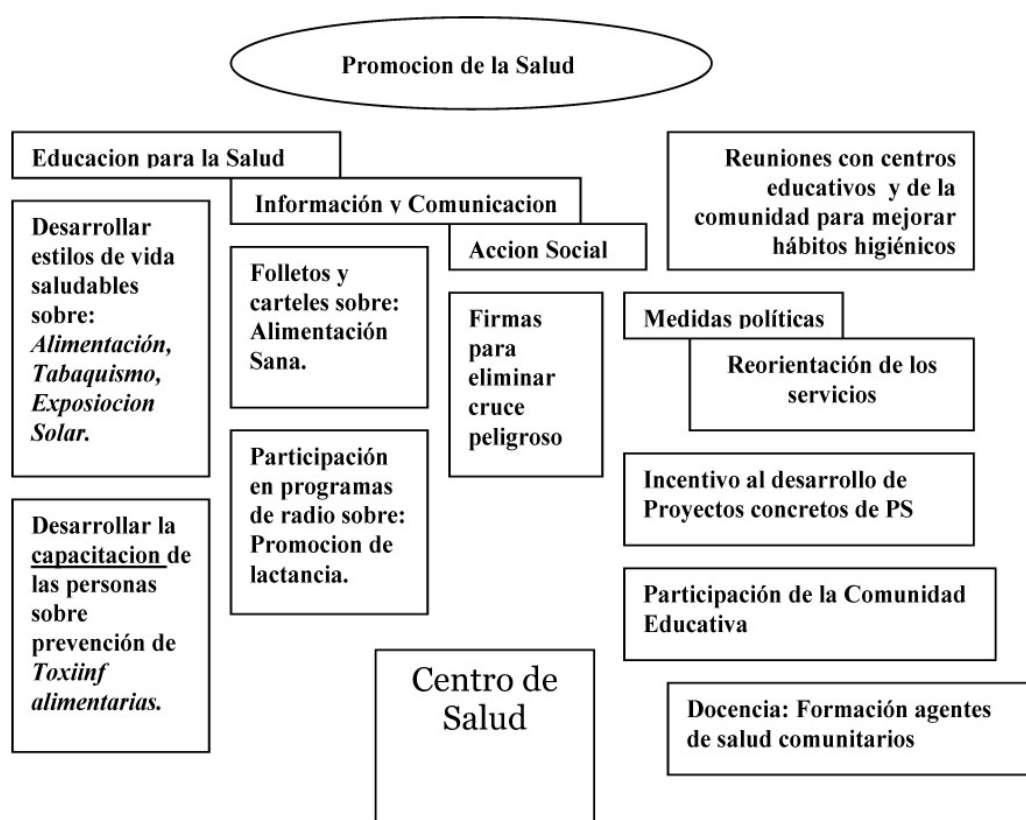


Figura 2. Plan estratégico SES 2005-2008

Desde el punto de vista legislativo, Extremadura ha ido forjando una serie de normas de las que vamos a extraer las que consideramos más significativas en relación con nuestro objeto de investigación: Ley de Prevención, Asistencia y Reinserción de las Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Extremadura (Ley 1/1999, 29 de marzo, D.O.E. nº 50, 29 de abril), Plan de Salud Extremadura 2001-2004 que incluye el Plan Marco 2005-2008 (Orden 23 marzo 2006); el Informe de Salud Pública 2005, el Plan Estratégico del SES 2005-2008, Plan Marco de Educación para la Salud de la Comunidad Autónoma 2007-2012 entre otros. Junto al desarrollo y puesta en marcha de todos estos Planes, podemos destacar también la importante labor de investigación respecto a aspectos concretos de la sanidad en Extremadura de una serie de autores como JM García Ortiz, L Peral, M García Macarro, FL Márquez, A Martín, MA Hernandez, JL Ferrera, MA Escobar Bravo, MC Real, V Gragera, M Paniaguas Vivas, entre otros muchos. Destacamos también algunos hitos importantes en la historia reciente de la Educación para la Salud: Ley de Salud Escolar (1990) gracias a la cual se integró la EPS en el currículo escolar, Programas de salud escolar (1991-1992), Jornadas Extremeñas de Educación para la Salud I (1993) y II (2003), Planes de Salud (1997 y 2001), Comité de Enlaces de Educación para la Salud en Extremadura (2004), Estructura de Coordinación y Promoción de la Educación para la Salud en la Comunidad Autónoma de Extremadura, Cursos Específicos de Prevención de Tabaquismo de la Universidad de Extremadura con la colaboración de Neumólogos, Psicólogos y Profesionales de la Educación, Campañas de prevención escolar, incorporación de la EPS a la Universidad en Facultades no específicas de Medicina y la creación de una asignatura específica de tabaquismo impartida en la Facultad de Medicina, por la Dra. Márquez Pérez,³² o el Dr. Fuentes Otero, así como la creación de una Sociedad Extremeña para el Abordaje del Tabaquismo (SEPAT) con múltiples actividades, que con perspectivas de futuro están forjando los pilares de una vida más saludable sin tabaco en Extremadura. De igual modo, podríamos citar otras acciones realizadas desde distintos ámbitos de la Consejería de Sanidad, entre los que destacamos: la elaboración de materiales curriculares, actividades formativas interdisciplinares: profesorado, profesionales sanitarios y sociales, alumnos de Escuelas, Institutos

y Facultades, y, por supuesto, el establecimiento de Educación para la Salud como Área de Intervención Prioritaria en todos los Planes de Salud de Extremadura, así como la creación de la Red Extremeña de Ciudades Saludables, entre otras. Queremos poner énfasis en la Educación para la Salud en el contexto escolar extremeño, señalando determinados trabajos ⁶¹, en la misma línea que los elaborados en otras Comunidades Autónomas.⁶² Ley que engloba también los Programas de actuación, dentro de los cuales destacan los de prevención dirigida a toda la Comunidad, especialmente destacan los de drogodependencias, siempre dentro del Marco Comunitario y los de prevención específicos, dirigidos a la Comunidad escolar, a la población juvenil y a la población adulta, especialmente aquellos que consumen drogas institucionalizadas en el ámbito laboral. Vemos la gran sensibilidad que existe hacia la población escolar, momento sin duda significativo en el que se debe realizar una prevención primaria.

Mostramos de forma cronológica en relación a EPS en Extremadura, las actuaciones más significativas que se han ido desarrollando a lo largo de los años:

Año	Planes de Actuación
1990	Ley de Salud Escolar de Extremadura
1999	Ley de Prevención, Asistencia y Reinserción de las drogodependencias de la CCAA de Extremadura (Ley 1/1999)
2003	Ley 2/2003, 13 marzo de la Convivencia y el Ocio de Extremadura
2001-2004	Plan de Prevención y Tratamiento del tabaquismo en la CCAA de Extremadura
2005-2008	Plan de Salud de Extremadura
2005	Plan Marco de Educación para la Salud
2005	Informe de Salud Pública
2005-2008	Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud (SES)
2007-2012	Plan Marco de Educación para la Salud de la Comunidad Autónoma

Tabla 1. Cronología de actuaciones EPS en Extremadura.

Como en otras Comunidades Autónomas las Normativas sobre la salud están reguladas desde la legislación que marca la Constitución Española y la Ley General de Sanidad. En la Normativa extremeña queremos señalar en primer lugar la Ley de Salud Escolar de Extremadura (Ley 2/1990, de Salud Escolar de Extremadura. DOE 31-05-1990, nº 43), creada antes de la aprobación de la Ley 1/1999 de Prevención de Drogodependencias, que tiene como objetivo fundamental garantizar la realización de un Programa de Salud Escolar, que contemple la promoción, protección y conservación de la salud del preescolar y escolar en todos sus aspectos mediante el desarrollo de tareas y actividades en las áreas siguientes: educación para la salud, exámenes de salud, prevención de aquellos procesos o enfermedades propias de la infancia y la higiene del medio ambiente escolar.

La Ley de Prevención, Asistencia y Reinserción de las Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Extremadura (Ley 1/1999, 29 de marzo DOE num 50, 29 de abril) constituye el pilar sobre el que se van a asentar gran parte de los trabajos posteriores. Al igual que en el resto de España, la alta prevalencia del tabaquismo en Extremadura, como hemos comentado en el Capítulo 1º, ha permitido a las Instituciones realizar determinadas acciones, algunas de ellas preventivas, encaminadas sobre todo a los jóvenes, teniendo en cuenta que el consumo de drogas no es un fenómeno reciente y presenta una alta prevalencia en Extremadura. Los títulos de esta Ley no sólo se refieren al tabaquismo como problema de Salud Pública, sino también a las actividades educativas necesarias para poder abordarlo, como aparece reflejado en el Título I.

Revisaremos la Ley 1/1999 en algunos de sus artículos, centrándonos especialmente en todo lo que hace referencia a nuestro objeto de investigación: en el artículo 4 de la citada Ley (Título Preliminar, Disposiciones Generales), el apartado “d” aborda: “*el tabaco y sus derivados*”; el Título II del Capítulo II, en el artículo 9, se ocupa de: “*las limitaciones a la publicidad en los medios de comunicación social*” objetivo primordial de la prevención, y junto al artículo 11 se dedica a “*las prohibiciones*”; el Título III del Capítulo1, en el artículo12: “*de las limitaciones a la venta, dispensación o distribución*”, y el artículo 13: a “*las*

limitaciones al consumo”, siendo por último el Título IV el que trata del “*régimen de infracción de las sanciones*”.

Otro apartado de esta Ley hace referencia a medidas generales que también resumimos a continuación:

- Reducir los niveles actuales de consumo de sustancias de abuso a partir de la disminución de la demanda de éstas.
- Informar de forma real y adecuada a la población sobre las consecuencias y características del consumo de sustancias.
- Intervenir sobre las condiciones sociales y los factores de riesgo que pueden favorecer el consumo de drogas.
- Modificar las actitudes y comportamientos de la sociedad respecto a las drogodependencias, generando una conciencia solidaria.
- Educar para la Salud potenciando hábitos saludables frente a las actitudes favorecedoras del consumo de drogas.
- Adoptar medidas que tiendan a evitar los prejuicios para la salud que se deriven del consumo de drogas, no sólo para los consumidores, sino para terceros ajenos al consumo de estas sustancias.
- Eliminar o en su caso limitar la presencia, promoción y venta de drogas en la sociedad.
- Incentivar el ejercicio del derecho de la participación de los jóvenes, a través de la promoción del asociacionismo juvenil, con la concepción de que los mismos son sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad para modificar su propio medio personal y social y mediante el fomento de

alternativas de ocio y tiempo libre generadas por la capacidad creativa y de cooperación de la infancia y la juventud.

- Favorecer el acceso a los recursos económicos y sociales de aquellos grupos de población que por su situación de riesgo puedan resultar especialmente afectados por la droga.
- Coordinar con otros organismos socio-educativos Programas educativos que tengan en cuenta el déficit individual, familiar, ambiental y social que favorecen la aparición de familias desestructuradas y posibles nuevos consumidores.

La presente Ley (1/1999) se estructura en siete Títulos, siendo el Título Preliminar el que define el objeto de la Ley, a quién va dirigida y, sobre qué ámbito pretende actuar; los Títulos I (reducción de la demanda) y II (oferta) tratan sobre medidas de prevención, centrándose casi exclusivamente en el tabaco como droga institucionalizada. El control de la oferta es de difícil cumplimiento como considera la presente norma, pues se trataría de limitar la acción de la promoción de las sustancias y centrar las prohibiciones en los ámbitos en los que puedan ser eficaces y en los sujetos que, por su vulnerabilidad, sobre todo si son menores, merecen una atención especial.

Junto a los Programas de prevención la Comunidad Autónoma desarrolla también Programas de Formación en Educación para la Salud, considerando prioritario incluir en ellos contenidos formativos de drogodependencias. Considera colectivos prioritarios a la hora de realizar actividades de formación: los profesionales en general y profesionales de Atención Primaria y servicios sociales, profesionales de red de asistencia a las drogodependencias, educadores de enseñanza primaria y secundaria que constituyen un pilar fundamental de todo proceso preventivo-, asociaciones de padres de alumnos y por último, los padres de los adolescentes, fundamentales en el desarrollo de la prevención. También realiza proyectos de investigación, utilizando como instrumentos los Planes regionales de desarrollo e investigación tecnológica de Extremadura. El hombre ha consumido drogas a lo largo de su historia pero las sociedades, sobre

todo occidentales, han tomado recientemente conciencia de que su consumo es uno de los principales problemas con los que se enfrenta la sociedad actual, a pesar de que las drogodependencias aún tienen, en muchos casos, una consideración escasa. No obstante, los responsables de asuntos sociales aplican importantes recursos humanos, materiales y financieros para tratar de dar solución o aminorar los daños que a los ciudadanos les produce su consumo cada vez más desarrollado, señalando el hecho de que las nuevas formas de consumo de drogas están causando, en ocasiones, más problemas que el propio daño producido por las sustancias consumidas, incrementado por la edad cada vez más precoz en el inicio del consumo, cuya evolución ha sido irregular. Es fundamental que en nuestra región se adopten medidas para aminorar o evitar situaciones que puedan abocar a una conducta drogodependiente, sobre todo en los jóvenes que son los más vulnerables. La Junta de Extremadura tiene las competencias de intervención en todos los campos que actúan en la prevención de drogodependencias, sobre todo en la reducción de la oferta de sustancias o drogas no institucionalizadas, así como de las institucionalizadas. El actual Programa Extremeño de Drogodependencias trata de adaptar los recursos a las necesidades actuales, teniendo en cuenta que los recursos siempre resultan escasos respecto a las necesidades.

Años más tarde se aprobó la segunda Ley en materia de Salud Pública denominada Ley 10/2001 (de 28 de junio) de Salud de Extremadura (BOE 03-07-2001, nº 76), la cual especifica en su artículo 41, que el Sistema Sanitario Público de Extremadura desarrollará, entre otras, una serie de actividades de promoción y protección de la salud escolar y actuaciones sistemáticas de Educación para la Salud. La Junta de Extremadura para ello está ejecutando el “Decálogo de Actuaciones en Educación para la Salud”, que significa la prevención del tabaquismo como un punto importante a tratar, que estará vigente hasta la puesta en marcha del Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura que, como propugna el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, se concibe como un instrumento capaz de orientar y coordinar esta acción en el ámbito de la Comunidad Autónoma, y de construir un modelo participativo y dinámico que se adapte a las necesidades de la población, teniendo en cuenta las

condiciones sociales, ambientales y económicas en que las personas viven y se desarrollan, entendiendo por desarrollo, según la definición de la Organización Mundial de la Salud: *“una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilite cambios voluntarios del comportamiento que conduzcan a una mejora de la salud”*,⁶³ y definiendo la Promoción de la Salud como: *“el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.*

64

En la Figura 3 mostramos las herramientas que de manera general deben ser utilizadas para la Promoción de la Salud. Se muestra de una manera exhaustiva el Organigrama que permite comprender los diversos escalones que conforman las herramientas que facilitan la promoción de la salud pública, donde se significa la vida saludable, la utilización de los medios para el mismo fin y especialmente la participación de la comunidad educativa. Se pretende seguir impulsando la Educación para la Salud en los centros escolares extremeños, pero para que las medidas sean efectivas y eficientes deben ser muy participativas e ilusionantes, tanto para los que las impulsan y ejecutan, como también para los receptores.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que las actuaciones llevadas a cabo por la escuela sola son menos efectivas que aquellas otras actuaciones realizadas conjuntamente con otros elementos de la Comunidad-interdisciplinaria-como venimos señalando, por lo que debe seguir favoreciéndose la puesta en marcha de actuaciones realizadas por varios actores de cada uno de los tres ámbitos fundamentales de la EPS: sanitario, educativo y comunitario. Martín Moreno aboga especialmente por el trabajo en equipo y el consenso como proceso importante para conseguir importantes resultados.¹⁰

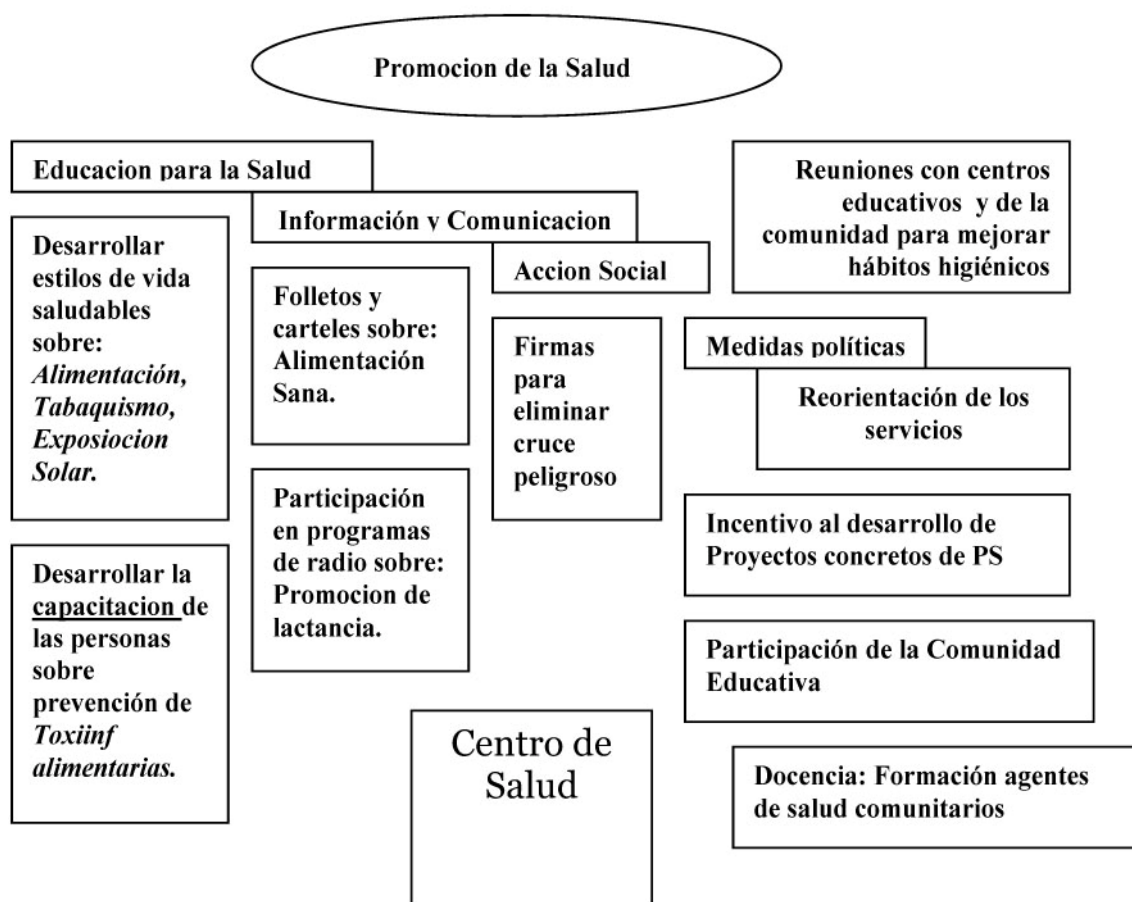


Figura 3. Herramientas básicas de Promoción de la Salud. Extremadura.

La Junta de Extremadura ha priorizado la realización de actividades de Educación para la Salud en la Comunidad Autónoma y ha facilitado estrategias para su impulso que constituyen el “Decálogo de Actuaciones en Educación para la Salud”, que estarán vigentes hasta la puesta en marcha del nuevo Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura. Resumimos también las actuaciones de Educación para la Salud, integrantes del citado Decálogo, que se están llevando a cabo en relación con el ámbito educativo, junto a la elaboración del Plan Marco de Educación para la Salud, desarrollado en varias fases, pues dada la importancia de la Educación para la Salud como herramienta para mejorar la salud de la población, la Consejería de Sanidad y Consumo entendió preciso su elaboración. El Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, contempla la EPS como un área prioritaria de intervención, y estableció varios objetivos específicos, entre ellos, la elaboración del Plan Marco citado como instrumento

que permita impulsar y coordinar las actividades de EPS de la forma más efectiva y eficiente posible. Las peculiaridades de la Educación para la Salud en concreto y sobre todo la consideración de las necesidades sentidas y la coordinación con un número sensiblemente mayor de entidades que para otros Planes estrictamente sanitarios, complican y hacen especialmente laboriosa su elaboración. Actualmente el Plan ha iniciado la segunda fase, determinación de objetivos y líneas de actuación estratégicas.

Destacamos también las Estructuras de Coordinación en Educación para la Salud, realizadas para incrementar la efectividad y la eficiencia de las actividades de Educación para la Salud que optimizan la coordinación, especialmente entre los ámbitos educativo y sanitario, así como el apoyo de éstos al ámbito comunitario y educativo que es imprescindible para los buenos resultados de cualquier Plan porque la educación significa conducir o guiar teniendo por tanto también responsabilidad de dirigir e intervenir en los diferentes contenidos en Educación para la Salud, donde la prevención es la mejor herramienta para evitar enfermedades. Además, incrementándose la cooperación entre los diversos actores implicados en Educación para la Salud, se ha desarrollado un sistema de coordinación de actividades que desde áreas de salud/Centros de profesores y recursos CORS (Centro de profesores y recursos), y Centros educativos/Centros sanitarios.

En la Figura 4 se muestra la Estructura de coordinación del Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, donde se interrelacionan diversas estructuras, siendo multidisciplinar.

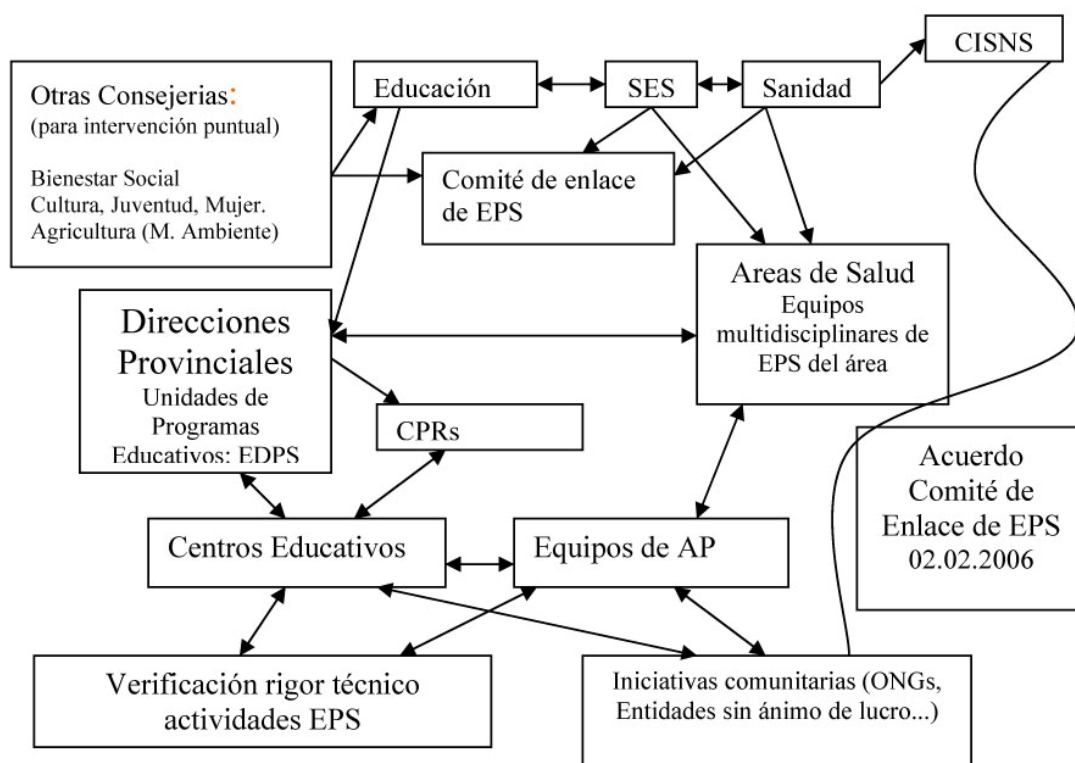


Figura 4. Estructura de coordinación de Plan de Salud en Extremadura. 2005-2008.

Desde 2004 funciona el “Comité de Enlace de Educación para la Salud de Extremadura”, como máximo elemento de coordinación estratégica interinstitucional, del que forman parte representantes de las Consejerías de Sanidad y Consumo, Educación y Servicio Extremeño de Salud. Posteriormente en 2005, se han creado los equipos multidisciplinares de EPS, uno en cada área de salud del Sistema Sanitario Público de Extremadura, grupo de ámbito geográfico, cuyo objetivo es velar por el rigor técnico en su área de salud, así como brindar apoyo técnico a cuantas entidades y comunidad educativa lo precisen, evaluar las actividades de Educación para la Salud, y recopilar y registrar información sobre actividades de promoción de la salud en el ámbito extremeño.

Algunos equipos de Atención Primaria (EAP) ya cuentan con el responsable de Educación para la Salud del EAP, cuyas funciones son muy similares a la del equipo responsable de EPS del área de salud, pero en el ámbito de la zona de salud. De especial importancia es su relación con la comunidad

educativa, con la que deben trabajar y asesorar. La estructura de coordinación en el ámbito educativo, interlocutores, pasa por las Direcciones Provinciales, los CPRs (Centros de Profesores y Recursos) y los Centros escolares. Se trabaja con la Consejería de Educación en el diseño de una norma básica que recoja las funciones, actuaciones y detalles de coordinación a los tres niveles citados.

En Educación para la Salud también se han creado formas de coordinación a otros niveles. A nivel estatal se participa en la coordinación con otras Comunidades Autónomas en varios grupos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. A nivel europeo, Extremadura participa en un Proyecto junto con entidades de, prácticamente, todos los países de la Unión Europea, es la Red Europea de la Cultura Alimentaria, cuyo objetivo fundamental es promover la alimentación tradicional sana de cada uno de los Estados participantes. Sería nuestro deseo la participación de Extremadura en un Proyecto Europeo similar al anterior pero cuyo objetivo principal estuviera relacionado con la prevención del tabaquismo, al disponer en Extremadura de especialistas cualificados, como podemos ver en las diversas publicaciones de las investigaciones citadas. Desde la publicación de la Ley todos estos principios se han hecho realidad: especialmente la prohibición de fumar en los diferentes lugares de trabajo, supresión total de la publicidad, principios que están contribuyendo a mejorar los estilos de vida de los ciudadanos/as extremeños.

A continuación describiremos otras decisiones legislativas de la Comunidad Autónoma extremeña: el Plan de Prevención y Tratamiento del tabaquismo (2001-2004); el Plan de Salud 2005-2008; el Informe de Salud Pública 2005 y el Plan Estratégico del SES de Salud de Extremadura 2005-2008, Plan Marco de Educación para la Salud de la Comunidad Autónoma 2007-2012.

2.2.2.1. Plan de Prevención y Tratamiento del tabaquismo de la Comunidad Autónoma de Extremadura 2001-2004 (Segundo Borrador).

La “Carta de Madrid” (1998) y el “Tercer Plan de Actuación para una Europa sin tabaco 1997-2001” fue especialmente significativo para la consecución de una Europa sin tabaco. Teniendo en cuenta que en Europa, y por supuesto en España, la prevalencia es elevada, los datos también lo son en nuestra región, según la Encuesta de Salud de Extremadura 2005 (35,5% hombres y 20% mujeres fuman). Si se mantienen las tendencias, la situación es cada vez más grave, pues la OMS calcula que en el 2025 se producirán 10 millones de muertes atribuibles al consumo de tabaco en todo el mundo.

El Plan de Salud al que nos estamos refiriendo, desarrollado entre 2001-2004, establece una serie de objetivos y estrategias sobre el tabaco en sus líneas prioritarias de actuación, que a continuación exponemos:

1. Consolidación de los centros “sin tabaco”, preservando la salud del no fumador en lugares públicos, de acuerdo con la legislación vigente.
2. Consolidación de los centros sanitarios y escolares “sin tabaco”, con especial dedicación en las estrategias dirigidas a la población más joven.
3. Actividades informativas y educativas sobre los riesgos del hábito tabáquico. Se llevarán a cabo desde los Centros de salud como desde los Centros escolares a través de profesores y asociaciones de madres y padres (AMPAS).
4. Plan de detección y prevención del consumo de tabaco mediante:
 - a) Educación para la Salud: campañas divulgativas en centros de Educación Secundaria dirigidas a informar sobre las consecuencias del consumo de tabaco y las ventajas de desarrollar estilos de vida saludables.

- b) Acciones específicas para disminuir el consumo de tabaco en el personal docente y sociosanitario.
- c) Inclusión en la cartera de servicios de atención primaria de medidas destinadas a disminuir el consumo de tabaco.

Dentro de este marco se presenta el Plan de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo en Extremadura cuya finalidad es conseguir los objetivos definidos en el Plan de Salud, desarrollando para ello las estrategias necesarias. Hasta el momento, y en lo referente a los objetivos uno y dos, se ha elaborado y difundido material para la señalización de centros docentes, sanitarios, y de la Administración Pública de acuerdo a la normativa vigente referente a la restricción del consumo en lugares públicos, como primera medida para favorecer la creación de espacios sin humo. En lo referente a los objetivos tres y cuatro, se han desarrollado actividades informativas dirigidas a la población general, cuya finalidad ha sido mejorar la información sobre los riesgos y efectos del tabaquismo pasivo en los niños. Así mismo se han desarrollado actividades de Educación para la Salud dirigidas a niños, jóvenes y adolescentes informándoles sobre las consecuencias negativas que tiene para la salud el consumo de tabaco y las ventajas de desarrollar estilos de vida saludables mediante, por ejemplo, la realización de la “I y II Campaña de Prevención de Tabaquismo en la Escuela”.

Dentro de los objetivos generales del Plan se incluía la disminución de la prevalencia del tabaquismo en la Comunidad Autónoma de Extremadura y para ello se desarrollaron los siguientes ítems:

1.1. Evitar la incorporación de nuevos fumadores y retrasar la edad de inicio en el consumo. Trascurridos diez años desde la aprobación y puesta en marcha del Plan, la prevalencia de consumo de tabaco habría descendido en 5 puntos porcentuales pasando del 35,3% (porcentaje actual según la Encuesta Domiciliaria de Consumo de Drogas) al 30,3%, y la edad de inicio en el consumo se habría retrasado en 3 años, situándose en 16 años (edad media de inicio de

consumo del primer cigarrillo, en la actualidad 12,8 años según la misma Encuesta).

1.2. Aumentar el número de ex-fumadores en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Trascurridos diez años desde la aprobación y puesta en marcha del Plan, la proporción de personas que haya abandonado el hábito tabáquico habrá aumentado entre un 5-10 % (porcentaje actual de ex-fumadores según datos de la Encuesta Domiciliaria de Consumo de Drogas 2001 25,3%), es decir, se situará entre el 26,3% y el 27,3%.

1.3. Aumentar el número de espacios libres de humo de tabaco (población no fumadora). El 50% de los centros, servicios o establecimientos sanitarios, Centros docentes y Zonas de las Administraciones Públicas destinadas a la atención del público, estarán correctamente señalizados y serán espacios sin tabaco en el plazo de un año y el 90% en el plazo de dos años a partir de la implantación del Plan de Prevención y tratamiento del tabaquismo. El 50% de todos los lugares públicos de la Comunidad Autónoma en los que la normativa vigente (Ley 1/1999 de 29 de marzo) prohíbe fumar, estarán correctamente señalizados y serán espacios sin tabaco en el último trimestre del quinto año a partir de la implantación del Plan. En los lugares de trabajo restantes, se tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de los no fumadores, según la normativa (RD 486/1997 de 14 de abril).

El Plan incluía estrategias de intervención destinadas a la no incorporación de nuevos fumadores y a retrasar la edad de inicio del consumo contando con la población diana constituida por la población general, el colectivo de sanitarios, docentes y padres de niños en edad escolar, la población escolar y los grupos de riesgo dentro de los que se incluyen las mujeres y los jóvenes. Incluía también estrategias informativas destinadas a la población general, a colectivos médicos y a la población escolar y grupos de riesgo, estrategias legislativas y fiscales, dentro de la que se incluye la vigilancia de la cumplimentación de la Ley 1/1999, también estrategias de investigación y evaluación, otras destinadas a promover el abandono del hábito tabáquico, dentro de las cuales incluye estrategias asistenciales, formativas, participativas y de investigación. Dentro de las

estrategias destinadas a proteger la salud de la población no fumadora se incluían estrategias informativas, participativas, legislativas (cumplimiento de la normativa sobre tabaco en los lugares de trabajo, Ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales y RD 486/1997 por el que se disponen las condiciones mínimas de seguridad en los lugares de trabajo) y por último las estrategias de investigación y evaluación.

2.2.2.2. Plan de Salud de Extremadura 2005-2008.

Se desarrolla como continuación del anterior, e introduce la contemplación de la Educación para la Salud como área prioritaria de intervención, estableciendo como objetivos específicos en esta materia los siguientes:

1. Elaborar e implantar un Plan Marco de Educación para la Salud en Extremadura, como herramienta de planificación que permita impulsar y coordinar las actividades de Educación para la Salud de la forma más efectiva y eficiente posible.
2. Priorizar la EPS como área de formación.
3. Fomentar los estudios de investigación incluidos en el campo de EPS, tanto en lo referido a los hábitos y estilos de vida en la salud de la población extremeña, como también en la metodología y en la temática.

Además el Plan se ha elaborado con la participación de todos los agentes implicados en EPS, siendo especialmente cuidadoso en la coordinación estrecha entre la Consejería de Educación y otras entidades implicadas, atendiendo las necesidades sentidas por los profesionales de los tres ámbitos implicados (sanitario, social y educativo), determinados a través del “Estudio sobre Aspectos Prioritarios de Educación para la Salud en Extremadura”. Para su realización se ha seguido un modelo mixto, participativo-positivista, que arranca del Plan de Salud. Considera más idóneo el modelo participativo referido al ámbito de la comunidad entendido como un grupo específico de

personas que comparten la misma cultura, viven en un área geográfica definida, comparten valores y normas, todo ello organizado en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la Comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Comprendemos que no se puede seguir única y exclusivamente este modelo, pues el objetivo de diseñar un Plan Marco de Educación para la Salud debe estar apoyado en un estudio realista que garantice la adherencia a las actividades impulsadas y coordinadas por el mismo, por lo que se hace necesario recoger las necesidades objetivas y realizar un diseño con la participación de todos que aparece reflejado en la siguiente Tabla:

PLAN MARCO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

META:

Dotar a la población de conocimientos, habilidades y actitudes que permitan incrementar y preservar la salud integral del individuo y de la comunidad.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:

1. Impulsar y consolidar estrategias de promoción de la EPS.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- Introducción de la EPS en los planes y programas sociosanitarios y educativos.
- Desarrollo de estructuras de coordinación y establecimiento de responsables-consultores de EPS en los ámbitos sanitario, educativo y comunitario.
- Incorporación de la EPS en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.
- Apoyo al diseño, ejecución y evaluación de proyectos de EPS en los ámbitos sanitario, educativo y comunitario.
- Fomento de actividades de EPS en sectores poblacionales de especial riesgo: discapacitados, inmigrantes, medio rural y otros.
- Creación de la Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud.

2. Promover la disponibilidad de las herramientas que faciliten la ejecución de actividades de EPS.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- Elaboración y difusión de materiales y protocolos.
- Establecimiento de una página web especializada en EPS.

3. Detectar permanentemente necesidades en materia de EPS.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- Análisis permanente de fuentes de información.

4. Potenciar la formación y la investigación en EPS.

LÍNEAS ESTRATEGICAS

- Elaboración de un Programa integral docente de EPS.
- Diseño y ejecución de estudios para determinar la influencia de los hábitos y estilos de vida en los extremeños, así como para determinar las metodologías de intervención más efectivas y eficientes.

Tabla 2. Plan Marco de Educación para la Salud. ⁶⁸

Las necesidades sentidas vendrán definidas por las aportaciones de la población en general y de los profesionales de diferentes ámbitos a través de manifestaciones específicas o datos que sobre necesidades sentidas podrían aportar algunos estudios sociales. Las necesidades objetivas vendrán definidas por los datos aportados por fuentes clásicas de diversos tipos. Los datos poblacionales se obtendrán tanto del censo como del padrón. Según el número de habitantes sobre el que se quiere planificar una actividad o conjunto de actividades, la metodología y los objetivos podrán diferir. Sobre la planificación también influyen los datos sociales (nivel cultural y económico, condiciones de las viviendas, condiciones medioambientales, etc.), la normativa aplicable y el sistema educativo establecido por razones obvias de facilitación-barrera de estos últimos. Los datos epidemiológicos, tanto los más “tradicionales” (registros de mortalidad y de morbilidad, CMBD10, datos sobre factores de riesgo a los que está sometido la población objeto...) como los más “modernos” (encuestas de salud, datos de diversos observatorios) son fundamentales en la planificación en general y para la Educación para la Salud en especial. Con el estudio pormenorizado de estos datos y con el apoyo teórico de diversas disciplinas obtendremos el estudio de situación del Plan Marco de Educación para la Salud en Extremadura, estando en disposición de priorizar sobre determinados problemas y grupos sociales, sin dejar de actuar sobre toda la población extremeña (población diana del Plan Marco de Educación para la Salud), pero actuando, a la vez y preferentemente sobre los grupos o sectores sociales con necesidades en salud más específicas. El Plan Marco tratará de coordinar las actividades de Educación para la Salud, así como promover cambios saludables a todos los niveles.

Considerando todo lo anterior, algunos objetivos operativos que el Plan Marco de Educación para la Salud probablemente debería contemplar serían los siguientes:

- Asumir la participación comunitaria como estrategia para optimizar la efectividad y la eficiencia. Cuanto mayor sea la participación, mayor adherencia habrá a las actividades de

EPS y, por tanto, mayor efectividad. Además, se mejorará la eficiencia si se trabaja en red o se cuenta con una implicación importante de entidades de la comunidad: equipos de atención primaria, la comunidad educativa, asociaciones sin ánimo de lucro, etc. Incrementar la coordinación en EPS, de forma que no haya duplicidades de actividades y se incremente el rigor técnico de las mismas.

- Incorporar la planificación como herramienta para la coordinación, y para la optimización de la efectividad y eficiencia de la EPS, mediante el establecimiento del Plan Marco de Educación para la Salud y de la normativa acompañante.
- Mejorar la formación en EPS de todos los profesionales implicados (sanitarios, docentes y otros).
- Integrar efectivamente la EPS en los ámbitos sanitario, docente, laboral y comunitario.
- Incentivar la creación de materiales de apoyo a actividades de EPS. No es igual trabajar cuando se cuenta con materiales fácilmente disponibles que cuando hay que diseñarlos.
- Aunar esfuerzos y mejorar la eficiencia: Promover los trabajos en red. De esta forma se estarán utilizando los mismos materiales, agentes de salud, personal sanitario y docente y el mismo Programa para su aplicación sobre un a población mucho mayor, ya iniciado.
- Desarrollar la evaluación de las actividades como medio de conocer la efectividad y, en última instancia, de mejorarla. Investigación. Determinación de las áreas temáticas de mayor interés en cada uno de los ámbitos y de las metodologías más efectivas y eficientes.

- Hacer partícipes e ilusionar a los profesionales para impulsar la EPS en Extremadura.

y el establecimiento de nuevas formas de incentivación.

Para llevar a cabo el apartado anterior se tienen previstas unas series de actividades que se resumen a continuación:

- Diseño y puesta en marcha del Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura como herramienta fundamental de coordinación y de promoción de las actividades de EPS.
- Desarrollo de las subvenciones para incentivar el desarrollo de proyectos de EPS. Esta estrategia persigue llegar al ámbito comunitario, haciendo participe a toda la Comunidad, como medio de incrementar la efectividad de las intervenciones.
- Mantenimiento de los convenios con determinadas entidades como estrategia para aunar y sumar esfuerzos.
- Desarrollo de elementos de coordinación en EPS como medio de evitar duplicidades y de velar por el rigor técnico que favorezca la realización de actividades de EPS pero que, a la vez, impida la ejecución de aquellas no consideradas adecuadas y que podrían causar un efecto incluso contrario al buscado.
- Mejorar la información como modo de optimizar la coordinación: creación de página web específica de EPS.
- Actividades formativas dirigidas a todos los profesionales buscando el incremento de los agentes de salud comunitarios capaces de diseñar, ejecutar y evaluar correctamente programas de EPS.
- Diseño de materiales de apoyo a la actividad de EPS.

- Búsqueda de recursos en la Unión Europea.
- Creación de la Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud, con el objeto de actuar preferentemente en edad escolar, debido a sus especiales condicionantes.
- Investigación de las metodologías más efectivas en EPS y áreas temáticas más demandadas.

Para incrementar la efectividad y la eficiencia de las actividades de Educación para la Salud se hace necesario utilizar una herramienta básica: la coordinación. Además, y con la misma finalidad, debe incrementarse la cooperación entre los diversos actores implicados en EPS, como hemos comentado previamente.

Como ya hemos señalado, el Comité de Enlace de Educación para la Salud de Extremadura, está constituido como máximo elemento de coordinación estratégica interinstitucional, del que forman parte representantes de las Consejerías de Sanidad y Consumo, Educación, Ciencia y Tecnología y Servicio Extremeño de Salud. Posteriormente, se ha creado la figura del equipo responsable de EPS del área de salud, grupo multidisciplinar de entre 2 y 4 profesionales, encargados del control y supervisión de los criterios técnicos, de la evaluación de actividades de EPS, del apoyo técnico a cuantas entidades y Comunidad educativa lo precisen en su área de salud, de recopilar y registrar información sobre actividades de PS y EPS, de la promoción de la EPS y del rigor técnico en su área de salud.

La estructura de coordinación en el ámbito educativo pasa por las Direcciones Provinciales, las Unidades de Programas Educativos y los Centros Docentes. Actualmente se trabaja conjuntamente con Educación y otras instituciones y entidades en el diseño de un documento consensuado (circular conjunta) que recoja las funciones, actuaciones y detalles de coordinación a todos los niveles. La Consejería de Sanidad y Consumo ejerce las funciones de coordinación en materia de EPS con el Consejo Interterritorial del Sistema

Nacional de Salud (CISNS), máximo órgano de coordinación en materia sanitaria del Estado.

Finalizamos resaltando, a modo de conclusión, los aspectos que a nuestro criterio nos parecen claves:

La EPS se constituye como una herramienta fundamental para conservar y mejorar el estado de salud de la población. Por definición es multidisciplinar y transversal, pudiéndose aplicar en múltiples campos; los profesionales que trabajan en los ámbitos sanitario, docente y comunitario, incluyendo en este último al ámbito laboral, son fundamentales para la optimización de la efectividad y la eficiencia de las intervenciones de EPS; se pretende impulsar la EPS en Extremadura, para ello se creará un espacio para compartir estrategias, que vendrá definido por el Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura, siendo necesario la colaboración, participación y entusiasmo de todos los comunitarios para conseguir nuestro objetivo fundamental: conservar y mejorar el estado de salud de la población extremeña.

2.2.2.3. Informe de Salud Pública 2005.

Una de las últimas publicaciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura (Junta de Extremadura) a la que vamos a hacer referencia es el Informe de Salud Pública (2005), ⁶⁹ documento de gran interés por su actualidad y por el estudio tan completo que contiene referido a la demografía, salud percibida y estilos de vida (donde hace un apartado al consumo de tabaco y alcohol), morbilidad, mortalidad, programas de salud, seguridad alimentaria y salud ambiental. Del índice nos vamos a centrar especialmente, por la relación con nuestro trabajo, en los puntos siguientes: 2.3 consumo de tabaco y alcohol; 5.1 salud escolar, y 5.5 prevención control del tabaquismo

En el apartado 2.3 (consumo de tabaco) la Encuesta de Salud 2005 arroja los siguientes datos: el 27,6% de los extremeños fuma diariamente y un 1,8% se considera fumador ocasional. Los no fumadores aparecen divididos de la siguiente forma: 18,4%, de los mismos son exfumadores y un 52,1% nunca han fumado. La prevalencia de fumadores es mayor en hombres (35,5%) que en

mujeres (20%). Datos que si los comparamos con 2001 significan que la prevalencia de los fumadores ha disminuido y ha aumentado la de no fumadores.

Respecto a la salud escolar (apartado 5.1), aparece estructurado en cuatro áreas de intervención que son las siguientes: la primera de ellas la EPS, en segundo lugar los exámenes de salud (revisión del estado inmunitario de los escolares), en tercer lugar la salud bucodental y, por último, la prevención de trastornos causados por déficit de yodo.

En el apartado de EPS, los profesionales de Atención primaria de salud han prestado información, colaboración y apoyo técnico a los escolares de la Zona Básica de Salud en la realización de las actividades en EPS para conseguir una serie de objetivos que nos parecen muy interesantes y necesarios como son la promoción de hábitos de vida saludables y conducta saludable en la comunidad escolar, que los profesores continúen la formación (tanto inicialmente como continuada) en EPS y potenciar el trabajo multiprofesional e interdisciplinar de profesionales sociosanitarios y docentes en el ámbito escolar, planteamiento muy acertado que ha sido también referido y analizado por diversos autores.⁶⁶

Respecto a la prevención y control del tabaquismo (apartado 5.5), el Informe lo considera un grave problema social y de Salud Pública de tal forma que la OMS, como fuente, lo determina causante de la muerte de 1 de cada 10 adultos en el mundo, cifra que supone 5 millones de muertes por año. Es importante registrar que el porcentaje de fumadores habituales (34,1%) es ligeramente inferior a la media nacional (36,2%).⁶⁷ Otro dato a reseñar es el incremento de consumo en la mujer extremeña en los últimos años (55,29%) frente (44,7%), siguiendo el mismo comportamiento que hemos visto a nivel nacional e internacional.

En la Encuesta escolar sobre Consumo de Drogas (14-18 años) se observa cómo el número de extremeños fumadores es superior a la media nacional, empezando a fumar a los 13 años.

Otro apartado muy interesante es el que se refiere a la prevalencia del personal sanitario y docente, de manera que, dentro del personal sanitario, fuma el 35,3% de las mujeres y un 34,4% de los varones, datos que son menores en el personal docente con un 30,7% de los varones fumadores y un 25,45% de las mujeres; consideramos esta realidad fundamental ya que ambos grupos de profesionales son figuras modélicas en la sociedad. Se observa cómo de nuevo la mujer en el ámbito sanitario presenta una prevalencia superior, presentando las educadoras una menor prevalencia.

Por último, cabe destacar el desarrollo de actividades preventivas como recomendación del citado Informe 2005, realizadas en dos ámbitos: el ámbito escolar y el familiar. Dentro de las programadas en el ámbito escolar destacamos: “V campaña de tabaquismo en la escuela”, campaña considerada muy significativa porque va a permitir que se pueda realizar una prevención primaria teniendo en cuenta que es la mejor herramienta que podemos utilizar para evitar la iniciación al consumo de tabaco, que es nuestro objetivo principal. Campaña en la que se desarrollan actividades educativas que intentan mejorar los conocimientos y las actitudes de los alumnos/as ante el tabaco; y en el ámbito familiar la realización de actividades formativas e informativas dirigidas a las AMPAS asociación de nuestra Comunidad Autónoma., con la colaboración de la Asociación Española contra el Cáncer y la Consejería de Sanidad y Consumo. Como hemos visto, se están realizando diversas acciones encaminadas a disminuir la prevalencia del tabaquismo en nuestra Comunidad Autónoma e intentos continuos de adopción de hábitos de vida saludables en nuestra población.

2.2.2.4. Plan estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2005-2008.

El Plan Estratégico es un importante hito en la configuración de la Sanidad extremeña y trata de organizar los recursos a través del consenso en materia laboral, la formación e investigación sanitaria, anotando la finalidad y principios del Servicio Extremeño de Salud. Así mismo plantea las líneas estratégicas dirigidas a mejorar la salud de los extremeños/as desde la asistencia a la

información etc,... Por supuesto es un buen trabajo de tipo organizativo que trata de estructurar la Sanidad extremeña para el futuro y, aunque no esta dirigido directamente a la prevención del tabaquismo, queremos incluirlo para completar los trabajos desarrollados en el ámbito sanitario de Extremadura.

2.2.2.5. Plan Marco de Educación para la Salud de la Comunidad Autónoma Extremadura 2007-2012.

Con fecha de diciembre 2007 acaba de ponerse en marcha y hacerse público un nuevo Plan. Es el Plan Marco de EPS de la Comunidad Autónoma de Extremadura 2007-2012, permitiendo a esta Comunidad Autónoma ser la que ha desarrollado el primer Plan de Educación para la Salud en España, primer Plan estratégico que se realiza en nuestro país en el que se aborda la salud de una forma integral en los ámbitos educativo, sanitario, sociocomunitario, laboral y de formación e investigación, cuyo objetivo es dotar a la población de conocimientos, habilidades y actitudes que permitan preservar y reformar la salud de los ciudadanos, hecho en colaboración con la Universidad de Extremadura, como leemos en el periódico Hoy (15/12/2007, 34). Fernández Vara, Presidente de la Junta de Extremadura, ha considerado en su presentación que este Plan tiene en consideración “las necesidades de los profesionales sanitarios”.

2.2.3. Actividades de prevención en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

En los últimos años, se han llevado a cabo en la Comunidad Autónoma de Extremadura una serie de actividades en colaboración con diversas Instituciones locales como la Asociación Española contra el Cáncer, Cruz Roja, AMPAS, etc... Vamos a describir algunas que consideramos más significativas, así en el año 2003 se celebró la III Campaña de Prevención del tabaquismo en la escuela. Un año después (2004) se desarrolló un Programa de Prevención dirigido a la población escolar en el cual había un apartado destinado al ámbito familiar, otro a la mujer, y también otro dirigido a prevención comunitaria. En 2005 se realizaron múltiples actividades: difusión de carteles, formación de

monitores/as, creación de materiales y recursos educativos para las intervenciones, tratamiento de deshabituación y de nuevo una Campaña de Prevención de tabaquismo en la escuela que se viene desarrollando desde el año 2000 y va dirigida a todos los alumno/as de la Comunidad Autónoma de Educación Primaria, Secundaria y Educación Especial. También, entre las actividades realizadas, se dotó de una unidad administrativa central a nivel autonómico para coordinar y desarrollar las actuaciones previstas en el Programa de Prevención y Control del tabaquismo en Extremadura. Paralelamente se crea un panel de expertos en Tabaquismo en Extremadura, una campaña de difusión y concienciación del tabaquismo, y se colabora con los comités de Prevención de riesgos laborales.

El año siguiente se mantiene una misma línea de actuaciones y se desarrollan una serie de actividades en el Programa de Prevención, Tratamiento y Control del tabaquismo (2006). Este Programa trata de disminuir la incidencia del consumo de tabaco y de retrasar la edad del inicio entre sus muchos objetivos. Va dirigido a la población general extremeña y proporciona ayuda a la deshabituación tabáquica (SEPAT). Entre otros Programas se desarrolló un curso de formación de formadores.

En el año 2007 se desarrolla el Programa Tabaco (2007) que va dirigido a promocionar y proporcionar ayuda a la deshabituación tabáquica a través de herramientas específicas dirigido a la población en general, a educadores y Profesionales sanitarios...Por último destacamos la Campaña “Respira en Extremadura”, enmarcada dentro de las actividades de la Sociedad Española Aparato Respiratorio (SEPAR), desarrolladas en septiembre del año 2007 en nuestra región, y en definitiva todas las demás investigaciones y actuaciones que hemos venido señalando anteriormente.

Bibliografía del Capítulo 2.

1. Center for Diseases Control and Prevention. Best practices for compresive tobacco control programs. Sustaining stage programs for tobacco control. Data Highlights 2004: Atlanta. GA .USDHHS, CDC, OSH, 2005.
2. Saínz I, Rubio J, Espiga I, Alonso B, Blanco J, Cortés M, et al. Plan Nacional de Prevención y Control del tabaquismo 2003-2007. Rev Esp Salud Publ 2003, 77; 441-73.
3. Wold B, Curie C, Roberts C, Aaroe LE. National Legislation on smoking restrictions in eight European Countries. Heath Promotion Internacional 2004; 19(4): 482-489.
4. La epidemia del tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Organización Panamericana de Salud. 2000.
5. Camping M, Gasch J, Hereu P. Consumo y actitudes de los adolescentes frente a sustancias adictivas: encuesta de prevalencia. An Esp Pediatr 1996; 45: 475-78.
6. Barrueco M, Cordobilla R, Hernández Mezquita MA. Diferencias entre sexos en la experimentación y consumo de tabaco por niños, adolescentes y jóvenes. Arch Bronconeumol 1998; 34; 199-203.
7. Álvarez FJ, Vellisco E, Calderón E, Sánchez J, Del Castillo D. Vargas R, et al. Tabaquismo escolar en la provincia de Sevilla. Epidemiología e influencia del entorno personal y social (campaña de prevención del tabaquismo 1998-1999). Arch Bronconeumol 2000; 36: 118-23.
8. Prieto L, Escobar MA, Palomo L, Galindo A, Iglesias R, Estévez A. Consumo de tabaco en escolares en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Atención primaria.1999; 32; 326-31.

9. Pérula LA, Ruiz R, Nora N, Mengual P, Rodríguez FC, Espejo J. Consumo de tabaco en la población escolar. Factores relacionados. Gac Sanitaria 1998; 12; 249.
10. Martín Moreno JM. Desde la evidencia en salud pública a la acción. La importancia del trabajo en equipo para el éxito del Plan Nacional de Prevención y Control del tabaquismo. Rev Esp Salud Pública 2003 jul/ago vol 77, nº 4 .
11. Galbe Sánchez- Ventura J y grupo PrevInfad. PrevInfad (AEPap)/ PASS infancia y adolescencia. Dic 2006.
12. Barrueco M. Situación actual del tabaquismo en España: oportunidad y necesidad de una nueva ley reguladora. Prev Tab 2005; 7(4): 266-268.
13. Proyecto de Ley reguladora de la venta, suministro y publicidad de los productos del tabaco. Boletín Oficial de las Cortes Generales; nº 36-1,9 de mayo de 2005
14. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
15. Real Decreto 1293/1988 de 4 marzo de 1988, sobre las limitaciones en la venta y uso de tabaco para la protección de la salud de la población. BOE nº 59 de 9 marzo de 1988.
16. Real Decreto 1293/1999 de 23 julio, por el que se modifica el Real Decreto 192/1988, de 4 marzo, sobre limitaciones en la venta y el uso de tabaco para protección de la salud de la población. BOE nº 188 de 7 agosto 1999.

17. Real Decreto 1079/2002, de 18 octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán, y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos de tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominación de los productos del tabaco. BOE nº 251 de 19 octubre 2002.
18. Orden SCPI/127/2004 de 22 de enero, por la que se desarrollan los artículos 4 y 6 del Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco. BOE nº 26 de 30 enero 2004.
19. López AD, Collishaw NE, Piha TA. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994, 3: 242-7.
20. Encuesta Nacional de Salud del 2006. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo ENSE 2006.
21. Ley General de Publicidad 34/1988 de 11 noviembre. BOE nº 274 de 15 noviembre de 1988.
22. Ley 25/1994, de 12 julio, por la que se incorpora el ordenamiento jurídico español la Directiva 89/522/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativos al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva. BOE nº 166 de 14 julio de 1994.
23. Real Decreto 192/1988 de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para la protección de la salud de la población.
24. Real Decreto 1293/1999 de 23 julio por el que se modifica el Real Decreto 192/1988 de 4 marzo sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para la protección de la salud de la población.

25. Álvarez Gutiérrez FJ. El tabaquismo como problema de Salud Pública. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid. 2003
26. Plan Nacional para el Control y Prevención del Tabaquismo. 2003.
27. Proyecto de Ley reguladora de la venta, suministro y publicidad de los productos del tabaco. Boletín Oficial de las Cortes Generales; nº 36-1,9 de mayo de 2005.
28. OMS. Estrategias de empresas tabaqueras para socavar las actividades de lucha antitabáquica. Informe de comité de expertos sobre los documentos de la industria del tabaco. Ginebra. OMS. 2000.
29. Granero LI, Villalbí J, Gallego R. ¿Quién se opone a la prevención? Un mapa de los actores pro tabaco en España. Gac Sanit 2004; 18(5): 374-9.
30. Ley 28/2005 de Medidas Sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
31. Allwright S, McLaughlin JP, Murphy D, Pratt I, Ryan M, Smith D. et al. Report on the health effects of environmental tobacco smoke (ETS) in the workplace. Dublín: Health and Safety Authority/ Office of Tobacco Control; 2003.
32. Márquez FL, Garrido JJ, Fuentes FJ. Asignatura de libre elección. “Abordaje del Tabaquismo” en la Facultad de Medicina de Badajoz. (Universidad de Extremadura). Prev Tab vol 7, nº4 oct-dic 2005.
33. Villalbí JR. De las propuestas del movimiento de prevención al consenso político: la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo. Gac Sanit 2006; 20(1): 1-3.

34. Villalbí JR, Tomás Z, López MJ, Rodríguez M, Nebot M. La cambiante epidemiología del tabaquismo: Barcelona, 2000-2001. *Rev Clin Esp* 2004; 204:312-6.
35. Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí JR, Borràs JM. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. *Med Clin (Barcelona)* 2003;120: 14-6.
36. López-Nicolás A. How important are tobacco prices in the propensity to start and quit smoking? An analysis of smoking histories from the Spanish National Health Survey. *Health Econ* 2002; 11:521-32.
37. Fernández E, Gallus S, Schiaffino A, López-Nicolás A, La Vecchia C, Barros H., et al. Price and consumption of tobacco in Spain over the period 1965-2000. *Eur J Cancer Prev* 2004; 13:207-11.
38. Villalbí JR, López V. La prevención del tabaquismo como problema político. *Gac Sanit* 2001; 15:265-72.
39. Martín M, Quiles MC, López C. Los sistemas de autorregulación como mecanismos de control de la publicidad de tabaco: evaluación mediante análisis empírico. *Gac Sanit* 2004; 18:366-73.
40. Montes J, Álvarez ML. Tabaco y medios de comunicación escritos en España: una atracción fatal. *Gac Sanit*. 2006;20 (1): 58-61.
41. Nebot M, López MJ, Tomás Z, Ariza C, Borrell C, Villalbí JR. Exposure to environmental tobacco smoke at work and at home: a population based survey. *Tob Control* 2004; 13:95.
42. Twose J, Schiaffino A, García M, Martí M, Fernández E, por el grupo de Investigadores del Estudio de Seguimiento de la Encuesta de Salud de Cornellà. Prevalencia de la exposición al humo ambiental del tabaco en Cornellà de Llobregat. *Med Clin (Barc)* 2004; 123:496-8.

43. Villalbí JR , Ballestín M. Developing smoking control policies in schools. *Health Promot Int* 1994; 9:99-104.
44. Batlle E, Boixet M, Agudo A, Almirall J, Salvador T. Tobacco prevention in hospitals: long-term follow-up of a smoking control programme. *Br J Addict.* 1991; 86:709-17.
45. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Programa atenció primària sense fum. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/jusenfum.pdf>
46. Méndez E, García M, Margalef M, Fernández E, Peris M. Iniciativas para el control del tabaquismo: la Red Catalana de Hospitales Libres de Humo. *Gac Sanit.* 2004; 18:150-2.
47. Valmayor S, Ariza C, Tomás Z, Nebot M. Evaluación de una intervención de prevención del tabaquismo en el entorno escolar. *Prev Tab* 2004; 6:18-25.
48. Artazcoz L, Brotons M, Brotons A. Impacto de la implantación de una política de trabajo libre de humo en una empresa. *Gac Sanit* 2003; 17:490-3.
49. López A, Domínguez A, Alcahud F, González E. Evaluación de la actividad de prevención del tabaquismo del Ayuntamiento de Murcia. *Boletín Epidemiológico de Murcia.* 2003; 24:37-40.
50. Nerín I, Crucelaegui A, Más A, Villalba JA, Guillén D, Gracia A. Resultados de un programa integral de prevención y tratamiento del tabaquismo en el entorno laboral. *Arch Bronconeumol* 2005; 41:197-201.
51. Sala M, Serra I, Serrano S, Corbella T, Kogevinas M. Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica en el medio laboral. *Gac Sanit* 2005; 19:386-92.

-
52. Pierce JP, García M, Salto E, Schiaffino A, Fernández E. La publicidad del tabaco ¿incrementa el hábito de fumar entre los adolescentes? Datos desde California. *Gac Sanit* 2002; 16 Supl 2:69-76.
 53. Raaijmakers T, Van den Borne I. Relación coste-beneficio de las políticas sobre consumo de tabaco en el lugar de trabajo. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77:97-116.
 54. Becoña E, coordinador. Libro blanco de prevención del tabaquismo. Barcelona: Glosa Ediciones; 1998. Disponible en: http://www.cnpt.es/fr_info.html
 55. Observatorio de la Comunicación Científica y Médica de la Universitat Pompeu Fabra. Medicina, comunicación y sociedad. Informe Quiral 1999. Barcelona: Rubes; 2000. p. 121.
 56. Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Recomendaciones del Comité Nacional de Prevención del tabaquismo. En: Becoña E., coordinador. Libro blanco de prevención del tabaquismo. Barcelona: Glosa Ediciones; 1998. p. 253-8. Disponible en: http://www.cnpt.es/fr_info.html.
 57. Saiz I, Rubio J, Espiga I, Alonso B, Blanco J, Cortés M. et al. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública*. 2003; 77:441-73.
 58. Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ*. 2004; 328:977-83.
 59. Allwright S, Paul G, Greiner B, Mullally BJ, Pursell L, Kelly A., et al. Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study. *BMJ*. 2005; 331:1117-23.

60. García Ortiz JM. "Desarrollo de la Educación para la Salud en la Comunidad Autónoma de Extremadura en el ámbito escolar".2003.
61. García Ortiz JM et al. Proyectos de Educación para la Salud en Centros Docentes y ONGs en la Comunidad Autónoma de Extremadura (2001-02).
62. Adame M. Evaluación de la eficacia de un programa de prevención del consumo de tabaco en adolescentes.(Tesis Doctoral).Granada.Universidad de Granada; 2005.
63. Soria Esojo et al. Intervención Educativa sobre tabaquismo en estudiantes de Málaga. Arch Bronconeumol 2005, 41, 654-658
64. Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo. Promoción de la Salud, Glosario. 1998. Disponible en www.msc.es.
65. García Fernández J et al. Evaluación de una intervención educativa en estudiantes de enseñanza secundaria. Enfermería científica. 2002: 5-11, 15 ref
66. Barrueco M et al. Prevención del tabaquismo en la escuela. Resultado de un Programa realizado durante tres años. Arch Bronconeumol 1988, 34, 323-8.
67. Encuesta Domiciliaria del Consumo de Drogas 2001-2003.
68. Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura. Junta de Extremadura.
69. Informe de Salud Pública 2005. Junta de Extremadura.

CAPÍTULO 3

La prevención del tabaquismo en el contexto educativo

3.1. La conducta de fumar en niños/as, adolescentes y jóvenes.

El estilo de vida y el medio determina en gran medida el estado de salud de los individuos. La adquisición de los hábitos no saludables, entre ellos el consumo de tabaco, suele realizarse en las primeras etapas de la vida, siendo difíciles de modificar una vez establecidos, por lo que prevalencia y actitudes en los jóvenes y adolescentes son de considerable importancia como indicadores de las tendencias futuras.

El tabaco es, en la mayor parte de los países del mundo industrializado, la droga más accesible para cualquier ciudadano, adulto, joven o adolescente, tanto en lo que se refiere a la facilidad de adquisición como de consumo. Como factor condicionante de éste, no podemos dejar al margen las estrategias publicitarias o la accesibilidad y disponibilidad del tabaco. Las estrategias publicitarias, como ya hemos comentado previamente, se prohibieron desde la entrada en vigor de la nueva Ley 28/2005: “*la prohibición completa de toda publicidad, promoción y patrocinio de todos los productos del tabaco, incluidos signos utilizados para identificar marcas, en todos los medios de la sociedad de la comunicación*”, como apuntábamos en el Capítulo 2º. A pesar de las progresivas restricciones aplicadas por las legislaciones de los distintos países, las industrias nacionales y, especialmente, las multinacionales del tabaco, incrementan su inversión publicitaria destinada a captar nuevos adictos que pudieran sustituir a los que mueren prematuramente y a los que van abandonando su consumo.

Adquirido el hábito en las primeras etapas de la vida las situaciones habituales de consumo, en su inicio, se van asociando con los efectos reforzadores de la nicotina, que producen condicionamiento y se convierten en causa importante de posibles recaídas, impidiendo el abandono del consumo de tabaco.¹ El tabaquismo se relaciona con el entorno social en el que se desenvuelve el joven-adolescente y con aspectos de la personalidad como pueden ser la rebeldía, la tendencia al riesgo ó la inestabilidad afectiva, también con el papel simbólico que tiene el hecho de fumar. Para muchos adolescentes y

preadolescentes el hecho de fumar es “propio de los adultos”, o confiere un atractivo personal muy deseable, de la misma manera que el consumo de otro tipo de drogas, y que asocian con aspectos modernos, atractivos, etc., como analizaremos a continuación.

Por tanto, el tabaquismo es un proceso complejo en el que confluyen múltiples factores de índole personal, psicológica, social..., pues se trata de un hábito, fuertemente arraigado en la sociedad, que llega a formar parte de la identidad de las personas fumadoras y, por lo mismo, no es fácil de modificar. El tabaquismo es una forma de drogodependencia, considerada como tal por DSM IV,¹³⁷ que la sociedad todavía lo considera como algo “normal”, ya que el tabaco es una droga legal, socialmente aceptada y cuyo consumo se ha convertido en la primera causa evitable de muerte en los países desarrollados.

Los condicionantes que conducen al hábito tabáquico son multifactoriales y los Programas de salud se realizarán generalmente a tres niveles: una Prevención Primaria cuya finalidad sería evitar la incorporación de nuevos fumadores; una Prevención Secundaria destinada a aquellas personas que están en contacto con el tabaco, fumadores activos, pero que todavía no presentan patología asociada y, una Prevención Terciaria cuya misión es frenar la evolución natural del consumo de tabaco, disminuyendo la morbimortalidad derivada de la misma, siendo el objetivo diana todo aquel fumador con patología relacionada con su consumo.

Los instrumentos básicos en la lucha antitabaco son esencialmente la información y la sensibilización de la población a través de los medios de comunicación de masas, la educación sanitaria en la escuela, la aplicación de medidas legislativas reguladoras de la venta, promoción y consumo de productos tabáquicos y, finalmente, el consejo sanitario impartido por el profesional en la práctica asistencial.

Fumar puede ser considerado como un complejo conjunto de conductas dirigidas a obtener el beneficio de los efectos que produce uno de los componentes del tabaco: la nicotina, y a evitar que aparezcan los síntomas de

deprivación, conocido como “síndrome de abstinencia,”¹¹ producido cuando la nicotina no es aportada al organismo suponiendo un problema con un componente conductual, en ocasiones, muy importante.

La conducta de fumar es un proceso vital que, como venimos señalando, comienza en la adolescencia, aunque cada vez se produce en etapas más precoces, período en el que como los jóvenes aún no se plantean dejarlo, es el momento en el que se pueden convertir en “fumadores consonantes”, como demuestran múltiples estudios.²⁻⁶ Los trabajos de investigación consultados revelan, como ya hemos señalado, que algunos jóvenes han comenzado a fumar antes de los 13 años. Sólo más tarde los adolescentes fumadores empiezan a ser conscientes de los potenciales efectos nocivos del tabaco para la salud, llegando a plantearse el abandono, en algunos casos, resultando el cese en esos momentos mucho más difícil. Se sabe que hoy, en algunos casos, las primeras pruebas de los cigarrillos se producen a partir de los 11 años, estando la edad media de consumo en torno a los 13 años, convirtiéndose a los 16 años en “fumadores regulares”, anotando que a partir de los 21 años las probabilidades de que una persona comience a fumar son menos probables (Plan Nacional sobre Drogas, 2005).⁷ El consumo de tabaco se produce a estas edades porque es una etapa de la vida importante para experimentar nuevas sensaciones y experiencias, sobre todo si éstas desafían las normas y además suponen un acercamiento a ciertas conductas de los adultos “niño adultado” como señala J Ferrés, como puede ser el consumo de cigarrillos. Las primeras experiencias de los adolescentes con el tabaco suelen ser colectivas, normalmente en el grupo de amigos, donde el tabaco puede ser utilizado como una manera de relacionarse o de integrarse en un grupo de iguales, siendo factores que influyen en el inicio del consumo, sin ninguna duda. Uno de los factores predictivos de dependencia tabáquica en adolescentes es el inicio precoz del consumo, pues existe una relación directa entre edad y consumo: a mayor edad, mayor consumo de tabaco, de tal forma que a los 16 años, el riesgo de fumar es doble que a los 10, considerando la edad crítica de expansión de los 14-15 años.

Las adolescentes tienen más susceptibilidad para iniciarse en el consumo y así en España las chicas fuman más que los varones al empezar la década de los

90. Aunque no se conoce la razón exacta que explique esta diferencia entre sexos, parece que hay una serie de concausas que actuarían de forma conjunta en este sentido: publicidad, asociación con estados de ánimo negativos y la relación tabaco-peso corporal, como venimos señalando. Por ello, la población femenina se convirtió en el objetivo de la mayoría de las campañas publicitarias del tabaco, ya que son más vulnerables al comienzo y al mantenimiento del hábito.⁸

3.1.1. Características del inicio del consumo de tabaco en los jóvenes.

La iniciación al consumo de tabaco en nuestro contexto sociocultural se lleva a cabo en edad escolar entre los 12 y 14 años, como ya hemos comentado, aunque a veces a edades más precoces. Estudios realizados en España y en otros países revelan que más del 20% de los jóvenes consume tabaco a diario y que existe mayor proporción de fumadores en el sexo femenino que en el masculino. Entre los 14 y 20 años, el consumo de tabaco puede llegar a superar el 50%, siendo los jóvenes españoles los más adelantados en fumar si lo comparamos con otros países.^{9,10} La investigación de esta sucesión de hechos y comportamientos subraya la importancia que tiene comprender las distintas influencias a que están sometidos los jóvenes en las diferentes edades, etapas o fases que les conducen a convertirse en fumadores.¹¹

Ya hemos señalado en el Capítulo 1 (Encuesta Escolar del Plan Nacional sobre Drogas 2004) que el consumo en los últimos 30 días supone el 37,4%, siendo de un 32,9% en varones y de un 41,9% en mujeres. Así mismo en Extremadura la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas (2001-2003) refleja un consumo total del 41,3% (57,8% en varones y 42,2% en mujeres). En ambos casos es evidente el aumento de la prevalencia en la mujer.

Sabemos que la mayoría de los jóvenes empiezan a fumar por factores personales, ambientales y socio-culturales, ninguno de los cuales suele actuar de forma independiente, sino que a menudo se relacionan entre sí e interactúan de forma combinada. Es esta relación entre factores intrínsecos y sociales o

ambientales la que dirige la historia natural del fumador, teniendo en cuenta que el tipo de reacción de la sociedad hacia el tabaco también es una influencia muy decisiva en la misma, pues si el adolescente lo considera como una conducta “normal” se producirá más consumo de tabaco que si lo considera una conducta “anormal”.

Desde los años 80 ha sido reconocido por los clínicos, investigadores y expertos en Salud Pública que la nicotina es la sustancia con mayor poder adictivo y letal de todas aquellas que son capaces de generar dependencia, dato que hemos de dar a conocer a los jóvenes que se inician en el consumo a edades cada vez más precoces. La nicotina reúne todos los criterios de droga capaz de producir dependencia y todos los diferentes productos derivados del tabaco, liberan nicotina a unos niveles suficientes para generar adicción.¹²⁻¹⁵

De entre todos los problemas sociales, el abuso de drogas es el problema más difícil de resolver en la adolescencia. Es fundamental, por tanto, la intervención psicosocial para prevenir el tabaquismo y especialmente durante esta edad, incidiendo en la prevención más que en la curación de la enfermedad, ya que en la adolescencia todavía no se ha producido la patología.

Como es conocido, en los últimos años, se han producido una serie de cambios importantes respecto a la consideración social de las personas drogodependientes, considerándolas como enfermos, más que como delincuentes o viciosas, lo que conlleva también a un cambio importante en cuanto a la forma de intervención, pues ya no se propugnan medidas represivas, sino asistenciales y terapéuticas. Tras esta primera valoración, el siguiente paso es considerar el adicto a drogas como un enfermo psicosocial, de tal forma que esta intervención psicosocial debería ser no la única, pero sí tal vez la principal forma asistencial, sobre todo en el caso de la prevención. Especialmente en la adolescencia debemos hacer hincapié en la prevención primaria para evitar que se produzcan los primeros contactos con el cigarrillo.²²

El juez Baltasar Garzón en el año 1995, en el Plan Nacional sobre Drogas, reconocía que: *“la prevención en sí misma es un intervención compleja”, y “un*

drogodependiente es una persona con problemas psicosociales”, por ello la Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria necesita de la multidisciplinaridad.

Otros estudios muestran una estrecha relación entre el fracaso escolar y el abuso de sustancias, de ahí la importancia de la prevención de todo tipo de adicciones para conseguir una adecuada integración del alumnado en la escuela. Hemos visto recientemente los altos datos de fracaso escolar teniendo en cuenta los índices de conocimientos y formación escolar en un Estudio Internacional de 5 años de evaluación educativa de los conocimientos y destrezas del alumnado, que se acaba de hacer público (Informe PISA, 2006, *Programme for indicators of student Achievement*). O los datos que señalan que, en España, alrededor del 30% del alumnado no concluye la ESO, siendo el fracaso escolar hoy uno de los principales problemas educativos (OCDE 2006).

Consideramos la adolescencia como la etapa más conflictiva de la vida al ser un periodo de transición particularmente problemático, en cuanto a la adquisición de unas identidades personales y sociales claras. Por ello, si se quiere ayudar a los jóvenes a prevenir el inicio del consumo de tabaco y otras sustancias, y evitar que comiencen sus adicciones, se le debe fortalecer las habilidades sociales, ayudándoles a obtener el apoyo social suficiente para que se encuentren satisfactoriamente en su entorno, lo que permitirá el desarrollo de una adecuada identidad personal y social. Todo ello debe ser fomentado a nivel escolar con el aprendizaje cooperativo y entrenamiento de habilidades sociales, sobre todo con métodos grupales; a nivel familiar con psicología comunitaria y terapia familiar; y a nivel social con ayuda de psicología comunitaria y asociacionismo de diferentes clases. El enfoque comunitario parte del supuesto de que las conductas adictivas, como cualquier otra conducta, vienen favorecidas tanto por procesos de interacción del individuo con otras personas como por las características del medio ambiente físico y sobre todo social, por tanto, desde esta perspectiva, la intervención se centrará en la actuación sobre el ambiente, especialmente en el social, de las personas con adicciones o en riesgo. La explicación del enfoque comunitario debe, por tanto, hacerse tanto a nivel de la prevención como a nivel de la reinserción social.

Ya que la epidemiología de la iniciación tabáquica se sitúa al final de la Educación Primaria y en su explicación intervienen, como veremos, factores no sólo de tipo personal, sino también socioculturales y del entorno, sería conveniente diseñar Programas preventivos para reforzar la aplicación de la nueva Ley, aún sabiendo que la efectividad de estos decrece a corto, medio y largo plazo. Se han desarrollado algunos Programas preventivos con notable rigor en sus contenidos ^{16,17,18,19,20, 61,80,81,93,153, 162-215 216,219,243}, pero aún es necesario obtener mayor efectividad en las intervenciones, por ello debemos ofrecer estrategias con varios componentes para aumentar la efectividad global de la intervenciones que se deben realizar: en primer lugar del aula, también del entorno escolar y, por último del ámbito comunitario extraescolar, siendo intervenciones comunitarias. Se sabe que la terapia más efectiva para desarrollar en la adolescencia es la cognitivo-conductual en forma de grupos de cesación,²¹ con la utilización de la misma se intentó disminuir la prevalencia del tabaquismo en los grupos estudiados.

El tabaquismo es considerado una forma de adicción, fenómeno complejo que implica a todas las esferas de quienes lo sufren, tanto cognitivas, emocionales y psicosociales. Para intentar dar una explicación de su génesis defendemos la necesidad de un abordaje interdisciplinar, al ser adicciones, fenómenos esencialmente psicosociales. Ovejero Bernal ²² analiza la perspectiva psicosocial como origen de las adicciones intentando mostrar la estrecha relación existente entre las adicciones de cualquier tipo (físicas, psicológicas y sociales) y, un concepto tan central para entender al individuo y su conducta como es la identidad, tratando de explicar las adicciones como un intento del individuo de la búsqueda de una nueva identidad, deduciendo que las personas y grupos de riesgo en el ámbito de las adicciones son normalmente aquellas que tienen problemas de identidad (adolescentes, marginados sociales...), por ello considera que la intervención y la prevención deberían ser de tipo psicosocial dirigidas a reducir las dificultades que, en la esfera de la identidad personal y social, poseen las personas y grupos de riesgo, haciendo hincapié en las tres formas básicas de intervención: en primer lugar intentar la mejora de las

habilidades sociales, en segundo lugar el apoyo social y por último, la intervención comunitaria.

Consideramos la relación existente entre adicción e identidad como dos conceptos estrechamente relacionados. Ovejero ²² señala la identidad como: “*el percibirse y experimentarse a sí mismo poseyendo continuidad y uniformidad sobre una autovaloración positiva*”. Cuando falla la relación entre identidad y adicción surgen problemas de autodefinición y se produce lo que conocemos como “*crisis de identidad*”, este caso típico se da en la adolescencia, periodo evolutivo que se caracteriza por ella. Rof Carballo da otro enfoque a la génesis de las crisis de identidad, comentando que se produce por la desaparición de la confianza básica del individuo, elemento imprescindible de todo actuar humano, momento en el que se busca confianza fuera de sí mismo llegando así al consumo de las drogas como el alcohol o tabaco. Cuando se producen acontecimientos particularmente estresantes para el individuo (adolescencia, cambios puberales...) y especialmente, si se producen varios de ellos y no se tienen habilidades sociales suficientes, es el momento en que existen muchas posibilidades de búsqueda de una nueva identidad, no importando pasar a la dependencia de tales sustancias o, incluso a formar parte de determinados grupos sociales, que en muchas ocasiones, son como una secta para el individuo que busca encontrarse así mismo. Es en la adolescencia cuando se produce, por tanto, el consumo de este tipo de sustancias prohibidas socialmente, siendo una de las más claras señales de identidad.

Brown en 1978 escribió: “Independientemente de a cuantos grupos pertenezcamos, lo cierto es que de manera voluntaria o involuntaria tomamos nuestras normas de uno o más grupos de referencia”. Si el comienzo de la adicción puede depender del grupo de pertenencia o de referencia, también la prevención o incluso la curación, serán más fáciles a través del grupo. Es en la adolescencia cuando diferentes grupos tratarán de captar a sus seguidores ofreciéndoles una nueva identidad social positiva, así como un fuerte apoyo social. Por tanto, si el comienzo de la adicción puede depender del grupo de pertenencia o de referencia, también la prevención o incluso la curación será más fácil de conseguir a través de un grupo.

En el año 1943 los estudios de TM Newcomb demostraban claramente el enorme poder que posee el grupo para cambiar las actitudes de los miembros, siendo en la adolescencia esta influencia aún mayor, momento decisivo para intentar solucionar el problema de identidad cuando el adolescente busca asociarse estrechamente a otras personas, principalmente a otros similares y, en muchos aspectos, a sí mismo, adoptando en este profundo deseo de asociación críticamente todas las señales de identidad de esos grupos.^{23,24} Así es como empieza a beber alcohol en exceso, consumir tabaco, etc., pues no podemos olvidar que el joven buscará seguridad haciéndose igual a los demás para poder integrarse al grupo de iguales, de la misma forma que sucede entre adultos, el adolescente en momento de crisis personal y ansiedad, prefiere la seguridad que le dé el grupo de amigos/as.

Una vez que la persona se ha implicado en el consumo de sustancias adictivas, como en el caso del consumo de tabaco, se puede transformar en hábito por las numerosas repeticiones. El adolescente que busca una identidad adulta se compra una cajetilla de tabaco, enciende un cigarrillo y se siente adulto, siente así que el cigarrillo le ha ayudado a buscar esa nueva identidad personal y social. Es importante el papel que para el adolescente representan sus iguales en el inicio del consumo de tabaco: ²⁵

- El proceso de desvinculación de padres y del hogar familiar, considerado este proceso como una característica propia de la adolescencia, deja un vacío en la vida del adolescente que intentan llenar con más frecuentes e intensas relaciones con los compañeros, conducta que incrementa el consumo de tabaco.
- El hecho reconocido de que la experiencia compartida crea vínculos entre las personas. La confianza del adolescente con sus amigos y compañeros es reforzada por reconocimiento de que los conflictos, angustias, y dificultades experimentadas en el hogar pueden ser compartidos por otros y son con

frecuencia también resueltas así en un ambiente de comprensión mutua.

- Finalmente la vulnerabilidad experimentada por muchos adolescentes justamente en esa época de su vida y la falta de confianza en sí mismos, inseguridad de sus propias capacidades, adaptación a cambios importantes..., hacen necesario el apoyo, momento que coincide con un adolescente que siente menos deseos de pedir ayuda a sus padres..., aumentando así el significado del rol de los compañeros. Esta situación no es en absoluto privativa de los jóvenes sino que ellos son sólo un caso de un fenómeno más general. En concreto no es el ser adolescente lo que facilita la adopción de conductas adictivas, sino el hecho de sufrir crisis de identidad. De tal forma que cuando personas adultas se encuentran con problemas serios también suelen ser más vulnerables a presentar conductas adictivas.

Continuando con la descripción de la conducta del fumador, la sociología del fumador presenta unas connotaciones determinadas, caracterizadas por la existencia de unos reforzamientos positivos y otros negativos. Dentro de los reforzamientos positivos se pueden enumerar la existencia de padres, maestros/as, amigos fumadores, pertenecer a un grupo de amigos fumadores, la publicidad relacionada con el tabaco, curiosidad..., y dentro de los reforzamientos negativos que los padres sean no fumadores, la educación escolar que le advierte sobre los peligros de la salud, la educación sanitaria caracterizada por el desarrollo de una prevención primaria, etc.

Es importante significar cómo los adolescentes consideran más dañino el alcohol que el tabaco, quizá porque produce una disminución rápida de la tensión ó angustia, evita las molestias del síndrome de abstinencia ó bien por el efecto placentero de la nicotina.

En el año 1971 Russell establecía tres factores que influían en la conducta de todo fumador:

- Recompensa psicosocial; en este sentido fuman para ser aceptado por el grupo.
- Sensoriales (sabor, humo); fuma por las recompensas sensoriales.
- Farmacológicas; el efecto nicotínico (euforizante, estimulante).

Así mismo podemos dividir a los fumadores en cinco grupos:

- psicosocial o intermitente: fuma de forma intermitente ó en determinadas ocasiones,
- indulgente: fuma después de ciertas comidas,
- tranquilizante: fuma porque el tabaco le produce un efecto sedante,
- para estimularse: porque el tabaco le produce un efecto estimulante,
- por adicción (necesita fumar en el lapso de 20 o 30 minutos).

3.1.2. Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco.

Conocer los factores que influyen en el inicio del consumo puede ayudar a mejorar las estrategias preventivas y retrasar la edad de inicio, ^{26,11} entre otros se han descrito los siguientes: presencia de tabaquismo en el entorno inmediato (padres, amigos, maestros, etc.), determinantes psicosociales como las influencias sociales, actitudes frente al tabaco y expectativas de “*auto eficacia*” para resistirse a fumar.^{27- 29}

Todos estos factores conforman un complicado entramado de circunstancias que van a influir en la toma de decisiones y cambios de los adolescentes con respecto al tema analizado. Resulta complicado tratar de controlar todas las variables que influyen en la adopción de una conducta concreta como es la decisión de fumar o no.³⁰

Los factores que influyen en el consumo de tabaco los agrupamos en dos grupos:

- **factores microambientales** (entorno relacional): factores personales y factores sociales. Los factores personales se dividen en genéticos y psicológicos. Los factores sociales incluyen la influencia de los familiares, el grupo de amigos y los profesores, y
- **factores macroambientales.**

Dentro de los **factores microambientales** vamos a comenzar a desarrollar los factores personales. Cuando el niño o el adolescente observa la conducta y actitudes de los demás se produce lo que se ha denominado “aprendizaje social”,³¹ pues el ambiente familiar juega un papel prioritario en la adquisición del hábito cuando se comienza a consumir y, por el contrario, el ambiente social repercute más en el mantenimiento de éste que en el inicio del consumo. Por lo tanto, el hábito tabáquico actual y las expectativas de fumar en el futuro están relacionados con el número de fumadores en el entorno del adolescente.³⁰

I. Factores Personales:

a-Factores genéticos. Los factores personales o biológicos que influyen en el inicio de la conducta fumadora son los siguientes: el primero de ellos el factor genético como parte importante en la iniciación, aspecto que se comenzó a analizar en el año 1959 por Frieberg tras la realización de estudios con gemelos monocigóticos y dicigóticos, encontrando un cierto grado de predisposición genética a ser fumador. La susceptibilidad para tomar drogas parece que podría

estar determinada por una carga genética que tendríamos al nacer, de forma que diversos estudios han estimado que esta carga se encuentra entre el 40-60%. Estudios realizados en gemelos univitelinos, han estimado para la nicotina un 56% de carga genética predisponente. Hoy ya se conocen zonas de los cromosomas conteniendo genes específicos implicados en la drogadicción, siendo identificados alelos de ciertos genes que predisponen con alto riesgo a la dependencia para el alcohol y el tabaco, por el contrario, otros alelos parecen ser protectores tanto al alcohol y al tabaco como a otras drogas.^{131,11} Estos factores genéticos, sin embargo, no explicarían por sí solos por qué se fuma, por ello la mayoría de las investigaciones afirman que se necesitaría la acción también de otros factores de riesgo ambientales ó personales para iniciarse en esta conducta.³³ Otra influencia en la adicción condicionada genéticamente podría ser, según algunos autores, la metabolización hepática de la nicotina mediante la acción de enzimas tipo citocromo P450.³⁴ Las primeras investigaciones para conocer la patogenia de estos hechos se dirigieron a los orígenes del receptor nicotínico, para los que se han descrito polimorfismos, pero los encontrados en el gen *CHRNA2*, relacionado con las cadenas β_2 del receptor nicotínico, no han mostrado diferencias en su prevalencia entre fumadores y no fumadores, aunque sí se ha podido observar que los ratones a los que les falta dicho gen no desarrollan dependencia a la nicotina. ^{35, 36} Se sabe que existe una importante variabilidad interindividual en el metabolismo de la nicotina.¹⁹ Aproximadamente el 70-80% de la nicotina se metaboliza a cotinina en un proceso en dos etapas en los que se invierte la enzima de la familia de los citocromos P 450, principalmente CYP2D6 y CYP2A6.^{19,20,29} Analizando otros puntos del complejo entramado de interacciones neurobiológicas que condicionan la adicción al tabaco, se ha señalado la probabilidad de que la protección para iniciarse en el consumo de tabaco pudiera situarse en uno de los 4 polimorfismos encontrados en el gen receptor 5 de la dopamina (*DRD5*).³⁷

- En el año 2003, Batra y otros ³⁸ realizaron una excelente revisión sobre la influencia genética del tabaquismo, la cual se puede sintetizar en las siguientes posibilidades:

- Un condicionamiento genético para metabolizar más rápidamente la nicotina debido a variaciones genéticas en el citocromo P, en sus formas CYP2A6 y CYP2D6, facilitaría el desarrollo de dependencia, pues los sujetos en los que la actividad de dicha enzima está alterada, como sucede en las variantes genéticas 2 y 3 del CYP2D6, presentan un metabolismo de la nicotina reducido y, simultáneamente, una menor frecuencia de dependencia a dicha sustancia comparados con grupos control. Antecedentes similares existen en el alcoholismo.
 - Variaciones en la genética de los receptores de la dopamina. Su transporte ó su metabolismo igualmente podrían condicionar el desarrollo de la adicción a la nicotina y explicar diferencias en el consumo, mantenimiento de la dependencia y dificultad para su control.
- Aunque el análisis de los polimorfismos en los genes responsables del transportador de serotonina, mediador muy involucrado en el síndrome de abstinencia, ha arrojado resultados contradictorios respecto a la frecuencia de sus alelos en fumadores y no fumadores, podría tener significación en el tabaquismo de algunos sujetos concretos caracterizados por una personalidad ansiosa.

Finalmente un estudio realizado en EEUU publicado en enero 2007 por Bechara y otros, revela que la región del cerebro causante de la adicción a la nicotina es la ínsula, concluyendo que cuando se daña esa zona del cerebro los pacientes dejan de fumar.³⁹

b- Factores psicológicos. Otros de los factores personales que influyen en la iniciación al consumo de tabaco son los psicológicos. Presentan ciertos rasgos

de la personalidad como pueden ser la extraversión puede estar asociada a un mayor riesgo de fumar. En 1976, Cherry y Kiernan concluyeron que la extraversión y el neuroticismo, si estaban presentes en jóvenes de 16 años podrían relacionarse con la conversión en fumadores a los 25 años. En 1991 Eysenck sugirió que había una predisposición “constitucional” para fumar. También se ha demostrado que los niños y jóvenes con baja autoestima y todos los problemas derivados de ello (retraso escolar, menos aspiraciones académicas, déficit de habilidades sociales, bajo autocontrol, etc.) tienen mayor riesgo de ser fumadores.^{40, 11}

El síndrome de hiperactividad-déficit de atención también se ha asociado con un mayor riesgo para el inicio precoz del tabaquismo. Cada vez hay más evidencia de la relación entre el consumo de tabaco y diversos trastornos psicopatológicos, especialmente distintos trastornos de ansiedad y depresión. La prevalencia de tabaquismo entre personas con trastornos de ansiedad se encuentra entre el 40-50%, presentando una asociación significativa entre ansiedad, dependencia de la nicotina y síntomas de abstinencia más graves.⁴¹ Así, se sabe que esta relación existe en personas con trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos bipolares y esquizofrenia, encontrándose en ellos una mayor dificultad para el abandono. También existe influencia dependiendo del estado de ánimo, tanto síndrome depresivo como ansiedad, pues las personas con depresión tienen tendencia a fumar más y las personas que fuman más tienen mayor probabilidad de padecer una depresión. La depresión se ha demostrado relacionada con el inicio y mantenimiento de la adicción a la nicotina, representando además para fumadores que quieran dejar de serlo una gran dificultad. Algunos fumadores refieren que fumar influye de forma positiva sobre su depresión, por otro lado algunos fumadores también cuando dejan de fumar experimentan algún grado de depresión. Parece que la explicación más coherente para la relación entre tabaco y depresión es la hipótesis de vulnerabilidad común, en la que existirían factores subyacentes comunes que pudieran predisponer a padecer ambas alteraciones en los pacientes fumadores.¹¹

El tabaquismo es más prevalente también en pacientes con trastorno bipolar, en el cual el paciente experimenta fases con síntomas ansiosos y fases con síntomas depresivos, que en la población normal. La mayoría de los pacientes empiezan a fumar antes del comienzo de los síntomas de la enfermedad, desarrollando posteriormente ésta cuando ya el grado de tabaquismo les dificulta su abandono. Incluso esta relación entre trastorno bipolar y tabaquismo se aprecia entre adolescentes, si el comienzo de los síntomas del trastorno bipolar se produce en esta época de la vida presentan un mayor riesgo para fumar que cuando los síntomas comienzan en edad prepuber.⁴² Un 33% de enfermos con trastorno bipolar y un 18% de los que tienen depresión unipolar sufren recidiva del cuadro depresivo cuando dejan de fumar. En estos pacientes la deshabitación tabáquica es más dificultosa que en la población normal, presentando así mismo mayor índice de recaídas. Entre el 70 y el 90% de los pacientes con esquizofrenia son fumadores, y éstos sufren síndromes de abstinencia más severos.⁴³ Este dato tiene especial relevancia en la adolescencia, ya que es en esta edad donde se suele diagnosticar esta enfermedad pues parece que fumar en estos pacientes está relacionado con una disfunción colinérgica del sistema nervioso central.

Conductas problemáticas en el adolescente, aparte de los trastornos del estado del ánimo, se han relacionado con mayor riesgo de fumar tales como el incumplimiento de reglas en la escuela, edad de las primeras relaciones sexuales, uso de anticonceptivos inadecuados, niveles bajos de obediencia dentro de la familia, baja responsabilidad, delincuencia, inconventionalismos, impulsividad, bajo rendimiento académico, faltas a la escuela, rebeldía y un previo uso de alcohol y de otras sustancias.⁴⁴ Los adolescentes son más susceptibles al uso de alcohol, tabaco y drogas demostrándose que los fumadores lo son en mayor medida a usar otro tipo de sustancias como el alcohol y otras drogas, que los que no fumadores. Así mismo, los bebedores tienen más riesgo de fumar que los no bebedores, estando ambas conductas asociadas con mucha frecuencia; teniendo estas sustancias un efecto sinérgico en relación a los efectos nocivos sobre la salud y sobre la posibilidad de tener problemas personales. Muchos de los factores predictivos para el tabaquismo

son los mismos que para el alcoholismo. De hecho, la ingesta de alcohol en edades tempranas se considera factor de riesgo para pasar de ser experimentador con el tabaco a convertirse en fumador regular. Una revisión de la literatura relacionada con las conductas de riesgo de los adolescentes demuestra la teoría de Jessor: “las conductas de riesgo coexisten frecuentemente e interaccionan y se refuerzan entre sí”.^{45, 11}

Respecto a la mujer, la realización de campañas publicitarias fueron más efectivas entre mujeres adolescentes, con edades comprendidas entre los 14 y 17 años, edad en la que es más fácil que tenga lugar la iniciación al consumo.⁸ Las mujeres soportan más estrés que los hombres, y poseen mayores dificultades profesionales y de expectativas en general siendo más dificultoso en ocasiones el abandono del consumo.⁴⁷ Otro dato importante en la prevalencia del tabaquismo en la mujer, es la ganancia de peso que experimentan los fumadores al dejar el consumo, este hecho más acentuado en la mujer, como hemos dicho, hace que sea más difícil la disminución de su consumo. En la adolescencia las chicas son más susceptibles a no dejar de consumir tabaco, puesto que les preocupa más su imagen que a los chicos. La percepción de peso corporal en el caso de las adolescentes es un predictor de tabaquismo. Gran importancia existe en la relación que últimamente se ha visto entre el consumo de tabaco y las actitudes de preocupación por el peso, siendo uno de los principales motivos que subyacen como causante del incremento de consumo de tabaco en la sociedad occidental.^{8,46}

Es importante considerar hoy la anticipación de la edad adulta entre los adolescentes respecto al consumo de tabaco, ya que adolescentes y jóvenes consideran al fumador como una imagen de persona independiente. Muchos de los adolescentes fuman para parecer mayores. De hecho, los niños pueden considerar que fumar en la infancia es una manera de comunicarse y negociar con el mundo adulto, que los ignora, excepto como posibles consumidores y así, el fumar sería para los chicos y las chicas como una forma de anticiparse a ser hombre y/o mujeres.⁴⁷

Respecto a las creencias de los efectos deletéreos del tabaco en los jóvenes no está muy desarrollada la idea de las creencias tabaco-salud-enfermedad, debido a que a esta edad todavía no han desarrollado ninguna patología. La eficacia de las campañas dirigidas a los jóvenes está demostrada. Algunos conocedores de la problemática que ocasiona el fumar aportan como razones para no fumar el miedo que tienen a sus consecuencias sobre la salud, unido a la pérdida de atractivo y de rendimiento físico, en una sociedad donde estos valores son primordiales. Por otra parte, los jóvenes fumadores suelen infravalorar los riesgos para la salud e incluso llegan a negarlos, al mismo tiempo que sobreestiman el número de fumadores que existen. Incluso, en ocasiones, no ven los riesgos como posibilidad de que les afecte a ellos, minimizando los efectos derivados de “su” tabaquismo. Según Romer y otros un 40% de los jóvenes fumadores y un 25% de los no fumadores infravalora o no conoce la relación existente entre tabaco y muerte, por lo que se muestran optimistas en relación a los riesgos de fumar.^{48,11}

II. Factores sociales.

Dentro de los factores generales que se relacionan con el inicio del consumo se encuentran los factores sociales que, basándose en la Teoría de la Socialización primaria de Oetting y otros,⁴⁹ señala cómo aunque existe una cierta base biológica en la conducta humana, esencialmente todas las conductas sociales humanas son aprendidas o tienen componentes principales aprendidos. Así, el consumo de tabaco estaría entre estas conductas aprendidas en el proceso de la socialización primaria. El entorno del adolescente se convierte en decisivo a la hora de enfrentarse con la posibilidad de fumar. En las primeras etapas de la vida los que ejercen mayor influencia en sus costumbres, gustos y hábitos, son los padres, hermanos y educadores. Posteriormente, los grupos de amigos y compañeros de colegio son los que más van a influir. Uno de los principales factores sociales, como hemos señalado, es sin duda, la influencia de la familia.³⁰ Parece que el ambiente familiar juega un papel prioritario en la adquisición del hábito siendo el ambiente social el que repercute más en el mantenimiento de éste. Si en el domicilio los padres fuman es más probable que el joven comience a fumar por imitación de una conducta aprendida y

continuará fumando para relacionarse más con el grupo de iguales. Por lo tanto, el hábito tabáquico actual y las expectativas de fumar en el futuro están relacionados con el número de fumadores en el entorno del adolescente. El niño es muy receptivo al aprendizaje de conocimientos y asimilación de hábitos. La familia es considerada una parte muy importante en el entorno del adolescente, ya que en el 70% de los hogares españoles al menos fumaba una persona, y el hecho de que los padres fumen o que sean tolerantes con el tabaco tiene una gran repercusión como factor de riesgo en la iniciación de sus hijos al tabaquismo, como hemos comentado previamente. Por el contrario, son factores protectores frente al fumar el que los padres no sean fumadores. Parece que existe una clara relación entre una actitud más restrictiva por parte de los padres en casa con relación al tabaco y una reducción en el riesgo de fumar de los hijos. Los adolescentes cuyos padres han dejado de fumar tienen una menor probabilidad de ser fumadores que aquellos cuyos padres continúan fumando; los adolescentes fumadores con padres que dejan de fumar tienen el doble de probabilidades de dejarlo que aquellos cuyos padres siguen fumando. En definitiva, el abandono del tabaquismo por los padres es más efectivo en reducir el riesgo de iniciación en sus hijos, sobre todo si lo hacen antes de que estos alcancen los 9 años de edad.^{50, 11.}

Inicialmente es la familia la que más influye en el comportamiento del niño/a, ya que establece ejemplos o modelos en los que aprende imágenes primarias que son siempre parentales y normas de lo que está permitido o prohibido. En este sentido, la actitud de los padres es la referencia inicial del niño, y la actitud familiar ante el tabaco es uno de los aspectos más determinantes de su conducta, sobre todo durante los primeros años de riesgo de iniciación al consumo, determinando la actitud futura del niño. Por ello consideramos de gran importancia la prevención del tabaquismo dentro de la propia familia pues el tabaquismo de padres y hermanos aumenta las posibilidades de que el adolescente fume en el futuro.^{50,51} Los padres que no fuman dan protección al adolescente.⁴⁴

La socialización de los niños en un ambiente familiar en que los padres y/o hermanos mayores fuman incidirá inevitablemente en el modo en que éstos

perciban el consumo de tabaco, asumiendo que si las personas a las que se sienten ligados afectivamente fuman, lo asumirían como una conducta aceptable, que contribuirá en ellos a considerar el tabaquismo como un hecho rutinario y normal que forma parte del universo del mundo adulto. En España existía una elevada tolerancia familiar ante el tabaco, de forma que Aubá y otros⁵³ señalan que el 63,7% de los niños tienen al menos un progenitor que fuma, y que la prevalencia del tabaquismo en niños y adolescentes es mayor cuando fuma algún miembro de la familia, como se ha comentado anteriormente. Para Brook ⁵⁴ esta correlación entre padres e hijos fumadores puede explicarse por una conducta de imitación de los hijos hacia el comportamiento de los padres, en contextos de tolerancia de los padres al uso del tabaco. No obstante, la influencia de la conducta paterna en el posterior hábito tabáquico de los hijos depende también de la personalidad de ambos y de la relación que exista entre ellos.

Parece claro y aceptado que el porcentaje de niños que fuman es mayor si ambos padres fuman que si lo hace únicamente uno de ellos, y que cuando ninguno de los dos fuma el número de niños/as que lo hacen es menor.⁵⁵ Es importante también preguntarse si la influencia varía en función de que los fumadores sea el padre o la madre. Murray y Burchfield ^{56,57} señalan que la prevalencia del tabaquismo de los hijos es mayor cuando fuma el progenitor del mismo sexo, de forma que si el padre fuma, es más probable que el hijo se convierta en fumador, y si es la madre sería la hija.

Tradicionalmente la mujer se ha encargado de satisfacer las necesidades educativo-sanitarias de la familia, y por tanto de los hijos/as, y siendo su influencia mayor que la del padre, como todos sabemos. Hoy los cambios en el papel social de la mujer han actuado también sobre la actitud de ésta frente al tabaco, incrementando su consumo, y modificándose la función familiar que se transmite respecto al mismo, como comenta Barrueco en su artículo sobre la influencia familiar en el consumo de tabaco.⁵¹ El porcentaje de fumadores varones es superior a las mujeres que fuman, por ello el número de padres que fuman es superior al número de madres que consumen tabaco. Cabe esperar que la influencia “negativa” del padre cuando fume sea menor, puesto que se

ajusta al papel que cabría esperar de él, y cuando no fuma su influencia “positiva” sea mayor, pues distorsiona este estereotipo. Las madres actúan en sentido contrario, influyendo más en la actitud de sus hijos frente al tabaco las mujeres fumadoras, con el consiguiente favorecimiento de su consumo por parte de los niños/as, influyendo menos las madres no fumadoras. En general, los niños son conscientes de que si sus padres supieran que ellos fuman les reñirían, por lo que si consideramos esta premisa, cuando los dos progenitores fuman se encuentran menos legitimados para reñir a sus hijos y deben mostrar mayor tolerancia hacia el consumo que cuando ninguno de los progenitores fuma. Según Barrueco, la actitud de los padres influirá notablemente en la conducta del niño, y más tarde lo hará en la del joven. Cuando los padres fuman el hijo consigue antes que se le permita fumar en casa y este es un paso muy importante en la consolidación del hábito por parte del adolescente.^{51, 60}

La teoría de la socialización primaria de Oetting y otros,⁴⁹ que señalábamos anteriormente se centra en la familia como primer elemento de socialización primaria para el niño. Si en la familia existen problemas, como por ejemplo el consumo de sustancias, conflictos, agresiones u otro tipo de conductas desviadas, se incrementará posteriormente la probabilidad de uso de sustancias, donde sin duda se encuentra la nicotina (cigarrillos). De esta manera, los hijos de familias con padres separados o divorciados tienen mayor riesgo para fumar, existiendo una mayor susceptibilidad para el inicio del consumo en las niñas.⁵⁹ También parece que un entorno familiar con violencia doméstica incrementa el riesgo de fumar en las hijas, por lo tanto se confirma aún más el papel de la familia en la prevención del tabaquismo. Tras realizar el análisis de la influencia de los padres en el inicio del consumo, los padres no fumadores que están activamente involucrados con sus hijos dan protección a estos frente al potencial riesgo de fumar del adolescente.⁵⁸

Aparte de la influencia de los padres que acabamos de analizar, otra influencia negativa la constituye en el ámbito familiar el tabaquismo de los hermanos. La influencia de los hermanos mayores también es importante y en edades más avanzadas posiblemente sea mayor que la de los padres, ya que consideran a los hermanos un modelo a imitar al servir de paso intermedio

entre la influencia familiar y de los amigos cuya influencia es un factor social muy importante a considerar en la iniciación al consumo de tabaco.

La iniciación al consumo de tabaco, en nuestro contexto sociocultural, como ya hemos señalado, tiene lugar en la edad escolar. En este proceso se producen dos factores importantes: en primer lugar la prohibición del tabaco a los menores se presenta como una manera de mantener un privilegio de los adultos y la trasgresión de la prohibición es un aliciente añadido a la necesidad de explorar y experimentar novedades de la propia edad; en segundo lugar, la iniciación al consumo es un proceso de grupo que refuerza la incorporación al mismo, por lo que rechazar el cigarrillo supondría quedar fuera de lugar, y por tanto fumar y ofrecer tabaco serviría para integrarse dentro del grupo.⁶⁰ El tabaquismo del grupo de amigos es un factor altamente predictivo para la adopción del hábito y ejerce influencia en el inicio del consumo. Muchas veces, comenzar a fumar, no es más que un mecanismo de integración en un determinado grupo. Aubá y otros ⁵³ demuestran que el riesgo de fumar se incrementa seis veces en el alumnado que tiene gran proporción de compañeros fumadores, o que cuando los padres no fuman, la presencia de hermanos o amigos fumadores incrementa 17 veces la influencia de los alumnos que fuman, pasando del 0,2% al 3,4%. La conducta que el grupo de amigos mantiene hacia el tabaco incide en el comportamiento de cada individuo, de forma que la aprobación del consumo de tabaco por parte de los amigos es un factor inductor de la transición de la fase de susceptibilidad a la fase de primera experimentación o bien a pasar a la situación de fumador habitual. El tabaquismo del grupo de amigos es un factor altamente predictivo. Ariza y otros ²⁷ encuentra diferencias notables entre los resultados obtenidos en un estudio transversal y otro estudio longitudinal. El riesgo de tener amigos fumadores sobre ser fumador habitual es de 35 veces superior en el estudio longitudinal, mientras que en el estudio transversal, el riesgo de iniciarse en el consumo de tabaco por tener amigos fumadores, es tan sólo dos veces superior. Estas diferencias indican la necesidad de valorar con cautela los efectos de la asociación en estudios transversales y señalar la significación de emprender estudios longitudinales. Los estudios demuestran que es más probable que los

niños fumen si tienen amigos fumadores, al contrario, la mayoría de los jóvenes que no fuman tienen amigos que no fuman.⁶¹

Se ha comprobado que la conducta de los mejores amigos, de los más cercanos o parejas, es conocida como una de las más importantes causas para desarrollar conductas negativas en niños y adolescentes. La influencia de amigos fumadores es muy importante, de tal forma que más del 80% de los adolescentes se inician en el consumo de tabaco con estos grupos citados. En ocasiones el inicio del tabaquismo se lleva a cabo como un fenómeno de integración en un determinado grupo; si los amigos fuman, el no hacerlo puede suponer ser rechazado por el resto, “presión de los homólogos o iguales.”⁶²

El siguiente grupo dentro de los factores sociales lo constituyen los educadores. La percepción de los adolescentes expuestos a educadores que fuman delante de ellos constituye un factor de riesgo muy importante en el inicio del consumo, ya que lo podrían considerar como una conducta “normal”. La percepción que los niños y adolescentes pueden tener hacia el consumo de tabaco como normal se ve influenciado especialmente por ver fumar a sus profesores, esta percepción se incrementa sobre todo si también los padres son fumadores. Estudios llevados a cabo, teniendo en cuenta la prevalencia de tabaquismo entre educadores y maestros, llegan a la conclusión de que el papel de éstos como promotores del consumo de tabaco entre sus alumnos es fundamental. Partiendo de la base de que los profesores son figuras modélicas, sus mensajes no explícitos que transmiten a los alumnos en relación al tabaquismo tienen un enorme impacto en la formación de opinión éstos.⁶³ Cuando los profesores fuman en presencia de los alumnos, aspecto prohibido en todo recinto escolar desde la publicación en el BOE del Real Decreto 192/1988, la proporción de fumadores entre los adolescentes aumentaba un 5%, posiblemente porque el profesor ejerce gran influencia en sus alumnos, debido al rol social ejemplarizante que le caracteriza.^{64,65} Se sabe que el Magisterio español tenía uno de los índices más elevados de tabaquismo de la Unión Europea, junto con Dinamarca, Grecia e Italia.⁶⁶ Según el Informe de Salud Pública 2005 en lo referente al consumo del personal docente: 24,45% de las mujeres son fumadoras frente al 30,7% de los hombres.

Los modelos actitudinales del profesorado están unidos al proceso de aprendizaje y enseñanza. El profesor debe recurrir a la vía del consejo, el cual debe ser serio, utilizando palabras sencillas, corto y riguroso, sobre todo destacando las ventajas de la no adicción al tabaco y su mensaje nunca debe ser amenazante ni culpabilizante. Es importante destacar que la actitud ambivalente ante las drogas de los educadores, desorienta a los alumnos, como demostró Taylor.⁶⁷

III. Factores ambientales.

Dentro de los factores ambientales vamos a destacar algunas medidas legislativas desarrolladas respecto al consumo de tabaco: su precio, la accesibilidad que tienen los jóvenes para conseguirlo, la publicidad señalada, y la influencia de los ídolos jóvenes como factores que pueden influir y modificar de manera muy importante la conducta de los adolescentes, contribuyendo al inicio y mantenimiento del hábito. El marco legislativo es uno de los más importantes aspectos desde el que se debe abordar el tabaquismo, sobre todo actuando en la limitación de la publicidad, venta a menores y empleo de tabaco en los centros educativos, como se recogió en el Real Decreto 192/1988, el cual estableció las limitaciones de la venta y uso de tabaco, haciendo también referencia a la prohibición de fumar en los centros escolares y la prohibición de su venta a menores.⁶⁸ Se realizó un estudio durante el curso 1990-1991 en las escuelas primarias por Ballestín y otros ⁶⁹ que demostró que una proporción elevada de estas escuelas (88,8%) abordaba el tabaquismo en su norma interna, aunque era menor la proporción de centros donde se realizaba un seguimiento del cumplimiento (66,3%) y solamente un 9,2% de éstos disponían de señalización explícita al respecto. Posteriormente, Ballestín (1996-1997) realizó un estudio en enseñanza secundaria que puso de manifiesto que, en la totalidad de los centros estudiados, los responsables declararon conocer los aspectos legales relativos al consumo, aunque este conocimiento no se traduce en la práctica en una vigilancia activa de su cumplimiento, ya que solamente en el 74,4% existía una señalización específica, permitiendo el consumo de tabaco en la sala de profesores en el 61,6% de los casos y en los espacios comunes como el patio, siendo un 4,7% de los centros que permitían fumar a los profesores y un

18,6% a los alumnos.⁷⁰ Datos que desde la aplicación de la nueva Ley se han modificado mucho a pesar de los frecuentes incumplimientos a los que se hace alusión de manera cotidiana.

Se intenta explicar la falta de cumplimentación de la Ley por escasa información y la gran permisividad social que existe respecto al tabaquismo en nuestro país. En España la nueva Ley del 1 de enero de 2006 ha prohibido la publicidad del tabaco porque fomentaba su consumo tratando de transmitir la idea de que fumar era una práctica algo normal, elegante, moderno, excitante o romántico, incluso deportivo, sano, liberador y por supuesto, un comportamiento propio de adultos. Esta publicidad iba dirigida sobre todo a los “futuros consumidores”, es decir, a la población más joven, que además es la más fácil de captar y a la que luego, con el paso de los años, le iba a resultar difícil desengancharse, objetivo de ésta publicidad.

En los países desarrollados existen evidencias que demuestran, en primer lugar, que los niños conocen la publicidad del tabaco, y en segundo lugar, que en los países donde se ha prohibido dicha publicidad ha bajado el consumo de tabaco entre los más jóvenes en comparación con aquellos países donde no se ha prohibido. Los anuncios de tabaco atraían a los niños y adolescentes de una forma que llevaba a muchos de ellos a considerar que fumar era algo normal. Muy significativo al respecto es el estudio de Fischer y otros que demostró cómo los niños norteamericanos con edades comprendidas entre 3 y 6 años reconocían de igual manera el logotipo de Mickey Mouse y el de “Joe”, el camello de Camel.⁷¹

Las empresas tabáquicas van adaptando la publicidad a las nuevas tecnologías y así la promoción del tabaco va ganando terreno en Internet. Esto facilita aún más el acceso de los jóvenes a estos productos, ya que una cuarta parte de los usuarios de Internet en nuestro país tienen edades entre 16 y 20 años. La ausencia de una legislación precisa al respecto tiene un efecto potenciador en este sentido.

El bajo coste es otro de los factores ambientales que facilitan el consumo ya que fumar cigarrillos no resulta todavía demasiado caro en España, el país de la Unión Europea donde el tabaco es más barato. A finales de la década de los 80 se demostró que el efecto del precio del tabaco influía en su consumo. El estudio del Banco Mundial del año 2000, sobre los aspectos económicos del control del tabaquismo, nos muestra que el incremento de un 10% en el precio del tabaco correspondería a una reducción de un 4% en su consumo.¹³² Otro análisis del impacto del precio del tabaco sobre su consumo en jóvenes, concluyó que existía una relación directa entre los ingresos semanales de chicos de 17 años y el consumo de cigarrillos.⁷² El tabaquismo en los adolescentes se relaciona de forma positiva con la cantidad de dinero de que disponen. El bajo coste del tabaco permite la fácil disponibilidad y accesibilidad: está claro que conseguir cigarrillos hasta hace poco era muy fácil, incluido a los más jóvenes, a pesar de la prohibición de su venta a menores. No solamente era posible conseguirlos en estancos sino también en máquinas expendedoras situadas en cualquier lugar sin ningún tipo de control, o incluso en tiendas de comestibles y productos infantiles, como golosinas⁷³ o en Internet. Desde la entrada en vigor de la Ley se ha restringido esta disponibilidad aunque en la práctica sigue sin ser demasiado difícil encontrar cigarrillos a cualquier hora del día.

Otro factor importante a considerar, dentro de los factores ambientales, son los factores sociodemográficos ya que en los países industrializados, como un elemento de distinción social, el tabaquismo solía introducirse en las clases sociales más favorecidas, para posteriormente extenderse al resto de las clases sociales. Con el tiempo se invierte la situación y la clase alta y la media van dejando de fumar por considerarlo un hábito escasamente elegante, quedándose sólo como fumadores la clase más desfavorecidas socialmente. En los adolescentes el hecho de incorporarse a la vida laboral activa es un condicionante para comenzar a fumar, siendo más elevado el índice de consumo entre aquellos adolescentes que dejan sus estudios de forma temprana.⁸ También se han barajado como influyentes en la iniciación del tabaquismo en los adolescentes, el bajo nivel cultural, no ser lector habitual, el carecer de

estrategias para enfrentarse al aburrimiento, baja actividad física, el haber sufrido un suceso estresante en su vida, etc.⁷³

3.1.2.1. Consumo de tabaco en la población escolar.

Nos parece fundamental conocer la prevalencia de tabaquismo en escolares para poder analizar los Programas de prevención e intervención educativa adecuados. Según Barrueco y otros⁷⁴ el consumo de tabaco puede, excepcionalmente, iniciarse a los 5 años de edad, aunque, como hemos comentado, la frecuente experimentación sucede en la etapa preadolescente.⁷⁵ Su consumo en edades tempranas es un factor de riesgo para la dependencia a la nicotina en edades avanzadas.⁷⁶ Si un adolescente sabe evitar el tabaco, es poco probable que cuando sea adulto se convierta en fumador.⁷⁷ Por ello la prevención en la población infantil resulta aún más importante que en los adultos, y existe una tendencia creciente para el desarrollo de Programas de orientación dirigidos a este segmento de la población.⁷⁸⁻⁸¹

La escuela es el lugar idóneo donde se debe impartir los contenidos de información sobre el tabaco existiendo numerosas experiencias que demuestran también la mayor eficacia de estos Programas preventivos propios del currículo escolar.⁸²⁻⁸⁴ La prevención del tabaquismo en la escuela debe ser una actividad de promoción de la salud que forme parte de los contenidos del curriculum escolar mediante programas transversales de educación, y debería ser desarrollada dentro de las normales actividades del Centro. Sin embargo, en la actualidad, son escasos los centros escolares que imparten este tipo de contenido, y por ello, existe un vacío que en ocasiones se intenta llenar por profesionales sanitarios de atención primaria y/o especializada sensibilizados por el tema. Existen diversos estudios que valoran la rentabilidad de este tipo de actuaciones ajenas al propio Centro escolar con resultados dispares.⁸⁵⁻⁸⁸

Ya en el año 1995 Barrueco y otros sensibilizados con este problema, decidieron impulsar un Plan de prevención de tabaquismo en todos los Centros escolares de la zona, que trataba de orientar e informar sobre el estado de la cuestión.⁸⁹ Para llevarlo a cabo se diseñó y puso en marcha de forma

coordinada con otros miembros de la comunidad escolar un Plan que incluyese el análisis previo del nivel de tabaquismo existente y el refuerzo de la información destinada a los escolares para disuadirles de iniciarse al consumo de tabaco o favorecer el abandono en los que ya se habían iniciado. Este Plan, se ofertó a los centros escolares, presentando las líneas básicas de los mismos en los claustros y aceptando las modificaciones sugeridas por los profesores. Se diseñó un Plan multidisciplinar, de tres años de duración (1993-1995) en el que participaban padres, profesores, personal sanitario. La población seleccionada incluía escolares de 6º, 7º y 8º EGB, 1º y 2º BUP y COU por considerarla de riesgo. El Plan se inició con la Encuesta sobre el tabaco de Europa contra el cáncer diseñada para el medio escolar⁹⁰ y el alumnado rellenó el cuestionario de forma autoadministrable y anónimo, en horario escolar y como una actividad docente más. Posteriormente se llevó a cabo el análisis de los resultados obtenidos. Al realizar un análisis de la prevalencia, un total de 262 escolares (58%) habían fumado alguna vez, dentro de los cuales el 68% eran niños y el 50,7% correspondían a niñas. Estas cifras de prevalencia están cambiando en la actualidad con la mayor incorporación de la mujer al consumo de tabaco. Debido a los datos obtenidos, consideramos que el tabaquismo y el alcoholismo son los mayores problemas de Salud Pública que existen en la población escolar. En la situación actual, y ante la falta de desarrollo de los Programas de EPS en las escuelas, posiblemente sea preciso impulsar más Planes de ese tipo en Extremadura que nos permitan conocer la situación en nuestro medio y poder sensibilizar a los integrantes de la comunidad escolar, especialmente los futuros maestros/as de nuestra región, del problema de salud que genera el tabaquismo. Numerosos estudios confirman los resultados positivos de estos Programas, si bien dichos resultados son ajenos a la propia comunidad escolar y son impulsados desde fuera de la misma. Sería importante implantar y desarrollar más este tipo de Programas dentro de los Centros escolares extremeños y pensamos que estas actividades ofrecerían mejores resultados cuando sean incluidas en el currículo escolar y dejen de ser actividades aisladas, así como también sería muy conveniente que la participación del profesional sanitario sea solicitada desde el propio centro. Consideramos que es sin duda responsabilidad de las autoridades educativas y sanitarias impulsar de forma decidida este tipo

de contenidos educativos. Mientras que esto no suceda, como comenta Barrueco, los médicos sensibilizados por los problemas derivados del consumo de tabaco deberán realizar un esfuerzo adicional impulsando este tipo de campañas, para aumentar la sensibilización de los escolares frente al tabaco.

Perula de Torres y otros unos años después, también analizan el consumo de tabaco en población escolar ⁹¹ considerando que la prevalencia del tabaquismo es similar, en su medio, al resto de estudios realizados, siendo la droga legal más consumida detrás del alcohol. Entre los factores relacionados con el consumo destaca la presencia de este hábito entre hermanos/as y amigo/as. Existiendo una mayor prevalencia en las niñas, datos que concuerdan con las últimas investigaciones.⁸ La introducción del consumo de tabaco en la mujer es un fenómeno relativamente reciente, muy ligado a la necesidad de la industria tabaquera de expandir su mercado, aprovechando para ello el momento de cambio de rol que se ha producido en nuestra sociedad respecto a la mujer. ⁹²

Otros autores consideran que no va a declinar en estos momentos la prevalencia, sino al contrario, por lo que los Programas de EPS en la escuela, deben abordar este problema de forma global, centrándose en los niños en edades anteriores al inicio (10-12 años) y teniendo en cuenta las otras circunstancias que condicionan este hábito. Deberían, así mismo, estar basados en el modelo de aprendizaje social, dirigido a reforzar la capacidad de los escolares para resistir presiones de su entorno, tanto macrosocial como microsociales (hermanos y amigos).⁹³⁻⁹⁴ Se han realizado ensayos con la técnica “Bogus Pipeline”⁹⁴ para evaluar el hábito de fumar en adolescentes, considerándolo uno de los recursos más fiables y frecuentemente utilizados para resolver el problema de la falta de fiabilidad de los autoinformes de los adolescentes acerca del consumo de tabaco. Esta técnica es un procedimiento diseñado para incrementar la sinceridad de los autoinformes sobre conductas comprometedoras como el consumo de drogas. Se puede considerar una técnica útil, sobre todo en aquellos casos en los que existan condiciones que propicien la ocultación o exageración del consumo de tabaco, nos parece adecuada la

utilización de esta técnica para la valoración del consumo de tabaco en adolescentes.

Sánchez Agudo (2004) ⁹⁵ analiza la prevalencia de tabaquismo mediante un análisis en pacientes que han dejado de fumar. Considera que el adolescente comienza a fumar como parte de su proceso de experimentación para conocer el entorno propio del adulto, lo que lleva consigo la excitación de averiguar cuál es su efecto. La repetición de este acto, inicialmente mal tolerado, conlleva el aprendizaje inconsciente de la asociación entre determinadas situaciones y aquellos efectos farmacológicos de la nicotina que resultan beneficiosos, lo que induce a utilizarla como medio para la regulación emocional y aboca a desarrollar su dependencia. Tanto la iniciación como el mantenimiento del tabaquismo, igual que sucede con otras adicciones, tienen su origen, por tanto, en el entorno social del individuo y utiliza para su consolidación otras características biológicas o psicológicas de éste, a través de las cuales se establece la intensidad con que se desarrollará esta dependencia. Se conforma así el modelo biopsicosocial de las conductas adictivas en el que se concatenan, entre otros elementos, tendencias naturales al sobrepeso, a la tristeza o a la depresión (parte biológica del modelo) con entornos de mayor estrés, el grupo de iguales o de líderes (porción psicológica) y la publicidad, fácil acceso y precio del tabaco (parcela social). Como en toda conducta, en el hecho de fumar influyen los procesos de condicionamiento conocidos como clásico y operante, según los cuales la acción de fumar no se realiza de forma aleatoria, sino siempre provocada por un estímulo determinado, conocido como antecedente o desencadenante del acto (café, comida, alcohol, relación social, etc.). Establecido este entramado de condicionantes y asociaciones, la adicción está servida.

Los datos del estudio de Sánchez Agudo, realizado en un grupo de 459 fumadores, que han seguido tratamiento para dejar de fumar en la unidad, con una edad media (\pm desviación estándar) de $46 \pm 12,4$ años, señala que a los 20 años ya fumaban el 93,2% de los sujetos, resultados coincidentes con los de otras series que ponen de manifiesto la escasa probabilidad de iniciarse como fumador en la edad adulta y, derivado de ello, la importancia de prevenir el

tabaquismo en la infancia y adolescencia para así retrasar el comienzo y, subsiguientemente, reducir la prevalencia de fumadores en la población, premisa que me induce a realizar mi investigación.

Mientras que en EEUU a los 15 años de edad el 26% de los encuestados habían fumado al menos un cigarrillo en los últimos 30 días,⁹⁶ en Europa esta característica se presenta en el 30% , alcanzando hasta un 38% en los países del Este⁹⁷ y en un 29% de los encuestados en España, donde la proporción es superior entre las chicas y el consumo de cigarrillos mayor en los chicos, habiendo evolucionado la edad de comienzo de forma descendente entre 1994 y 1996 (de 13,6 a 13,1).⁹⁸ Estos datos de prevalencia en el consumo, concordantes con muchos otros, ponen de manifiesto que el tabaquismo es frecuente en el adolescente y tiene una clara tendencia a aumentar. De acuerdo con el conocimiento actual, parece evidente que la sociedad de la información influye desfavorablemente induciendo el aumento de la prevalencia futura de los fumadores. Pero también otros elementos con influencia apoyan esta tendencia; diariamente los medios de comunicación nos comunican el aumento del fracaso escolar, la emergencia de colectivos anticultura y las manifestaciones de inadaptación escolar, cuando no social, entre los menores. Se ha demostrado que precisamente son los estudiantes que no rinden suficientemente en la escuela los que se muestran menos satisfechos con el medio escolar, o los que tienen malas expectativas de futuro ó los que no están escolarizados. Aquellos con bajo autoconcepto son los que tienen más probabilidades de convertirse en fumadores, lo que decanta la tendencia de las consecuencias futuras del tabaquismo hacia los sectores sociales menos favorecidos, hecho que se viene demostrando desde hace años en los países desarrollados, por lo que dentro de unos años el tabaquismo será una enfermedad de predominio en los países menos desarrollados.⁹⁹ El conocimiento actual sobre los factores y elementos, estrictamente circunscritos a la biología del individuo, con influencia en el desarrollo de su conducta como fumador, es aún muy reducido y muchos de estos agentes se han considerado, como componentes psicológicos. Por ejemplo, es un hecho constatado por numerosos estudios que el tabaquismo en los padres

se asocia con una más elevada frecuencia de fumadores en los jóvenes, lo que se ha atribuido al aprendizaje por imitación.

Actualmente el 40% de los niños está expuesto al humo de tabaco ambiental en sus hogares ¹⁰⁰ con efectos nocivos suficientemente analizados, ¹⁰¹ que incluyen desde el aumento de las infecciones respiratorias y del oído medio, mayor riesgo de broncospasmo y atopia, hasta el aumento tres veces superior de riesgo de muerte súbita del lactante, asociada tanto al tabaquismo pasivo durante la lactancia ¹⁰² como durante el embarazo de manera independiente.¹⁰³ Como explicación a esta asociación se considera que los componentes del humo del tabaco que se absorben durante el embarazo pudieran interferir en la neuroregulación de la respiración y así contribuir a la aparición de episodios de apnea en el recién nacido.¹⁰⁴ Y si tales influencias del humo del tabaco ambiental han sido suficientemente demostradas, probándose incluso que pueden modificar la regulación neural de funciones tan fundamentales como la respiración, nos podríamos hacer la siguiente pregunta: ¿podría el humo de tabaco que alcanza al feto o al niño llegar a condicionar el complejo mecanismo del sistema nervioso central sobre el que actúa la nicotina para desarrollar la adicción?, si esto fuera cierto, haría que la exposición repetida intrauterina, o incluso después del nacimiento favoreciese la avidez por dicha sustancia en el futuro adolescente hasta hacerlo más susceptible a la dependencia. Aún estamos lejos de encontrar evidencias que confirmen o desmientan esta conjetura, aunque algunos datos podrían apuntar en esta dirección; así, la exposición de cultivos celulares a nicotina favorece la expresión genética de tiroxinhidroxilasa, enzima que propicia la conversión de tirosina en L-dopa, precursor de la dopamina. ¹⁰⁵

La mayor frecuencia de hijos fumadores entre padres también fumadores pudiera no ser únicamente una consecuencia del aprendizaje o de la adaptación, sino tener además una base genética, y por qué no especular con la posibilidad de que esta base genética no esté empezando a ser una consecuencia adaptativa a un entorno de humo de tabaco, que algunos sufren desde que son sólo una célula dedicada a continuas mitosis en el útero de una fumadora. La información obtenida a partir de estudios realizados en gemelos apunta a una

importante participación genética que para algunos autores podría llegar a ser la causa de un 50 a un 80% de la incidencia del tabaquismo.¹⁰⁶ El riesgo para iniciarse en el consumo de tabaco podría estar influenciado genética y ambientalmente pero, como puede suponerse, de no ser que el ambiente estuviese modificando la genética en el más puro ámbito de la teoría evolucionista, ésta únicamente aportará la "susceptibilidad" para ser fumador y son, sobre todo los condicionantes ambientales del entorno los que provocarán, a través de su influencia, el acceso del niño al consumo de tabaco. Después, nuevamente la predisposición genética condicionaría el mantenimiento de la conducta de fumador y las características de ella, el nivel de consumo y sus asociaciones, dificultad para abandonar el tabaco y el mantenimiento de la abstinencia o mecanismos presentes en las recaídas. Aún teniendo en cuenta la posible influencia de los genes, nuevamente sería el entorno el que influye de forma predominante en la decisión de dejar de fumar o en su mantenimiento. El principal motivo por el cual quien fuma decide abandonar el tabaco es la percepción de sus efectos nocivos para la salud, bien sea en sí mismo, o a través de experiencias ajenas pero cercanas, o a través de información convincente. Sin embargo, este concepto no es compatible con la ideación del niño o del adolescente, por lo que es necesario seguir otras líneas de actuación a fin de lograr un entorno hostil para empezar a fumar. Tales son el mayor coste económico para adquirir tabaco, controlar la publicidad, utilizar y fomentar una afición ecológica (secar el tabaco de 300 cigarrillos requiere quemar la madera de un árbol...) o estética, fomentar la presión y apoyo sociofamiliar y, por qué no, el aprendizaje y desarrollo de estrategias de afrontamiento ante situaciones problemáticas, puesto que los niños con mayores dificultades sociales (peores expectativas y autoconcepto) son con mayor frecuencia fumadores por ello es importante enseñar en las escuelas a los niños a enfrentarse a la resolución de conflictos, al ser el conflicto inherente a la existencia humana, como señala Lledó.

Ariza y Nebot, en el año 2002, analizan en un estudio longitudinal realizado en España sobre este tema, los factores con capacidad predictiva para la iniciación al consumo de tabaco, con edades comprendidas entre 12 y 19 años

de edad. Concluyen un comienzo más temprano entre las chicas, pero un mayor consumo de tabaco en los chicos, destacando como factores con capacidad predictiva para la iniciación la existencia de amigos fumadores, actitudes favorables al consumo, la intención de fumar en el futuro y el consumo de bebidas alcohólicas.²⁷

Otros autores analizan el empleo del tabaco como forma de afrontar el estrés y para mantener el peso entre las adolescentes, motivos señalados como inductores al tabaquismo. Es una necesidad enseñar a los adolescentes a controlar el estrés y el peso, y adaptarse a las modificaciones del entorno e influir a través de ello en la parte social y psicológica del modelo de conducta de fumar, ya que serán los únicos sobre los que actualmente podamos influir mientras seamos incapaces de actuar sobre la parcela biológica. Estos datos ponen de manifiesto el importante papel de los centros escolares en la prevención del tabaquismo, pero lamentablemente esta influencia es más teórica que práctica, pues sus resultados no son tan ventajosos como por lógica pudiéramos suponer.^{27, 46,8}

Nos podemos plantear, llegados a este punto, si el consumo de tabaco se está transformando en una epidemia pediátrica.¹¹⁰ Existe evidencia científica de que la exposición involuntaria al humo del tabaco ambiental, especialmente del hábito tabáquico materno como responsable y coadyuvante de diversas patologías pre y postnatales y de que el tabaquismo, consumo adictivo del tabaco, es la principal causa de muerte prematura evitable.^{110,111} Como ya hemos señalado que el inicio del hábito de fumar se produce en la adolescencia, se sabe que es más sencillo conseguir frenar el inicio que los fumadores dejen de serlo.^{112, 113} Es fundamental realizar un análisis de las consecuencias que para la salud infantil tiene la exposición al humo del tabaco, y como ya se ha comentado previamente, el consumo se produce cada vez en etapas más precoces de la vida. El tabaquismo materno presenta importantes efectos adversos sobre el crecimiento somático y la morbilidad respiratoria en las primeras etapas de la vida. En los recién nacidos y lactantes con exposición al humo del tabaco ambiental, se ha observado un incremento del número de hospitalizaciones debido sobre todo a patología respiratoria aguda: episodio de bronquiolitis,

sibilancias y neumonías, alteraciones de la función pulmonar que pueden persistir hasta los 18 meses de vida o incluso hasta la adolescencia en la que el tabaquismo se asocia de forma significativa con la presencia de síntomas respiratorios principalmente tos persistente, sibilancias de presentación tardía y asma bronquial.¹¹⁴ La disminución de la función pulmonar en los adolescentes fumadores se objetiva por una disminución de los flujos medios en las pruebas de función pulmonar, siendo más manifiesto en la mujer.

Si hablamos de epidemia pediátrica, se hace necesaria la participación activa del pediatra para disuadir a los niños en su no iniciación al consumo de tabaco y facilitar el abandono en los adultos fumadores. Si como personal sanitario, su papel es importante en la lucha antitabáquica, como pediatra su intervención es primordial para disminuir la incidencia de patologías asociadas al tabaquismo pasivo y para prevenir el desarrollo de patologías asociadas al tabaquismo activo en la adolescencia y la adicción al tabaco. Consideramos importante este hecho, ya que según los resultados obtenidos en un estudio realizado con 112 familias de fumadores pasivos con una edad media de 2 años, en los que se investigó la información que poseían sobre el tabaquismo pasivo, se halló que sólo en 6 niños (5,5%) el pediatra había preguntado sobre el tabaquismo doméstico.¹¹⁵ Con estos datos, consideramos el papel primordial que debe desempeñar el pediatra junto a otros profesionales en la prevención del tabaquismo, ya que sus actuaciones deben comenzar en el feto, junto con la implicación del obstetra y extenderse hasta la adolescencia, donde continuará la prevención en centros escolares. Toda historia clínica de un niño/a, debe contener información relativa al hábito tabáquico de sus padres y de los otros adultos convivientes. Si se trata ya de un adolescente, debe el pediatra incidir sobre su hábito tabáquico, y en el caso de ser fumador, sería interesante diagnosticar su grado de dependencia mediante el *Test de Fargeström* que, de una manera fácil y sencilla, nos determina el grado de dependencia a la nicotina que el adolescente presenta. Por tanto, el pediatra debe ser un agente de educación sanitaria proporcionando información (sobre los riesgos del consumo de tabaco), motivación (incitando a que el mensaje recibido se traduzca en conductas positivas para la salud) y por supuesto ayuda para conseguirlo

(mediante información sobre métodos de cesación, refuerzo positivo). Es importante que esta información llegue al niño/a antes de comenzar la adolescencia, para que, cuando desarrolle esta etapa de su vida, tenga afianzada una postura clara. La educación sanitaria debe ayudar al niño y al joven para tomar decisiones inteligentes respecto al consumo y no dejarse influenciar por amigos y compañeros. El niño es muy receptivo para el aprendizaje de conocimientos y la asimilación de hábitos, siendo la familia la que más influye en sus posteriores comportamientos, y al ser las imágenes primarias de identificación las parentales, el porcentaje más alto de adolescentes se observa en aquellos en los que sus padres son fumadores.¹¹⁶

El pediatra, en los primeros años, debe ejercer de educador sanitario de la familia y en especial en lo relacionado a la prevención del tabaquismo, función que debe ser complementada posteriormente por los maestros y los profesores en la escuela para conseguir un abordaje multidisciplinar, y por supuesto, por otros profesionales sanitarios especialmente Neumólogos.

Consideramos importante la utilización por parte del pediatra y de otros profesionales sanitarios, en las intervenciones de la cesación tabáquica de la regla de las “4 A”,¹¹⁷ que consiste en:

- Preguntar “ASK”: inquirir a cada paciente acerca de sus hábitos de consumo en cada una de las visitas.
- Aconsejar “ADVISE”: ofrecer motivos para la cesación de una forma clara y concisa en cada una de las visitas.
- Valorar “ASSESS”: con lo que se evalúa el grado de motivación para que el paciente deje de fumar.
- Ayudar “ASSIST”: establecer un plan de acción y seguimiento para ayudar a los pacientes que dejan de fumar.

En el caso de que nos encontremos ante un fumador se debe realizar lo que se denomina “intervención mínima”, que resulta muy efectiva, breve (3-5

minutos), Russell y otros ¹¹⁹ demostraron que el consejo breve y firme acompañado de una hoja informativa de instrucciones para dejar de fumar y el aviso de que se realizaría un seguimiento consiguió un 5,1% de abstinencia a los 12 meses de la intervención. Para que la intervención mínima sea eficaz, el consejo antitabaco debe ser claro, corto, serio y personalizado. Si se trata de niños con patologías asociadas que pueden beneficiarse de la cesación tabáquica de los padres, debe hacerse hincapié en los beneficios de ésta para la salud del niño.

Hemos querido señalar un protocolo de actuación cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de la población pediátrica, para ello la principal acción es el consejo antiexposición y su registro, realizado en el contexto de la visita de control del niño sano. Consideramos que los protocolos y normas de actuación deben de ir acompañados de consejo sanitario dirigido a los fumadores activos, con el fin de beneficiar a los fumadores pasivos, y, así reforzar la efectividad del protocolo.¹¹⁸ Este protocolo va dirigido a los padres de los niños con el fin de minimizar en lo posible la exposición pasiva al humo del tabaco sobre todo en el hogar, cuyas acciones preventivas deben ser ejecutadas por los profesionales sanitarios y se desarrollarán en las consultas de pediatría.¹²⁰

El registro de exposición pasiva al humo del tabaco fue un problema que comenzó a estudiarse en la década de los 80, no existiendo suficiente evidencia científica hasta la década de los 90 de la asociación causal entre tabaquismo pasivo y enfermedades infantiles.^{121,122} En el año 1997, Strachan y otros publicaron un metaanálisis en el que muestran la relación causal existente entre el hábito tabáquico de cualquiera de los padres y la enfermedad respiratoria aguda de las vías bajas en niños menores de 3 años con relación dosis-respuesta concluyendo que la existencia de mayor consumo de tabaco en alguno de los progenitores incrementa la patología asociada en los niños.^{12,23} En otro estudio similar del año 1998, Strachan DP y otros descubrieron la relación causal entre la severidad de la enfermedad asmática y el grado de tabaquismo familiar.¹²⁴ El Committee on Atherosclerosis and Hipertensión in Children, Council on Cardiovascular Disease in the Youth, para valorar la efectividad de la prevención de la exposición, considera que es necesaria una estrategia enérgica de Salud

Pública para reducir este problema en la infancia, con medidas de prevención primaria y secundaria.¹²⁵ Así mismo la American Academy of Pediatrics Comité on Substance Abuse¹²⁶ como el Comité on Environmental Health ¹²⁷ recomiendan preguntar a los padres en las visitas al pediatra sobre su hábito tabáquico e informar sobre los riesgos para el niño de la exposición ambiental al humo del tabaco, acciones que consideramos necesarias para romper el círculo familiar del tabaquismo.¹²⁸ Consideramos que, evitando el consumo en el hogar con precauciones simples adoptadas por los padres, se puede reducir mucho el grado de exposición en los niños, por lo que sería necesario actuar en el primer año de vida, ya que es el momento en el que se ha observado un aumento de labilidad del hábito tabáquico en padres fumadores con cambios conductuales positivos (abstinencia, reducción, no exposición).¹²⁹ Si se consiguen acciones preventivas que minimicen al máximo la intensidad de la exposición ambiental al humo del tabaco en la población pediátrica se pueden obtener los siguientes beneficios: menor riesgo de enfermedad alérgica, mejoría de la calidad de vida de niños asmático, presentando menos crisis de agudizaciones, reducción de la incidencia de síndrome de muerte súbita del lactante, menor absentismo escolar por tabaquismo pasivo y menor gasto de recursos sanitarios derivados del tabaquismo pasivo.

El protocolo de actuación ¹²⁰ seguido para la prevención del tabaquismo pasivo fue el siguiente. En primer lugar, en todas las visitas de control del Programa de seguimiento del niño sano se realizaban preguntas a cualquier familiar acompañante sobre el consumo de tabaco de los convivientes familiares (padres, hermanos) y sobre la exposición ambiental al humo del tabaco en el hogar (incidiendo en el consumo de tabaco de padres y hermanos en el hogar), así podían analizar el grado de exposición al que está sometido el niño. Después se realizó un registro de la situación en el hogar, y por último se daba el consejo antiexposición siguiendo las siguientes pautas de actuación:

1. Si en el hogar no existen convivientes fumadores se felicita a los familiares y se comenta las ventajas que derivan de no estar expuesto al humo del tabaco ambiental.
2. Si algún conviviente es fumador, se anima a dejarlo, explicando los beneficios derivados de no estar expuestos al humo del tabaco ambiental, con una personalización del consejo antiexposición en el caso en el que existan factores de riesgo ya presentes en el niño.
3. Si algún conviviente es fumador pero no está presente en la visita, se explica al acompañante del niño/a los beneficios de la no exposición, con una individualización del consejo antitabaco.

3.1.3. Etapas de iniciación y mantenimiento de la conducta de fumar.

3.1.3.1. Etapas de iniciación.

El proceso de fumar está constituido por diversas etapas que atraviesa la persona fumadora, denominado la carrera del fumador. En cada una de estas etapas influyen factores personales y del entorno del adolescente que analizaremos a continuación, considerando que la forma de actuar no es independiente y aislada, sino integrada, y variable para cada persona, convirtiendo el proceso de fumar en una situación muy compleja.¹¹

La primera de ellas, denominada fase de preparación e iniciación, caracterizada por los primeros contactos con el tabaco, momento en el cual es fundamental la pertenencia al grupo de amigos. El adolescente va creando una serie de expectativas relacionadas con el consumo de tabaco, y comienza a creer en la utilidad de hacerlo, piensa que si fuma será más independiente, más adulto (niño adultado) ó, incluso, reducirá su estrés. El joven va asumiendo que la conducta de fumar es considerada como algo “normal” ya que el entorno cercano (padres, hermanos, maestros) y todo lo que lo rodea (medios de comunicación...), está ejerciendo efecto sobre su conducta. Es la etapa en que los adolescentes forman sus actitudes y creencias sobre la utilidad de fumar, el

fumador futuro, primero se da cuenta de que fumar sería algo que podría decidir algún día. Esto genera en el joven la intención de realizar dicha conducta, incrementándose la posibilidad de probar el primer cigarrillo. Este hecho puede surgir a raíz de que los padres, hermanos o adultos con los que conviven sean fumadores. Con el tiempo, el preadolescente puede convivir con compañeros/as que también fuman, lo cual incrementa igualmente su curiosidad ante el tabaco. El hecho de no estar dispuesto a descartar la posibilidad de fumar en el futuro se ha propuesto como medida de transición a esta fase en el proceso de adición del hábito tabáquico entre los adolescentes jóvenes.¹³⁰ Aquellos que están abiertos a la posibilidad de fumar se denominan “susceptibles al tabaquismo” y son los que han dado el primer paso en el proceso de adopción.

Se podría afirmar que el proceso de convertirse en fumador comienza antes de que el individuo experimente, con el desarrollo de una predisposición cognitiva para fumar, mediante la cual los niños y niñas desarrollan actitudes acerca de fumar, y conciben una idea de lo que es fumar antes de haber tenido la experiencia. La experiencia con el primer cigarrillo no suele ser agradable, aunque en la mayoría de los casos no suele ser razón suficiente para frenar la conducta de fumar de muchos jóvenes. Suele ser una experiencia displacentera y desagradable denominada “borracheira del fumador”, dando lugar a la reacción tóxica de intoxicación por nicotina. En la fase de “iniciación” es donde los jóvenes hacen sus primeros intentos de fumar, probando el tabaco generalmente en presencia de amigos y compañeros. Los primeros cigarrillos producen efectos desagradables (mareo, náuseas, vómitos...), que en la mayoría de los casos no son un impedimento para continuar fumando posteriormente, al tiempo que también producen refuerzos psicosociales positivos. La primera experiencia con el consumo de tabaco parece decisiva existiendo estudios que reflejan que aquellas personas que experimentaron tos, náuseas o molestias de garganta tienen menos probabilidades de seguir fumando que las que sufrieron solamente mareos.^{31, 32} Un 85% de los sujetos dicen que el primer cigarrillo les dejó mal gusto y olor desagradable y un 87% menciona síntomas corporales como tos, mareo, calor en la garganta, dolor de cabeza o náuseas.¹¹ Si la

experiencia no es muy desagradable y los compañeros manifestaron su aprobación, es probable que el adolescente vuelva a fumar otra vez.

Señalamos en la fase de preparación e iniciación una serie de variables predictoras:

1. tener la mitad de los amigos fumadores, hecho que proporciona el modelado para desafiar y superar las connotaciones negativas del primer cigarrillo,
2. estar asociado a situaciones de desafío estresante, por ejemplo un cambio de colegio, que genera ansiedad, y
3. atracción o deseo de fumar, que resulta ser buena predictora hacia el segundo cigarrillo.

Los factores psicosociales de riesgo incluyen la influencia para fumar de los amigos, la percepción de que fumar es considerado como algo “normal” y la disponibilidad de cigarrillos. Se incluyen en esta fase los dos ó tres primeros intentos, casi siempre llevados a cabo en presencia de los amigos, aunque un pequeño porcentaje de chicos y chicas, lo hacen en su casa, en algún momento en que se encuentran solos. Los efectos fisiológicos que produce la nicotina junto con los refuerzos de tipo psicosocial determinarán que el individuo pase al siguiente estadio.

La segunda fase denominada “fase de experimentación”, es en la que se produce la repetición de la conducta de fumar durante un periodo más o menos largo, consumiendo en determinadas situaciones. Cuanto más se prolongue el periodo de experimentación, es más fácil que el individuo se convierta en fumador regular. Se repite la conducta de fumar, generalmente por curiosidad o por la presión del entorno de amigos, y esta repetición suele asociarse puntualmente a diferentes circunstancias, como fines de semana, fiestas, etc., sabiendo que aproximadamente la mitad de los jóvenes que prueban el tabaco pasan a ser fumadores regulares en unos 2 o 3 años. Esta etapa se prolonga durante los periodos en los que se producen los contactos iniciales con el tabaco

(meses/años). El adolescente puede rechazar la experimentación constante o ser más vulnerable a dicha experimentación. Los factores psicosociales de riesgo en esta fase incluyen las situaciones sociales y también los amigos que apoyan el hábito de fumar, la baja autoeficacia en la capacidad de rehusar los ofrecimientos de tabaco y la disponibilidad de cigarrillos. En esta etapa el adolescente fuma repetida pero irregularmente. Puede fumar esporádicamente en fiestas o cuando sale con los amigos, pues desea ser adulto y para ello repite reiteradamente las actitudes de los fumadores, que son adultos. En este momento existe una infravaloración de las consecuencias negativas del consumo de tabaco, por lo que la relación tabaco/ enfermedad es escasa.

La tercera fase denominada “habitación y mantenimiento” corresponde al momento en el que la persona se convierte en fumadora regular, ya que consume tabaco a diario. Si el joven ha probado múltiples cigarrillos es probable que se convierta en fumador habitual. En este periodo, el sujeto adquiere un patrón regular de consumo en determinadas situaciones, siendo cada vez más el número de las mismas. Los adolescentes que fuman, es probable, que lleguen a ser fumadores adultos, de hecho sólo un 12-20% de los fumadores adolescentes regulares dejan de serlo en la edad adulta. Los factores psicosociales de riesgo incluyen los amigos que fuman, la percepción de que fumar es de utilidad personal, y pocas restricciones para fumar en la escuela, el hogar y marcos comunitarios. En esta etapa los adolescentes fuman al menos una vez por semana en diversas situaciones e interacciones personales.

La cuarta es la “fase de adicción”, periodo en el que el fumador refuerza su hábito y se hace dependiente de la nicotina.¹³⁵ El adolescente ha desarrollado la necesidad psicológica de la nicotina. Existen estudios que demuestran que a partir de los 15 años de edad, un gran número de adolescentes dice haber fumado 100 cigarrillos, alcanzado este nivel la adicción es inminente, aunque hay adolescentes que siguen pautas de consumo intermitentes, pero cuando se repite este comportamiento, es más probable que se refuerce y se prolongue. Cuando fumar se convierte en algo frecuente se empieza a desarrollar la tolerancia y el adolescente comienza a fumar porque “necesita un cigarrillo”, la adicción es inminente y fumar se convierte en una conducta habitual que

desemboca en el tabaquismo diario. El proceso de adopción del hábito tabáquico finaliza cuando se produce la adicción.¹³³

Ya desde el año 1964, la Organización Mundial de la Salud definía la dependencia de una sustancia: "Es el estado psíquico, y a veces, físico, resultante de la interacción entre un organismo vivo y una sustancia, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre una pulsión a consumir la sustancia de forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación del tóxico. Este estado se acompaña o no de tolerancia. Un mismo individuo puede ser dependiente de varias sustancias," así podemos comprender mejor el proceso de adopción de la conducta tabáquica.

Estudios longitudinales con adolescentes han demostrado que aproximadamente el 50% de los jóvenes que admiten haber fumado 100 cigarrillos en su vida continúan haciéndolo 16 o 20 años más tarde.¹¹ Antes de llegar a esta fase de adicción, existe un tránsito fluido entre etapas de fumar y no fumar, clásicamente se establece en 100 cigarrillos el umbral por encima del cual aparecería la adicción, aunque puede que el joven pase mucho tiempo en etapas anteriores hasta alcanzar la verdadera adicción.

Prevenir que los adolescentes comiencen a fumar debería ser una prioridad para la Salud Pública, para intentar evitar que un individuo que aún no ha completado el proceso de fumador se transforme en fumador establecido. Cualquier intervención efectiva para prevenir la adicción al tabaco debe basarse en el conocimiento del proceso que conduce a convertirse en adicto al tabaco, de ahí la importancia de su conocimiento.

Uno de los estándares más importantes actualmente como referencia para el diagnóstico de la adicción es el Manual de Enfermedades y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría, conocido por sus siglas en inglés DSM-IV¹³⁷ el cual, en su cuarta versión, incluye criterios para el diagnóstico tanto de la adicción química como para otros desórdenes relacionados con el uso de psicotrópicos tales como: el abuso de sustancias, la intoxicación y el síndrome

de abstinencia, así como de las psicosis inducidas por el uso de drogas. Todo ello constituye una base suficiente para considerar a un individuo sano como adicto, si cumple con al menos tres de los criterios establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)¹³² para determinar la adicción al tabaco.

En la actual edición del DSM-IV se establecen unos criterios para el diagnóstico de la dependencia química y propone aplicar estos criterios a cada una de las sustancias:

- Tolerancia, definida por: una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- Abstinencia, definida con cualquiera de los siguientes *items*: el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o se toma la misma sustancia (o un muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia caracterizado por:
 - la sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.
 - existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
 - se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo visitar a varios médicos o desplazarse en largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo fumar un cigarrillo tras otro), o en la recuperación de sus efectos.

- reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia (p.ej. consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión rebote).

Antes de llegar a la fase de abandono, el fumador pasa por seis estadios de cambio, descritas por Prochaska y otros ¹³⁶ denominadas:

- precontemplación,
- contemplación,
- preparación,
- acción,
- mantenimiento, y
- consolidación.

Por último describimos la “fase de abandono”, que no se produce en todos los fumadores y que se caracteriza por el planteamiento de dejar de fumar y el abandono del mismo en aquellos que lo consiguen. ¹³⁴

3.1.3.2. Mantenimiento y consolidación de la conducta de fumar.

Tras analizar las etapas de iniciación en el consumo de tabaco, es interesante estudiar por qué se produce el mantenimiento y la consolidación de la conducta de fumar. Evitar el consumo de tabaco durante la adolescencia representa uno de los objetivos principales en los esfuerzos para reducir el número de víctimas producidos por el consumo de cigarrillos.¹⁴¹⁻¹⁴² Se ha

estimado que la mitad de adolescentes que continúen fumando regularmente, morirán prematuramente de enfermedades atribuibles al tabaco, por tanto, si se consigue una reducción en la prevalencia del consumo de tabaco en la adolescencia, puede ser esperanzador para alcanzar un impacto significativo a largo plazo en el conjunto de los porcentajes de fumar y en la morbilidad y mortalidad asociada. Existen pocas investigaciones de intervención centradas específicamente en ayudar a los jóvenes a dejar de fumar.^{138, 139}

Definimos la persistencia del tabaquismo como la constancia de fumar de manera activa en relación con el tiempo, que se puede presentar con o sin la dependencia de la nicotina. Múltiples estudios describen los factores vinculados con la persistencia del tabaquismo, Johnson y otros evalúan esencialmente la función de la familia respecto a la continuidad y la dependencia de la nicotina, estos autores refieren que en ausencia de dependencia, el riesgo de que una persona continúe fumando se relaciona de manera muy positiva con la existencia en la familia de fumadores regulares. Sin embargo, en aquellos fumadores que son persistentes y además sufren la dependencia de la nicotina, la presencia de familiares que son fumadores regulares no tiene efecto alguno y los autores concluyen diciendo que la dependencia de la nicotina no parece ser la única vía de desarrollo de la persistencia del tabaquismo a partir del tabaquismo familiar.¹⁴²

Los nuevos consumos se deben a otros dos factores: por un lado, a los efectos psicofarmacológicos de la nicotina, pues se difunde por todo el organismo, atravesando rápidamente la barrera hematoencefálica en sólo unos segundos desde su inhalación, produciéndose el efecto de tolerancia, es decir, después de varias dosis se produce un menor efecto de la droga, por lo que hay que aumentar la dosis para conseguir el mismo efecto; el segundo factor es su funcionamiento como reforzadores positivos, ya que la droga puede servir como estímulo que fortalece la conducta y hace que se continúe fumando. Pero las drogas pueden producir efectos aversivos bajo ciertas circunstancias y pueden modificar por tanto la conducta, a la vez que pueden producir un incremento gradual del control que ejerce sobre el individuo y en este sentido la nicotina actuaría como un reforzador negativo.¹⁴³⁻¹⁴⁴

Una vez que se ha experimentado con el consumo de cigarrillos, en poco tiempo se pasa a fumar de forma regular en la mayoría de los casos. La primera experiencia, como hemos comentado previamente, en el adolescente, parece decisiva, encontrándose muy frecuentemente que aquellas personas que experimentaron tos, náuseas o molestias de garganta tienen menos probabilidades de seguir fumando que las que sufrieron solamente mareos, ya que los primeros cigarrillos producen efectos desagradables.

La nicotina produce efectos de forma aguda y crónica. De forma aguda actúa sobre el sistema nervioso central (SNC) produciendo euforia, aumento de las funciones cognitivas, alteraciones del estado de ánimo, sobre el sistema nervioso periférico (SNP) da lugar a cambios en frecuencia cardíaca, aumento de la tensión arterial y vasoconstricción arterial. Cuando una persona da una pipada de su cigarrillo, la nicotina tarda en llegar al cerebro unos 7-10 segundos. Allí, se une a los unos receptores (nAChrs) localizados en los cuerpos celulares de las neuronas dopaminérgicas mesoestriatales, produciendo sensaciones gratificantes, por lo que se considera que produce un efecto reforzador positivo directo, es decir, el sujeto se ve gratificado con una serie de efectos placenteros que ya en un futuro asociará con fumar.¹⁴⁴ De forma crónica la nicotina produce tolerancia, se precisan dosis progresivamente crecientes para conseguir los efectos deseados, mientras que la suspensión del aporte de nicotina produce un síndrome de abstinencia que se caracteriza por producir ansiedad, irritabilidad, aumento del apetito o de peso, nerviosismo o insomnio entre otros factores.

La persistencia del tabaquismo se fortalece con el número de cigarrillos que el joven fumaba el día que comenzó su consumo. Se ha observado que el adolescente que fumaba al principio más de 15 cigarrillos diarios tiene más probabilidad de desarrollar dependencia a la nicotina y, por lo tanto de persistir en el tabaquismo.¹⁴² En la continuación del tabaquismo de la adolescencia a la edad adulta, se han referido la dependencia de la nicotina que acabamos de analizar y el vínculo con los síntomas de abstinencia.¹⁴³ Desde que se consume de forma experimental el tabaco hasta que se desarrolla la tolerancia física, transcurren entre uno y tres años. Una vez que el fumador ha establecido la dependencia física, el límite superior de cigarrillos que puede fumarse al día es

muy elevado, pero debido al paso de la nicotina a sangre procedente del árbol respiratorio la sobredosificación resulta difícil; no obstante, cuando el fumador consume menos de lo habitual, aparecen los síntomas de abstinencia que hemos comentado anteriormente.

La relación entre consumo de alcohol y tabaco en adolescentes, es considerado un aspecto conductual, comprobándose, que el 74% de los episodios de fumar en éstos, ocurre bajo la influencia del alcohol, ya que para estos sujetos fumar y consumir alcohol de modo simultáneo representa una experiencia muy positiva, evaluándose la relación recíproca entre consumo de alcohol y tabaco y demostrándose que el consumo de alcohol se vincula con el inicio de la dependencia del tabaco en los estudiantes.^{144,145} Los adolescentes sometidos a tratamiento para dejar de consumir alcohol o drogas, muestran elevadas tasas de tabaquismo, adolescentes, que al concluir su tratamiento suelen readoptar el hábito con posterioridad.¹³⁹

Fumar es una secuencia de conductas que, como hemos visto previamente, son conductas aprendidas y actúan como condicionantes. Las circunstancias que rodean al fumador, en este caso al adolescente, pueden llegar a facilitar la perpetuación en el tiempo del acto de fumar, visión de la cajetilla, encendedor, color y olor del tabaco, ceniceros, asociación con circunstancias cotidianas de la vida diaria (café, copas, etc.), o la costumbre de tener el cigarrillo entre los dedos y los labios. Estas circunstancias pueden facilitar el mantenimiento y llegar a evocar respuestas muy similares a los efectos farmacológicos producidos por la nicotina, lo cual refuerza la conducta del fumador. La acción de fumar va asociada a numerosas situaciones de la vida cotidiana ó a situaciones de tensión, a las que ya hemos aludido, que pueden conducir a cambios en el estado de ánimo, circunstancias que pueden convertirse en estímulos para encender el cigarrillo. En ocasiones estas circunstancias son tan responsables de las recaídas de las personas que han dejado de fumar como la abstinencia nicotínica.⁷³

Los aspectos psicológicos muestran que la adicción a las drogas, como ya hemos comentado, es un trastorno cerebral mediado por componentes neurobiológicos. El cerebro “adicto” difiere del “no adicto” de una forma

cualitativa, con una disminución general del metabolismo de la glucosa, o con cambios en la expresión de los genes que tienen lugar en las neuronas. Las sustancias adictivas ejercen su acción sobre el sistema dopaminérgico-mesolímbico, que se encuentra situado en el área tegmentaria ventral del mesencéfalo, y asciende hacia el *núcleo accumbens* y los campos prefrontales de la corteza cerebral. Los opiáceos, la cocaína, las anfetaminas, la marihuana, la cafeína, el alcohol y la nicotina dan lugar a liberación de dopamina desde el *núcleo accumbens*, llamado sistema de recompensa porque produce un reforzamiento positivo y crea dependencia. La abstinencia, componente importante en la adicción, está mediada por la noradrenalina, y se relaciona con las neuronas del *locus coeruleus*. Cuando un sujeto adicto se abstiene, disminuye la cantidad de esta sustancia y se activan de forma anormal las neuronas noradrenérgicas situadas en el *locus coeruleus*, dando lugar a los síntomas de abstinencia.

Desde el punto de vista científico, la nicotina ejerce su acción sobre el sistema nervioso cuando se une a los llamados receptores nicotínicos (nAChRs). Estos pertenecen a la clase I de receptores cerebrales y están formados por unas estructuras proteicas pentaméricas que cambian su configuración espacial cuando la nicotina se une a ellos. Se localizan preferentemente a nivel presináptico y, cuando son activados, liberan sustancias mediadoras, fundamentalmente acetil-colina, dopamina, noradrenalina y serotonina. La liberación de dopamina y noradrenalina parece ser la responsable de los efectos gratificantes y del síndrome de abstinencia respectivamente. Está demostrado que la nicotina en el cerebro estimula la liberación de dopamina, produciendo un repentino aumento de la misma, lo cual es una característica que distingue drogas que producen efectos relativos a la dependencia de sustancias adictivas. A través del sistema de transmisión noradrenérgico se obtiene el efecto reforzador negativo, relacionado con el sistema de neurotransmisión colinérgica y noradrenérgica, que hace que no aparezcan los efectos desagradables que presenta el sujeto cuando no fuma (síndrome de abstinencia).

Un fenómeno conocido relacionado con el consumo mantenido de nicotina es el concepto de neuroadaptación. En general se acepta que tras una

administración mantenida de nicotina, los efectos de la transmisión dopaminérgica y noradrenérgica relacionados con la administración aguda de la droga se encuentran sometidos a procesos de neuroadaptación. Cuando los receptores nAChR se encuentran estimulados de forma repetida por el consumo regular de cigarrillos, estos receptores se desensibilizan y se llega a una verdadera hipofunción de los sistemas dopaminérgicos y noradrenérgicos. En esta situación existen una serie de respuestas compensatorias al efecto agudo de la nicotina que no se observan durante ese consumo mantenido, pero que sí se manifiestan cuando se deja de consumir.^{149,150} Desde que se consume de forma experimental el tabaco hasta que se desarrolla la tolerancia física, transcurren entre uno y tres años. Una vez que el fumador ha establecido esta dependencia, el límite superior de cigarrillos que puede fumarse al día es muy elevado, pero debido al paso de la nicotina a sangre procedente del árbol respiratorio sobre dosificación es difícil; no obstante, cuando el fumador consume menos de lo habitual, aparecen los síntomas de abstinencia.

Mediante estudios de imagen obtenidos con resonancia nuclear magnética (RNM) se demuestra que los fumadores, cuando se exponen a señales visuales que tienen relación con el tabaco, presentan valores de atenuación de la RNM mayores que cuando se exponen a imágenes sin relación con el tabaco. El incremento en la señal se produce, sobre todo, en las zonas del circuito dopaminérgico-mesolímbico de recompensa.¹⁵¹

En la persistencia del consumo de tabaco también influye la negación, minimización o despersonalización de las consecuencias del tabaco, ya que una vez que la persona ha pasado a ser un fumador regular, no reconoce ciertos datos referidos a la salud. El adolescente pierde la conciencia salud-enfermedad, infravalorando las consecuencias del tabaco, piensa que los datos que se aportan en este sentido no le atañen o no le van a afectar ni a corto ni a largo plazo, argumentos que se ven contrarrestados por el efecto reforzante de la nicotina. Las personas que consolidan el consumo comienzan a descubrir (descubrimiento costoso a largo plazo) que mediante este pueden reducir el estrés, lo utilizan como estrategia de afrontamiento antes diversas situaciones, este es el caso, por ejemplo, en el control del peso, al aprender que fumando se

puede regular fácilmente el peso corporal, utilizando el consumo como herramienta psicológica para afrontar determinadas situaciones. Esto, sin duda, tiene unas consecuencias a largo plazo poco beneficiosas ya que obstaculizan el abandono y facilitan las recaídas.

En cualquier caso, todos o algunos de los factores que hemos analizado pueden influir en un adolescente de forma conjunta, concomitante y prioritaria, por lo que su análisis puede ser sumamente complejo, pero a la vez muy importante para planificar estrategias de prevención y tratamiento integrado del tabaquismo. La cesación en el consumo de tabaco comienza con el deseo positivo de dejar de fumar y el abandono del hábito se vincula en grado notable con el entorno familiar y el de los amigos, además de la presencia de Reglamentos que prohíban fumar de forma que si en el entorno del adolescente está prohibido fumar es más probable que disminuya la prevalencia del consumo.

3.2. Programas preventivos de tabaquismo: una revisión.

El problema del consumo de tabaco se empieza a afrontar en Estados Unidos, poniendo en práctica acciones educativas, siendo los autores que iniciaron los primeros Programas preventivos Brauchth y otros en 1973, los cuales consideraron que la mejor manera de iniciar la prevención era impartiendo clases de Educación para la Salud en la mayoría de *High School*, desarrollando en sesiones la prevención del consumo de tabaco.¹⁵² De esta forma, se desarrollaron e implementaron los primeros Programas preventivos, los cuales consideraban que el consumo de tabaco era la consecuencia de la falta de información acerca de los riesgos asociados a dicha sustancia, utilizando en este caso el “Modelo Teórico” para intentar explicar este consumo.¹⁵³ Otros autores, en la misma línea, señalan que si proporcionamos dicha información a los jóvenes, éstos actuarán de forma racional evitando que nada perjudique a su organismo.¹⁵⁴ Durante la década de los 70, la mayoría de los Programas preventivos aplicados incluían como único componente preventivo la información sobre los riesgos para la salud asociados a dicho consumo, basándose en el Modelo Teórico que acabamos de analizar.¹⁵⁵ Algunos autores señalan también la necesidad de, no sólo, limitar los Programas a tareas meramente informativas, sino también al desarrollo de otros recursos para la búsqueda de la propia identidad, sin perder de vista, por ejemplo, la influencia de los factores emocionales.¹⁵⁶ Sin embargo en la práctica casi todos los Programas hacían de la información el elemento fundamental, por encima de otros aspectos, significando y dando protagonismo a los profesores.¹⁵⁷ Los métodos aplicados con la participación del profesorado incluían también la participación de los jóvenes en discusiones y asambleas ..., así como el reparto de posters, proyecciones de películas..., en Programas de diferentes duraciones.¹⁵⁸⁻¹⁶¹ Los resultados obtenidos tras el desarrollo de la mayoría de estos Programas, no fueron muy satisfactorios, ya que no se obtuvieron cambios importantes en la prevalencia ni en la frecuencia de consumo. El método aplicado no era el correcto.

Holland en 1968 realizó un trabajo preventivo en Inglaterra dirigido a niños/as de primaria y secundaria, en el que ya no sólo aplica el “Modelo Teórico”, pues añadía visitas a los colegios experimentales y propaganda contra el tabaco, al tiempo que realizaba una previa evaluación de la prevalencia mediante autoinformes, evaluando también la frecuencia de los síntomas como la tos y la expectoración. Los resultados obtenidos permitieron valorar que los fumadores presentaban más síntomas respiratorios que los no fumadores, pero tampoco fue especialmente satisfactorio.¹⁶² Sin embargo, el Programa realizado en Suiza por Bierner en 1975, mostraba unos resultados diferentes, ya que consiguió disminuir el consumo de tabaco en el grupo de fumadores respecto al control.¹⁶³

Berberían y otros¹⁶⁴ en la misma década, revisaron 27 Programas preventivos para comprobar de qué manera habían evaluado su efectividad y el grado de rigor científico con el que habían sido diseñados. Encontraron que en ocho de ellos, la evaluación consistió en preguntar a los evaluadores y a los sujetos que habían recibido las sesiones, cuál era la impresión subjetiva acerca de la efectividad. En siete de los Programas, solamente se había comprobado la efectividad a través de la evaluación de las actitudes y de los conocimientos acerca del consumo de tabaco, sin embargo, en la mayoría de los casos, se logró un cambio positivo. Los doce restantes, que medían a través de un Informe los resultados del consumo de tabaco al finalizar la intervención, tampoco resultaron satisfactorios, de manera que estos primeros Programas tienen resultados inciertos, pero marcan el inicio de un proceso.

En definitiva la existencia de otros Programas preventivos con resultados desiguales permite evaluar resultados positivos, como en el caso de los siguientes autores: Beckerman (1963), Bierner (1975), Cramer (1963), Estrin (1965), Morison (1964), Rabinowitz y Zimmerli (1974).^{163,165,166,167,168} En el caso del Programa implementado por Beckerman, se obtiene un cambio de actitudes, siendo su resultado positivo. El diseñado por Rabinowitz y Zimmerli consiguió incrementar el grado de conocimiento acerca de las consecuencias para la salud del consumo de tabaco.

Evans y Borgatta (1970) aplicaron otro Programa a estudiantes universitarios de primer curso, cuya evaluación permitió reconocer el incremento de consumo de tabaco, ya que al comenzar a vivir solos se hacían más “rebeldes”.¹⁶⁹ Otro estudio interesante es el llevado a cabo por Creswell (1969) que evaluó si era mejor informar acerca de los riesgos para la salud a corto o largo plazo. El autor demostró que existían cambios cuando se informó a corto plazo, y aunque no evaluó el consumo, si observó que existía un cambio de actitud en aquellos alumnos/as que habían recibido información a corto plazo.¹⁷⁰ Por el contrario, Merki (1968), destacó que para incidir en el cambio de los hábitos era mejor informar de los efectos a largo plazo.¹⁷¹ Horn (1960) señaló que la única aproximación efectiva para lograr el cambio de conducta era la de presentar las tres facetas de la cuestión (presentar los aspectos negativos y positivos del hábito de fumar, animar a los jóvenes a adoptar un papel de adulto y presentar el material de manera autoritaria), encontrando más efectivo el método de adopción de un papel de adulto.¹⁹⁸

Posteriormente el Programa llevado a cabo por Piper, Jones y Matthews (1970,1971, 1974) desarrolló un modelo en el que algunos estudiantes acudían a un seminario sobre tabaco y salud, para posteriormente intentar transmitir lo aprendido a los compañeros de su mismo curso. La evaluación permitió valorar que este Programa les hizo más responsables, con lo que se redujo el porcentaje de fumadores.¹⁷² Otros autores han buscado como objetivo el cambio de imagen de los fumadores y no fumadores, basándose en la idea de que el hábito de fumar podría ser adquirido por modelado, de ahí el interés de que los fumadores dejen de ser modelos atractivos. Sin embargo, se demostró que era preferible mejorar la imagen del no fumador.¹⁷³

Revisados los Programas llevados a cabo entre 1960 y 1975, llegamos a la conclusión de que la labor preventiva fue escasamente eficaz y, en algunos casos, incluso contraproducente, parece ser que la causa puede ser el “Modelo Teórico explicativo del consumo de tabaco” utilizado en estos Programas.

Tras la revisión del “Modelo Teórico”, nos parece importante analizar el “Enfoque de las habilidades sociales “en relación al consumo de tabaco. En los

años 70, Richard I. Evans y otros dan un giro a la investigación en la prevención del consumo de drogas, iniciando lo que se conoce como “Enfoque de habilidades sociales”, con bastante repercusión para el desarrollo de los Programas de prevención. El grupo de Houston desarrolla cuatro modelos teóricos, que contribuyeron de forma significativa al “Enfoque de las Influencias Sociales”: la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977), la Teoría del Desarrollo Social de Erickson (1963), la Teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget (1960), y el Modelo de Comunicación-Persuasión de McGuire (1961).

Evans encuentra en la aplicación de la Teoría de Bandura sugerencias muy interesantes respecto a la adquisición del hábito de fumar, señalando que es la observación lo que lleva a los niños y adolescentes a aprender conductas y a desarrollar expectativas respecto a dicho hábito. El modelado puede facilitar la iniciación respecto al consumo frente a las expectativas del niño, contribuyendo a que éste comience a fumar.¹⁷⁴ También ciertos factores de la personalidad pueden incrementar la influencia del modelado social, como la baja autoestima o la dependencia. Respecto a la Teoría del Desarrollo Social de Erickson, Evans significa cómo influye el grupo de iguales en el comportamiento del adolescente, por ello, si el entorno de amigos fuma, puede propiciar el inicio del consumo de tabaco. También subraya la necesidad que tiene el adolescente de expresar su independencia y su autonomía frente a las figuras parentales y experimentar nuevos estilos de vida, en los que se puede incluir el inicio de consumo de tabaco. Como comentamos en el estudio de Evans en el año 1970, vivir independiente de los padres provoca un mayor riesgo de incremento de consumo. La Teoría del Desarrollo Psicológico de Piaget hace considerar a Evans que durante los primeros años de la adolescencia entre los 11 y 13 años tiene lugar la transición al desarrollo cognitivo más avanzado -operaciones formales-, y es en este momento en el que el adolescente obtiene la capacidad para reevaluar creencias previas contra el tabaco inculcadas por figuras de autoridad y antes aceptadas acriticamente.¹⁷⁵ Otra Teoría que trata de intentar introducir el cambio de actitudes se denomina Teoría de la Comunicación-Persuasión de McGuire.¹⁷⁶ Evans considera que la “estrategia de la inoculación para el cambio de actitudes” es el recurso idóneo para ayudar a los adolescentes

a hacer frente a presiones procedentes del entorno social que le empujen a iniciarse en el consumo de tabaco. Con esta Teoría se pretende preparar al adolescente para que pueda resistir eficazmente las presiones favorables al consumo de tabaco procedentes del entorno social antes de que se vean expuestos a ellas, de la misma forma que las vacunas preparan al organismo para responder a los microorganismos que pudieran amenazarlo. A modo de conclusión podemos señalar que Evans relaciona todas estas aportaciones teóricas y considera que la combinación de una serie de factores relacionados con el ambiente social y la personalidad del adolescente da pie a la formación de una serie de predisposiciones psicológicas favorables o contrarias al consumo de tabaco.

Continuando con la revisión, nos centramos ahora en los Programas desarrollados entre los años 80 y 90, sólo algunos de estos llevados a cabo por maestros consiguieron un resultado positivo al realizar la evaluación post-intervención. El resultado positivo consistió en una disminución de la prevalencia al finalizar el estudio.¹⁷⁷⁻¹⁸⁰

Otros Programas preventivos, implementados por iguales, son más numerosos presentando resultados positivos en la etapa post-intervención, sin embargo siguen siendo de corto alcance, pues obtienen una disminución de la incidencia en el 10% de los casos.¹⁸¹ Otros presentan defectos metodológicos como la reducción en el número de sujetos, pruebas estadísticas inadecuadas..., Mc. Alister, Perry (1980-1979), Hurd (1980), Tech, Killem (1982), Telch, Miller (1990).^{182, 183, 184.} Otros estudios, junto al problema de diseño, incurren en el hecho de que los resultados desaparecen por completo en el seguimiento. Otro tipo de Programa utilizado por Tech y Killem, en el año 1982, desarrolló el entrenamiento a la resistencia que consiste en enseñar a los adolescentes expresiones verbales con las que afrontar la presión producida por la publicidad y el grupo de iguales, considerando que si el adolescente está entrenado podrá afrontar mejor la presión del grupo de iguales.

Estos Programas muestran un resultado positivo, pero de nuevo presentan grandes problemas de diseño.¹⁸⁵⁻¹⁸⁸ En otros estudios los efectos preventivos

significativamente logrados desaparecen en el seguimiento.^{189, 190,191} Un Programa que logró una mayor difusión es el denominado proyecto DARE (*Drugs Abuse Resistance Education*), pero con escasos resultados prácticos, pues su aplicación señaló que no se produjo ningún efecto preventivo respecto al consumo de drogas ni a la intención de fumar en el futuro.^{192- 197}

Finalmente algunos Programas comparan la efectividad de las intervenciones guiadas por adultos con las aplicadas por los iguales obteniéndose unos resultados contradictorios, pues en unos las condiciones implementadas por los iguales presentan un menor consumo como es el caso de Murria¹⁹⁸ y Tech.¹⁹⁹. En otros casos no aparecen diferencias, de manera que el resultado no varía si la intervención es llevada a cabo por un adulto o por un adolescente.²⁰⁰⁻²⁰¹ En definitiva estamos comprobando cómo estos Programas han aportado escasos avances en EPS situación que contrasta con un trabajo muy interesante realizado por Elder, que señaló que la competencia de los adolescentes en rechazar la presión de sus iguales no estaba relacionada con el consumo de drogas, lo que sugiere que el resultado no se debió al entrenamiento de las habilidades sociales.^{186,202} Graham y otros,²⁰³⁻²⁰⁴ llegaron a la misma conclusión tras aplicar un análisis similar a los sujetos que estaban incluidos en *Adolescent Alcohol Prevention Ttrial*, en esta investigación se ha encontrado una relación negativa estadísticamente significativa entre habilidades de resistencia y consumo de drogas.

Por otro lado, los Programas basados exclusivamente en el “Entrenamiento de las habilidades sociales” para hacer presión social pueden acarrear un efecto contrapreventivo, al transmitir que el consumo de tabaco es algo frecuente y extendido, ya que el adolescente al estar rodeado de consumidores, tanto en el grupo de iguales como en el de adultos con los que convive, se verá expuesto a la presión de consumir y, por tanto, debe estar preparado para cuando esto ocurra. El Programa de prevención basado en el “Enfoque de las influencias sociales” que ha obtenido un resultado aceptable a largo plazo con una reducción del consumo en un 10%, ha sido *Minnesota Herat Health Program*, en el que antes del entrenamiento de las resistencias se realizaron varias sesiones para corregir la sobrestimación de consumo. Este

Programa fue de promoción de hábitos de vida saludables entre los adolescentes, que además de la prevención del tabaquismo incluyó pautas de alimentación y ejercicio físico saludables, e incorporó otros componentes como las consecuencias a corto plazo o el compromiso público.²⁰⁵⁻²⁰⁶

Debemos concluir diciendo que la adquisición y perfeccionamiento de las habilidades para hacer frente a la presión por parte de los iguales a favor del consumo debe estar presente en dichos Programas como un componente secundario, pues si el adolescente es capaz de desarrollar habilidades sociales para hacer presión al grupo de iguales, se puede conseguir una disminución del consumo.

El enfoque “ Entrenamiento de Habilidades para la Vida”, en un Programa preventivo de consumo en el adolescente propuesto por Gilbert y Botvin en la Universidad de Cornell, desarrollado en los años 80, constituyó una aportación prestigiosa y reputada.²⁰⁷⁻²¹⁰ Sus características y componentes son las siguientes:

- favorecer el desarrollo de la toma de decisiones y de la solución de problemas así como fomentar el desarrollo de un pensamiento crítico e independiente;
- enseñar habilidades que permitan identificación, análisis e interpretación de las influencias que procedan de los medios de comunicación, y que favorezcan la resistencia a las mismas;
- proporcionar habilidades de autocontrol a los adolescentes para afrontar la ansiedad;
- facilitar los principios básicos que rigen el cambio de conducta personal para intentar mejorar la autoestima y disminuir la susceptibilidad a la presión social indirecta a favor del consumo;

- habilidades de comunicación verbal y no verbal;
- habilidades sociales generales;
- información acerca de la decreciente aceptabilidad social y del consumo de otras drogas...

Los últimos estudios se dirigieron a comprobar la eficacia relativa de los enfoques genéricos frente a los culturalmente adaptados, aquéllos diseñados teniendo en cuenta las particularidades en las diferentes minorías o grupos sociales, también en el seguimiento a largo plazo de la efectividad y su aplicación a nuevos cohortes.²¹¹

Como comentamos anteriormente al existir fallos en el aspecto metodológico, Botvin y su equipo han tratado de revisar y mejorar algunos otros aspectos, que antes en la década de los 90 habían sido inadecuados (ampliación de las muestras, la utilización de la unidad de aleatorización como unidad de análisis, la asignación aleatoria de las escuelas, la aplicación de técnicas de análisis estadístico apropiados y el uso de estrategias para incrementar la sinceridad de los autoinformes), con esto Botvin incorporó la técnica “*bogus pipeline*” que Carrasco y Luna (2002) consideran que en su forma verbal es más ineficaz, aunque esta técnica pretende valorar la sinceridad de los autoinformes respecto al consumo de tabaco.²¹²

Dos Teorías fundamentan las estrategias preventivas del “Entrenamiento de las habilidades sociales”. La teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977) comentada previamente explica cómo a través de la observación el niño/a aprende conductas y desarrolla expectativas sobre las consecuencias positivas o negativas de fumar, de forma que el aprendizaje de estas expectativas podría influir de forma importante en la decisión última de fumar como venimos señalando. Por otro lado, la Teoría del Comportamiento Problemático de Jessor²¹³ señala que los adolescentes que se embarcan en conductas problemáticas las perciben como funcionales, ya que con el desarrollo de estas conductas pueden hacer frente a su entorno, consiguiendo los objetivos que desean. El consumo de tabaco es una conducta socialmente aprendida que se

adquiere por modelado y reforzamiento, resultado de la compleja interacción entre múltiples factores socioculturales, biológicos, genéticos, ambientales, como hemos señalado reiteradamente. Factores que van a modelar e interactuar con las expectativas cognitivas del adolescente que se relaciona con las drogas, dentro de las cuales están los conocimientos, actitudes y normas, relacionadas con sus competencias generales, las habilidades de automanejo, las habilidades sociales y las habilidades específicas para resistir la influencia que ejercen los medios de comunicación y el grupo de iguales a favor del consumo.²¹⁰ Así mismo, el grado de influencia que ejerzan los factores ambientales sobre el adolescente dependerá también de factores psicológicos: autoeficacia, autoestima, sentido del control personal, ajuste psicológico, ansiedad.

Según Newcomb (1992),²¹⁴ el consumo de tabaco se conceptualiza desde un enfoque basado en los factores de riesgo, de forma que a mayor riesgo que presente un individuo mayor será la probabilidad de que se convierta en consumidor.

3.2.1. Programas preventivos de tabaquismo desarrollados en el contexto educativo.

La escuela es el lugar donde se acoge a la población infantil y juvenil durante el periodo de vida en el que resulta más fácil asimilar conocimientos y adoptar actitudes más duraderas, por tanto es un espacio idóneo para desarrollar Programas preventivos. Su objetivo debe ser plural tratando de que aquellos adolescentes que aún no han experimentado con el tabaco continúen sin hacerlo, que los experimentadores ó fumadores regulares dejen de fumar, y que los que desean hacerlo y lo han intentado sin conseguirlo dispongan de ayuda ó soporte adicional para alcanzarlo. El éxito de estas actuaciones depende de la acción coordinada de todos los miembros de la Comunidad escolar (padres, profesores y alumnos/as), del apoyo de otros profesionales y del medio social en el que este inmersa la escuela, por lo que podemos considerar que debe ser asumido por toda la comunidad para poder alcanzar los objetivos que pretende, adoptando un papel multidisciplinar. Dentro de la Comunidad escolar, los profesores son el pilar fundamental sobre el que deben establecerse,

pues son el mejor instrumento social para la transmisión de los conocimientos facilitando la adquisición y consolidación de actitudes saludables y duraderas, pues los educadores pueden actuar directamente y cotidianamente con sus alumnos/as (de forma individual o colectiva), o, a través del claustro de profesores, desarrollando contenidos antitabaco en las diferentes asignaturas y realizando actividades colectivas que estén integradas en el Proyecto educativo del Centro.

Existen varios factores que determinan que la EPS no sea, en la práctica, más asumida por el profesorado. Un factor importante es la infravaloración por parte de los educadores del número de alumnos/as que fuman y la intensidad con que lo hacen. Además, en ocasiones también es la falta de información y formación adecuada sobre los contenidos y los instrumentos necesarios para desarrollar la EPS en la escuela, a pesar de que ya existan numerosos instrumentos elaborados, pero probablemente poco difundidos en ésta. Por ello sería necesario aumentar la comunicación entre educación y sanidad, pues llevaría a una mayor implicación de los profesionales sanitarios en este tipo de actividades, de manera que se involucrasen más en el Proyecto educativo del Centro, colaborando con los docentes en temas de la salud y en el desarrollo de actividades específicas, más relacionados con el estímulo a los profesores, que con actividades de participación directa. Los Centros escolares también pueden recibir otro tipo de apoyo, por ejemplo la colaboración de personas con influencia decisiva en los patrones de conducta de los jóvenes y de los adolescentes (futbolistas, músicos...).

Otro mecanismo de apoyo importante en la prevención escolar del tabaquismo es la familia, con gran capacidad de influencia sobre el niño. Es importante la participación de los padres no sólo en el centro escolar, sino también en el domicilio, iniciando la prevención dentro de la propia familia y mucho antes que el niño pueda iniciarse en el consumo. La actitud de los niños depende en gran medida de la de los padres, y no sólo de la actitud real, sino también de la percibida por estos, que no siempre se ajusta a la real, pues los niños perciben muchas veces que sus padres fuman más de lo que lo hacen en realidad. El porcentaje de niños que fuma es mayor si ambos padres fuman que

si lo hace únicamente uno de ellos y si ninguno de los dos es fumador el número de niños que fumaría sería menor. También se ha observado que la prevalencia de tabaquismo es mayor cuando fuma el progenitor del mismo sexo. En el caso de las niñas fuman más si lo hace su madre y en el caso de los niños si lo hace el padre, como comentamos anteriormente. Es necesario valorar la posible interacción e influencia de la conducta de los padres sobre los hijos, ya que la familia y su entorno, es el espacio donde se establecen las normas de lo permitido o prohibido y los padres son modelos de los que se aprende, aspecto que ayuda a entender la conducta futura de los hijos. También parece claro que los hijos fuman más de lo que los padres creen, pues los padres infravaloran el consumo de tabaco de sus hijos. Estos por otra parte durante la infancia el rechazo de los padres al tabaco disminuye en sus hijos el consumo. Por todo esto, es importante que los padres estén informados sobre las consecuencias del tabaquismo familiar en la salud de sus hijos. Está demostrado que resulta más eficaz evitar que niños y adolescentes se inicien en el consumo que cambiar la dependencia de adultos fumadores. Posiblemente la actitud familiar y los Programas escolares de prevención del tabaquismo sean la base sobre la que asentar hábitos y conductas saludables que contribuyan a disminuir la prevalencia de tabaquismo en la generaciones futuras, experiencias transversales de carácter interdisciplinar sobre Educación para la Salud, en las que deben intervenir campos tan distintos y complementarios como la enseñanza, la sanidad y la familia.

El planteamiento didáctico de los Programas de prevención de tabaquismo en el ámbito escolar, es múltiple, analizaremos en primer lugar el trabajo de Álvarez Calvo JA. y otros, que pretende que los adolescentes fumadores abandonen el tabaco y los que nunca lo han probado no lo acepten como hábito. Los objetivos de este Programa van encaminados a: ²²⁵

- informar sobre los efectos y consecuencias del tabaco,
- conocer el tabaco desde las diferentes áreas del saber, y
- crear actitudes de rechazo ante el acto de fumar.

Estos autores han intentado unir el centro escolar, la familia y la comunidad, para que los alumnos/as puedan verlo de forma integrada en un único contexto. Para ello, han puesto en marcha los diferentes estamentos de la comunidad escolar, las familias por medio de los propios estudiantes y de la asociación de Padres/ Madres y la comunidad, a los que también se han unido los profesionales de la salud y Programas de otras entidades públicas y privadas. Se realizó un abordaje del problema desde diferentes modelos teóricos de prevención:

- El Modelo Sanitario o Médico: según el cual se tratan de aplicar contenidos de salud o de ciencias de la salud. Este modelo está basado fundamentalmente en la información, sirve para que los alumnos/as tengan un contacto directo con la realidad.
- El Modelo Europeo: considera que todo comportamiento se establece en un contexto social y cultural que conviene analizar antes de pasar a la acción, para que potenciando sistemas de valores positivos, basados en la personalidad del sujeto y del grupo social al que pertenecen, como puede ser que “fumar no está de moda”...., propongan referencias saludables, de forma paralela a la utilización de mediadores eficaces, como los padres, madres, profesorado..., para que sean capaces de transmitir contenidos y actitudes, casi sin que ellos se den cuenta.
- El Modelo ético-jurídico: según el cual se utilizan medidas ético-legales.

Su propuesta didáctica se basa en conseguir un ambiente dinamizador, haciendo una reflexión sobre el sistema educativo actual y cómo está organizada la educación en los Centros, en un contexto cuyo objetivo sea conseguir una escuela cada vez más humanizada y evitar situaciones de estrés, combinando situaciones de ocio con trabajo, asignaturas teóricas y prácticas, desarrollando

una enseñanza más humana y más individualizada, donde no se fomente la competitividad y no se favorezca la ansiedad entre los alumnos/as. Es importante tener en cuenta que la Educación para la Salud no es tarea propia de un seminario didáctico o área, sino que debe formar parte del currículo, como ya hemos señalado anteriormente, por tanto es prioritario conocer las necesidades de los alumnos/as a través de cuestionarios específicos, centrándose en diferentes campos (drogodependencias, sida, relaciones sexuales y alimentación, etc...),. Este Programa preventivo convirtió a los alumnos/as en “agentes o monitores de salud” (EATP) para que puedan actuar ante sus compañeros/as y familias, sin olvidar el protagonismo de profesores/as desarrollando actividades que impliquen a los alumnos/as de forma activa, por ejemplo la dinámica de grupo, donde el respeto de las libertades y actitudes personales respecto al tabaco conducen a convencer no a imponer, a través del conocimiento y la decisión. Los profesores/as utilizaron diversos estilos de enseñanza según el contenido y el momento: asignación de tareas, grupos reducidos, enseñanza recíproca, enseñanza por contrato, etc.... por lo tanto el diseño ha de ser investigable tanto por parte del alumnado como por parte del profesorado. Es importante que todos los espacios del Centro educativo se conviertan en enclaves de actuación contra el tabaco, desde la sala de profesorado, las aulas, los tablones de anuncios, pues es deseable que se extienda esta influencia positiva hasta las zonas externas al instituto o colegio, intentando que en el Centro se respire siempre un ambiente saludable.

Entre las múltiples alternativas de la lucha antitabáquica desarrolladas en las últimas décadas (legislación, campañas informativas, consejo a los pacientes, Programas de deshabituación tabáquica), Álvarez Calvo JA ha optado por la vía de Prevención primaria, realizando una intervención previa para evitar la iniciación. Se trata con ello, de atacar un problema de raíz y evitar así posibles consecuencias futuras no deseadas, sobre todo, centrándose en la población de alumnos entre 11 y 13 años, en los Centros educativos, por considerar esa edad la de mayor riesgo de iniciación, en un contexto donde la Educación para la Salud constituye una estrategia educativo-preventiva privilegiada. En lo que se refiere a la legitimidad educativa de su intervención, asume que el formar y

educar a los alumnos para tomar decisiones y adquirir comportamientos favorecedores de salud es, sin duda, una garantía para su mejor adaptación al ambiente en que viven. Se parte del respeto de los adolescentes para decidir libremente si comenzar o no a fumar, lo que se consigue con una primera información que tiende a ser objetiva y a fomentar la adhesión a actitudes, valores y comportamientos favorecedores de la salud y, por lo tanto opuestos a la conducta de fumar. No se trata de imponer normas o criterios, sino de ofertar opciones saludables.

Continuando con el análisis de los Programas preventivos de tabaquismo en escolares, anotamos también un estudio que pretende valorar los factores asociados con la intención de fumar y el hábito tabáquico en escolares (ESFA).²²⁰ Sus autores insisten en considerar de vital importancia las intervenciones educativo-preventivas destinadas a evitar la iniciación de los más jóvenes.²¹⁹ La prevención, como ya hemos dicho, ha de centrarse en la niñez y adolescencia, etapas en las que todavía no se ha fumado nunca o se producen las primeras experiencias, y en las que el sujeto no suele ser dependiente de esta sustancia ni a nivel físico ni social. La revisión de una gran parte de trabajos nos ha permitido establecer una clasificación de variables, que normalmente se han relacionadas con la iniciación en la conducta de fumar, o con el consumo de tabaco por adolescentes y escolares. Variables agrupadas en individuales y socioculturales:

- variables individuales: de personalidad; conocimiento del sujeto sobre el tabaco y el hábito de fumar; intenciones conductuales hacia fumar tabaco; conducta de fumar; valores y actitudes hacia el tabaco y el hábito de fumar.
- variables socioculturales: influencias para fumar provenientes de la familia, los iguales y la publicidad sobre el tabaco.

A continuación vamos a revisar el Programa ESFA (European Smoking Prevention Framework Approach),^{220, 261 262} Programa de prevención Europeo

de tabaquismo, de cinco años de duración, dirigido a escolares e iniciado en 1997. Integrado por seis países de la UE: Dinamarca, Finlandia, Holanda, Portugal, España y Reino Unido, cuyo objetivo fundamental era analizar el consumo de tabaco y la intención de fumar en el futuro, centrado en la intervención realizada para promover medidas reguladoras en el entorno escolar y analizar los cambios producidos en la regulación del consumo de tabaco en los Centros educativos que reciben intervención respecto a los que no la reciben. El Programa incidía en tres niveles de actuación:

- Implementación de Programas escolares de prevención del tabaquismo en el aula.
- Desarrollo de acciones para la regulación del consumo de tabaco en el entorno escolar.
- Acciones en el medio comunitario donde viven los escolares.

Para su realización se administró un cuestionario diseñado por la Universidad de Maastricht que incluía variables sociodemográficas, determinantes cognitivas y preguntas sobre el comportamiento relacionado con la salud. El Programa pretendía fomentar el aprendizaje por parte de los alumnos de una serie de conocimientos y destrezas que le ayuden a decir “no” en situaciones de presión para fumar, fomentar la adhesión de los alumnos a actitudes y valores contrarios al tabaco, y a formar y reforzar, en definitiva, la personalidad del alumnado. Su puesta en práctica permitió mejorar la adquisición de habilidades para decidir de forma más autónoma y responsable si comenzar o no a fumar, antes que dejarse llevar por los iguales. En definitiva el resultado del Programa permitió mejorar el control personal de los participantes a la hora de decidir si fumar o no admitiendo que el Programa tiene un nivel considerable de efectividad a la hora de modificar actitudes de los alumnos en el sentido de protegerlos de la iniciación en la conducta de fumar tabaco. Valoramos este hecho como un resultado importante, si se tiene en cuenta que las actitudes son un factor condicionante del comportamiento.

El Programa PASE ^{81,93} utilizado para evaluar el impacto de la prevención del tabaquismo en los adolescentes, fue un Programa útil para prevenir el inicio del tabaquismo, aunque resultaba necesario obtener otros datos de evaluación a más largo plazo.

En el año 2000 se llevó a cabo un Programa educativo-preventivo, denominado: “De ti depende vivir sin tabaco. Vivir la Salud”, para evaluar su eficacia preventiva se desarrollaron diferentes objetivos generales entre los cuales podemos destacar: ²²³

- el aprendizaje por parte de los alumnos de una serie de conocimientos y destrezas que le ayuden a decir “no” en situaciones en las que les ofrezcan tabaco.
- fomentar la adhesión de los alumnos a actitudes y valores contrarias al tabaco y a fumar.
- reforzar la personalidad de los alumnos para que pueda decidir.

Para su elaboración se utilizó un cuestionario, cuyo análisis de resultados permitió valorar que los sujetos del grupo experimental en los que se había realizado intervención, en comparación con el grupo control, adquirieron y consolidaron actitudes favorables hacia la legislación restrictiva sobre el fumar y desfavorable hacia los modelos sociales fumadores y hacia la publicidad del tabaco. Tras la intervención, las madres intervinientes de los sujetos de la condición experimental habían aumentado la frecuencia en las advertencias y consejos dados a sus hijos en contra del tabaco, lo que no ocurrió con las madres de los sujetos del grupo control. Estas variables se pueden clasificar en varios grupos:

- Variables cognitivo-conductuales: conocimientos, actitudes, valores, intenciones conductuales y conductas relacionadas con el tabaco y el propio hábito de fumar.

- Variables de personalidad del sujeto: curiosidad, locus de control respecto al fumar, la autoimagen o el grado de autoestima.
- Variables socioambientales: influencia de la publicidad sobre el tabaco, influencias de la familia y la presión de los amigos para comenzar a fumar.

La finalidad del Programa era conseguir neutralizar la acción de estas variables, y evitar así que los protagonistas se iniciaran en la conducta de fumar. Dentro de los resultados obtenidos las variables que han presentado diferencias significativas en el grupo experimental pero no en el control han sido: *locus* de control en relación a fumar tabaco, comprensión de la iniciación de la conducta de fumar, actitudes hacia los modelos sociales y consejos de la madre en contra de fumar. Por el contrario, las variables que presentaron diferencias significativas en el grupo experimental y en el control dependientes de la intervención han sido las siguientes: actitudes hacia los modelos sociales fumadores, actitudes hacia la legislación restrictiva sobre el tabaco, actitudes hacia la publicidad del tabaco, actitudes hacia los fumadores y advertencias de la madre contra el tabaco. Los autores destacan el aumento del *locus* de control interno tras la intervención en el grupo experimental, lo que nos indica la mejora de su capacidad para decidir de forma autónoma y responsable si comenzar o no a fumar, antes de dejarse llevar por los iguales. El Programa tiene un nivel considerable de efectividad a la hora de modificar las actitudes de los alumnos/as protegiéndolos en la iniciación en la conducta de fumar, por lo que valoramos este resultado como importante, al considerar las actitudes un factor condicionante del comportamiento.²²⁴

Otros autores abogan por los cambios en la conducta, y describen, en un grupo de sujetos mediante la utilización de técnicas de autocontrol que pretendían abandonar el hábito tabáquico, la manera de mantenerse abstinentes, consiguiendo una importante reducción en el consumo.²²⁶

Las actividades extraescolares de los adolescentes dan contenidos al Programa de prevención del tabaquismo que revisamos a continuación.⁶¹ Es un estudio transversal que pretende establecer las variables conductuales asociadas al tabaquismo y las actividades más frecuentes de los adolescentes fuera de la escuela, útiles para plantear Programas de prevención extraescolares. En España, aunque ha habido intentos de prevención mediante Programas escolares propiciados por la transversalidad del tema del tabaco en los currículos escolares, tras promulgarse la LOGSE y la LODE, sin embargo, creemos que no hay suficientes Programas de intervención educativa rigurosos y correctamente evaluados. López González y otros sugieren que además de intervenir en la escuela, los profesores diseñen y evalúen intervenciones educativas fuera de la misma, porque uno de los factores de riesgo del consumo de tabaco es el fracaso escolar y los adolescentes con mal expediente académico podrían rechazar cualquier actividad preventiva que se desarrollara en el centro escolar. Los objetivos del presente trabajo son:

- Conocer las actividades que concitan el interés de los niños fuera de la escuela a fin de seleccionar las intervenciones preventivas extraescolares más adecuadas y el lugar o lugares en que tales intervenciones deberían aplicarse: intervención educativa “hecha a medida”, según métodos actuales de Educación para la Salud. ^{228, 229}.
- Comprobar si algunas variables calificadas como determinantes de la conducta tabáquica en la literatura científica se asocian significativamente con dicha conducta en los adolescentes y en qué medida lo hacen.

Algunos resultados de este trabajo realizado a 36523 escolares asturianos entre 11 y 15 años fueron los siguientes:

- La actividad más frecuente dentro del hogar que señalaban fue ver televisión o video (96,4%) y leer (87%).

- Las actividades más desarrolladas fuera de casa en los escolares resultaron: hacer deporte, pasear con la familia, hacer compras y callejear con los amigos. Destacamos cómo en el grupo de los alumnos de 13-14 años, además del deporte, aparece con mayor incidencia las visitas a sus amigos y de manera menor las compras y paseos con la familia.
- Respecto al consumo de tabaco, cabe destacar que el 2,8% han comprado tabaco, el 71,3% convive con fumadores y el 62,3% ve fumar a sus profesores. El porcentaje de alumnos que nunca había fumado significa el 85,5%, cifra similar a la señalada por Villalbí (86-87) en una investigación realizada en los Centros escolares de Barcelona, concluyendo en ambos estudios que las chicas fuman menos que los chicos a estas edades. ²³⁰ Parece que los niños experimentan con el tabaco antes que las niñas, pero en el grupo 13-14 años, la frecuencia de consumo los iguala para en años posteriores obtener datos superiores en las chicas.

Los años transcurridos entre los estudios previos y éste que analizamos ahora, no parece haber modificado la edad de experimentación con el tabaco. Este hecho sugiere la necesidad de intensificar los Programas preventivos ya que cada vez la edad de inicio es más precoz. En este estudio, de todos los determinantes del tabaquismo adolescente, los autores eligieron un factor personal (fracaso escolar) y un factor social (tabaquismo entre personas con las que conviven los jóvenes y los profesores) para explorar su variabilidad en la población estudiada y ver si formaban parte del modelo. Al realizar el análisis multivariante se puso de manifiesto, que son las variables ambientales las que tienen un mayor peso en el modelo, sobre todo la accesibilidad al tabaco y al alcohol y la permanencia en discotecas y salas de juego. Frojan ²³¹ incide en el proceso de socialización como determinantes del inicio del consumo: ausencia

injustificada a clase, el tabaquismo del profesorado, disponibilidad de dinero, la edad y el sexo.

Algunas claves para la realización de Programas extraescolares de prevención del tabaquismo adolescente reconocen también que existe un escaso asociacionismo juvenil, por ello las actividades desarrolladas en clubes y asociaciones en lugares como Reino Unido, Francia o Escandinavia no alcanzarían en nuestro país grandes coberturas. En el hogar sería posible acceder a gran número de adolescentes a través de campañas publicitarias televisivas y mediante la información escrita personalizada como se ha hecho en Programas extraescolares. Los líderes juveniles en el campo del deporte podrían ser los mejores transmisores, constatando el interés que la actividad deportiva suscita en la población estudiada, pues los lugares utilizados para la práctica deportiva, deberían servir para la difusión de mensajes preventivos y en cuanto a la intervención ambiental, lo más realista sería controlar efectivamente la venta de tabaco a menores de 16 años como la Ley ordena.^{232,233} Como conclusión podemos señalar que la prevención extraescolar del tabaquismo adolescente en nuestro país es un campo todavía abierto. Se podría invitar a desarrollar una mayor información escrita y campañas mediáticas (radio y televisión...) realizadas por personal de deporte y otros espectáculos, porque podrían conectar mejor con los gustos e intereses de los jóvenes y tener más amplia cobertura. No obstante, hay que continuar estudiando qué Programas extraescolares son los más adaptados a las características de los adolescentes españoles en las distintas Comunidades Autónomas y, evaluar cuáles tienen mayor impacto sobre el tabaquismo adolescente y cuales serían los más eficientes.

A continuación analizamos un Programa preventivo que se basa en una intervención educativa intraescolar en prevención primaria, teniendo en cuenta el tabaco como factor de riesgo para la salud.²³⁴ La experiencia acumulada en Europa y EEUU durante los últimos 25 años en prevención primaria sobre Programas intraescolares ^{235,236} demuestra que los que pueden resultar más eficaces son los basados en modelos sociales de conducta. No obstante, Programas similares en contenido y método, a pesar de la utilización de los

modelos sociales de conducta, consiguen resultados no consistentes, y unos logran modificaciones deseables de la conducta o sus determinantes y otros no. 93, 215, 216, 237,238. Diversos autores señalan ^{222, 241, 242, 215, 240} cómo la calidad de la ejecución del Programa es un factor decisivo sobre el impacto que esperamos que produzca y el entrenamiento y la motivación de los profesores se asocia positivamente con dicha calidad sin ninguna duda, por lo que el entrenamiento de los profesores, y por supuesto su motivación permitirá conseguir mayor éxito en su desarrollo.

El Programa JEYS (Jóvenes, Europeos y Sanos) ²⁴³ auspiciado por las Universidades de Birmingham, Maastricht y Oviedo, intenta analizar las actitudes que significan las ventajas/desventajas del consumo de tabaco y las alternativas al no consumo. También analiza la influencia social considerando para ello la presión social de los iguales, la consideración de la conducta de fumar como normal, o la presión publicitaria intentando darles a conocer la normalidad subjetiva para que analicen si realmente alguien quiere que ellos fumen. Por último desarrolla contenidos de autoeficacia, analizando argumentos y habilidades de rechazo de un cigarrillo. En esta investigación participaron 8000 niños por cada país, un total de 24000 niños europeos. De los 8000 escolares asturianos, 2000 recibieron una intervención educativa antitabaco dentro de la escuela, 2000 la recibieron fuera de la escuela y 2000 recibieron ambas intervenciones. Los 2000 restantes que no recibieron ninguna intervención constituyeron el grupo control. Las intervenciones permitieron a los estudiantes recibir información y practicar habilidades que han mostrado ser eficaces para que no empezaran a fumar. Como en otros Programas analizados, debían conocer y analizar las ventajas y desventajas, a corto plazo, de fumar y no fumar. También conocer que cada vez se fumaba menos en su entorno o que el fumar no era una conducta muy enraizada en nuestra cultura. Otro punto importante fue el entrenamiento en habilidades sociales para que fueran capaces de rechazar el primer cigarrillo. Los primeros resultados de este proyecto de investigación, mostraron que en el curso 96-97 el 14,7% de los niños entre 10-11 años ya habían tenido contacto con el tabaco, y el 54,3% de los niños de 13-14 años, que vivían en municipios de más de 50000 habitantes, eran

fumadoras habituales. Sólo los Programas preventivos implantados muy pronto en Educación Primaria pueden ser eficaces, dada la precocidad del contacto con el tabaco. Los datos de la investigación permitieron describir el perfil del adolescente con mayor riesgo para ser fumador, de forma que quien cree que fumar esta bien visto socialmente, o quién percibe a los modelos de su entorno como fumadores y tiene la intención de fumar en el futuro, será fumador con un 91% de probabilidad. Desatacamos en este Programa especialmente el concepto de autoeficacia, el análisis de los argumentos y el desarrollo de habilidades dirigidas a la contravaloración del tabaquismo, así como el protagonismo dado al alumnado que actúa como monitor de grupo. Muy importante es la colaboración de padres y del Centro, teniendo en cuenta las variables ambientales sobre la conducta. Se solicitó procurar ambientes libres de humo en casa y en el centro docente, y que los padres debatieran con los hijos las ventajas/desventajas de fumar. Como instrumento de medida se utilizó un cuestionario y para la validación se tuvo en cuenta la experiencia de otros autores sobre Programas eficaces.^{235, 241} Como discusión podemos destacar el alto nivel de exigencia en la asistencia al entrenamiento de los profesores y las evaluaciones, tanto del resultado del entrenamiento como la calidad del proceso de implementación, siendo el entrenamiento del profesorado para la correcta implementación de los Programas de vital importancia según las investigaciones.^{215, 240,241,242 244}

En el año 2002 ²⁴⁵ un Programa evaluaba dos estrategias educativas para la prevención del tabaquismo en la edad escolar. Fue un estudio de intervención de comparación concurrente con alumnos/as durante los cursos 1992 y 1995 realizado en el Departamento de Heraluth, Montpellier (Francia). Para su realización se incluyeron tres grupos de observación. Grupo I: sometido durante el año escolar a un Programa educativo transversal; Grupo II: sometido al “día mundial sin fumar” y a una acción puntual; y el Grupo III denominado testigo, el cual no estaba sometido a ninguna intervención. Para la elaboración y el desarrollo de este Programa se significaron dos conceptos fundamentales: el acercamiento espiral y el acercamiento transversal. ²⁴⁶⁻²⁴⁸ El acercamiento espiral se expresa porque las situaciones de aprendizaje se presentan muchas

veces en el transcurso de la vida del niño y el adolescente sobre la base de las necesidades presentes o futuras, tomando en cuenta la evolución del aprendizaje. El acercamiento transversal u horizontal se refiere a las necesidades de inscribir el tema de Educación para la Salud, la prevención del tabaquismo, dentro del abanico más amplio posible de las disciplinas escolares.^{249,250} En el presente estudio los autores pretendían evaluar la eficacia de dos tipos de estrategias para facilitar la reducción del consumo de cigarrillos y para disminuir el número de niños que llegan a ser fumadores habituales,²⁵¹⁻²⁵² y sus resultados fueron los siguientes: al cabo de un año de estudio los alumnos del Grupo I (experimental) que habían recibido el Programa educativo difieren del Grupo II, los cuales recibieron una sensibilización puntual y del Grupo III (control), en el hecho de que ellos se sienten más informados, pero esta diferencia desapareció al cabo del tiempo, por lo que consideran que si los mensajes de prevención no son repetidos y reforzados en el tiempo, la información es olvidada por el receptor, por lo que es más efectivo para la realización de Programas de intervención un desarrollo extenso en el tiempo, ya que la intervención puntual no obtiene buenos resultados. Sería aconsejable por tanto reforzar el mensaje en el periodo de la preadolescencia (10 a 13 años) antes de que aparezcan los conflictos propios de la adolescencia. La información, en materia de prevención, debe ser repetida y multivariada e integrada dentro de un conjunto de medidas en el ámbito escolar.²⁵⁰

Otra investigación en esta línea analiza el impacto de una intervención educativa para la prevención de tabaquismo en adolescentes, concluyendo que tal intervención extraescolar fue efectiva sólomente a corto plazo, aunque también su eficacia disminuyó con el tiempo.²⁵³

Otro trabajo ²⁵⁴ analizó el resultado de un Programa en 48 Centros educativos, cuyo objeto fue valorar la permisibilidad de fumar a profesores y alumnos, la normativa existente respecto al tabaco y la señalización de espacios y salas para fumadores, incluyendo también recomendaciones para implementar cambios y material para señalar espacios, ofreciendo un Programa para cesación tabáquica a todo el personal escolar. La intervención ayuda a acelerar el proceso de adopción de cambios, desarrollando los

educadores medidas más significativas.²⁵⁵ Algunos estudios ponen de manifiesto que las restricciones en los centros escolares ayudan a detener la progresión de los jóvenes que se encuentran en las primeras etapas de consumo siempre que las restricciones realmente se hagan cumplir.²⁵⁶ Por el contrario, otros estudios apuntan a que no se consigue de forma inmediata cambiar la percepción de los jóvenes sobre la reducción de la accesibilidad del tabaco por el hecho de disminuir su obtención, ya que se necesita un nivel de cumplimentación óptimo, que algunos autores lo estiman en un 90%.^{257, 258} Es fundamental la aceptación del profesorado para introducir futuras regulaciones del consumo de tabaco la cual podría conseguirse si los docentes consideran que pueden influir en el comportamiento de los alumnos.²⁵⁹ En la mayoría de los estudios que han analizado las políticas de actuación ante el consumo de tabaco en los Centros educativos apuntan que adoptar medidas aisladas producen escasos efectos²⁶⁰ siendo necesario una coherencia entre lo que se transmite en el aula y lo que se observa en su entorno escolar más inmediato, a través de la coordinación entre diferentes instituciones que apoyen nuevas políticas reguladoras. Uno de los recursos que se considera más efectivo para reducir el consumo es ofrecer una cesación al personal docente.^{210, 261, 262} Se ha demostrado que la simple sensibilización de la población tiende a forzar la implantación de regulaciones escolares, pero la intervención activa y guiada en el entorno escolar parece incrementar el proceso de adopción de cambio. Orientar a los centros escolares sobre la regulación del consumo de tabaco, facilitar guías para la implementación de cambios y ofrecer cesación al personal escolar se revelan como medidas prometedoras para cambiar el marco de la regulación del consumo de tabaco en la escuela.

Una evaluación de una intervención educativa en enseñanza secundaria ²⁶⁴ se realizó en Sevilla con la participación de 8 Institutos y 700 alumnos. La finalidad era la intención de transmitir información a estos en las aulas, explicándoles la importancia del tabaquismo y su repercusión en la salud y así mismo detectar las necesidades educativas que pudieran ser atendidas en un futuro próximo. Esta intervención educativa se denominó “Día mundial sin Tabaco”, experiencia educativa realizada a alumnos de 2º ESO, llevada a cabo

por alumnos de tercer curso de Enfermería con un doble objetivo: por un lado que las enfermeras/os adquirieran conocimientos, actitudes y habilidades en la preparación, realización y evaluación de un Programa de Educación para la Salud, y por otro lado transmitir a los alumnos la importancia del tabaquismo y su repercusión en la salud. También se pretendió detectar otras necesidades educativas en relación al tabaquismo que presentarían los alumnos en un futuro. De los resultados obtenidos se puede destacar que la intervención educativa ha mostrado en general una actitud muy positiva, pues al 92% de los alumnos les ha parecido interesante; el 80% de los mismos desearían que se les ofrecieran otras charlas sobre temas de especial interés, incluido el tabaquismo, datos que ponen de manifiesto de nuevo la necesidad de realizar intervenciones educativas en temas como la prevención del tabaquismo, sirviéndonos de modelo para intervenciones futuras. En la literatura la edad de inicio del consumo de tabaco es cada vez más precoz. A los 11 años un 18,5% de los chicos y un 13% de las chicas han consumido tabaco siendo la prevalencia del consumo diario de 8,1% a los 14 años. En esta intervención la prevalencia fue del 19% por lo que reiteramos la necesidad de que las intervenciones educativas se inicien precozmente puesto que como hemos comentado, previamente, son más rentables, era una experiencia evaluada muy positivamente tanto por los alumnos de Enfermería como por los de los Institutos donde se ha llevado a cabo.

Otra intervención educativa sobre tabaquismo en estudiantes de Enseñanza Secundaria de Málaga, ²⁶³ pretendía conocer el consumo de tabaco en jóvenes entre 13 y 18 años. Para la cual se realizó un análisis de los factores asociados con el tabaquismo en esta población (337 alumnos/as) y posteriormente se desarrolló un Programa de intervención para reducir el consumo. De esta muestra el 27% se declaraba fumador, obteniéndose datos de consumo superior en la mujer (36,1%) que en el varón (18%) y un incremento progresivo con la edad; la prevalencia del consumo aumentaba con la edad, a los 13 años sólo se declaraban fumadores el 12,2%, a los 18 años el 55%. La edad de comienzo se sitúa en torno a los 13-14 años, siendo los motivos para iniciar el consumo probar algo nuevo en el 52,5% de los casos y el hecho de que los

amigos fumasen (33,9%). Estas conclusiones similares a otras,²⁶⁷ destacan el alto porcentaje de estudiantes que aunque se consideraban no fumadores habían probado en alguna ocasión un cigarrillo, siendo el porcentaje mayor en las chicas (60%), aspecto que aumentaba de forma progresiva con la edad. El motivo por el que no seguían fumando era por el miedo a las enfermedades que pudiese ocasionarles el tabaco en el 36,2% de los casos, datos que coinciden también con el estudio del Dr. Sánchez Agudo.⁹⁵

En cuanto a las enfermedades que los escolares relacionan con el consumo de tabaco destaca en primer lugar el cáncer y enfermedades respiratoria, seguidas de la cardiopatía isquémica.²⁶⁷ Se ha asociado también el hecho de tener amigos o familiares fumadores y este Programa comprobó que existía un 90% de amigos fumadores si el escolar fumaba, frente a un 65,9% si no era fumador. Respecto a los familiares, la tendencia es similar, siendo más alto el porcentaje de escolares fumadores si en el ambiente familiar se consume tabaco y considerando un mayor factor de riesgo tener hermanos fumadores, lo que podría explicarse porque a estas edades el modelo en el que se proyectan es el hermano mayor.

Otro estudio basado en la intervención comunitaria en adolescentes de entre 12 y 15 años, de ambos sexos, escolarizados en colegios públicos y privados, valora la eficacia de la actuación para disminuir el consumo de tabaco.²⁶⁸ El número total de alumnos que participaron en el estudio fue de 1302 alumnos y alumnas de los cuales el 54,3% recibieron educación sanitaria y el resto fue considerado grupo control. La educación sanitaria se llevó a cabo durante dos horas de clase y se basó sobre todo en “publicidad de tabaco”. Se trataba fundamentalmente de explicar los métodos que se utilizaban para promover esta adicción. Se evaluó un diseño pretest-postest para evaluar la eficacia inmediata. Al cabo de un año se cumplimentó un cuestionario con el fin de observar la persistencia del efecto inicial y compararlo con el grupo control. Dentro de los resultados obtenidos, De la Cruz y otros destacan que el 69,9% de los jóvenes vive en un ambiente tabáquico y fuma el 19,4%. Por el contrario un 48,5% piensan que no fumarán cuando sean adultos. De nuevo la existencia de un hermano fumador influye más en la predisposición a ser fumador que el

hecho de que fumen los padres. Tras la realización de la sesión educativa se observó una gran mejoría de los conocimientos sobre el tabaquismo del 81,8% y se apreciaron importantes cambios sobre la intención de fumar y la percepción del tabaco de forma inmediata. Al evaluarlo al año, se observó un incremento de fumadores del 3,8% en los que pertenecían al grupo con educación sanitaria frente a un 8,8% del grupo control. Se puede concluir por tanto afirmando la importancia que, una vez más, tiene la educación sanitaria para disminuir la prevalencia de tabaquismo en los adolescentes y resistir la presión publicitaria.

Queremos anotar también un Programa de intervención en Enseñanza Secundaria (ITES) 2002-2006, ya que ha recibido en el Congreso del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo el premio al mejor trabajo del año 2006, presentado en el área de prevención y el premio a la mejor iniciativa en el Capítulo de actividades preventivas que otorga la Sociedad Canaria de Medicina de Familia y Comunitaria. Este programa ITES, fue realizado en Canarias, desarrollado por la Dirección General de Salud Pública de esta Comunidad Autónoma. El objetivo de ITES era cambiar la actitud de los adolescentes ante el tabaco y proporcionarles habilidades que les permitieran desarrollar todas sus actividades sin que sintieran la necesidad de consumir tabaco, evitando con ello que se convirtieran en fumadores futuros. Participan en el Programa un total de 1300 alumnos/as de todos los cursos de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Los datos de las encuestas de salud realizadas en Canarias reflejan que en torno al 85% de los fumadores se habituó antes de los 18 años, y la mayoría antes de finalizar la Enseñanza Secundaria. A pesar de que el Programa todavía es muy joven, está dando excelentes resultados. Entre los adolescentes que lo han seguido a lo largo de los últimos años se ha conseguido disminuir el consumo de tabaco casi un 60%, tanto en chicos como en chicas. En los resultados preliminares, la experimentación con el tabaco ha bajado al 40% y el consumo ha pasado de un 18,3% en 2005 a un 10,9% en el 2006. Los 1300 alumnos de los tres primeros cursos de ESO incluidos en ITES, recibían formación específica para que supieran hacer frente a la presión social y a la incitación a fumar del grupo de amigos. Dado el éxito que estaba obteniéndose con este proyecto, comenzó en seis centros en Tenerife, previendo su expansión debido a que se

podrían conseguir varios miles de fumadores menos cada año. El desarrollo del Programa tuvo en cuenta la idea de formar sin que los alumnos fueran conscientes de que están recibiendo información específica para no caer en el hábito de fumar. Con esto se pretendía que los contenidos llegaran con más facilidad a los jóvenes estudiantes. Canarias ha sido pionera en asumir en España esta iniciativa europea que surgió con el desarrollo de “clases sin humo”, destinada a prevenir el consumo de tabaco entre los jóvenes de 12 a 14 años, con la participación de 2700 estudiantes de 20 centros.²⁷⁸

Como hemos comentado previamente diversos estudios demuestran que la escuela constituye un medio ideal para prevenir el consumo de tabaco en los adolescentes.^{265-266.}

El estudio de los hábitos de consumo en la población escolar contribuye, sin duda, a mejorar el conocimiento del problema del tabaquismo en nuestro medio para poder plantear estrategias de prevención lo más eficaces posibles. La eficacia de Programas de intervención contra el tabaco en la población escolar queda demostrada también por diversos autores como Barrueco y otros,²⁶⁷ de la Cruz Amorós y otros,²⁶⁸ y Ellickson y otros.²⁶⁹

Finalizamos este apartado señalando unos metaanálisis para dar una visión más general de la efectividad de los Programas preventivos. La mayoría de los metaanálisis han sido realizados en Estados Unidos, lo cual obliga también a tener una cierta cautela, ya que aunque se suelen aplicar tal y como fueron diseñados, su implementación efectiva comporta adaptarlo al entorno. Bruvold (1993),²¹⁵ por su parte, analiza el efecto de los Programas escolares a través de un metaanálisis de 94 estudios, y evalúa que tienen un impacto significativo en conocimientos, incluso cuando los Programas no son informativos, dado que, con independencia de los objetivos que pretendan, todos los Programas diseñados para la intervención en escolares aportan un componente informativo destacado. Por el contrario, los resultados que obtienen sobre las actitudes no son significativos cuando se comparan con los controles; tan sólo los que abordan las influencias sociales y alternativas al consumo (lo que no es sino una estrategia de afrontamiento) ejercen efectos

positivos, aunque pequeños, a lo largo de un año. Fernández y otros años después (2002),²¹⁶ estudian los diversos metaanálisis realizados a determinados Programas escolares para prevenir el consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*, y apuntan una serie de sugerencias imprescindibles para su diseño y aplicación, entre ellas destacan la necesaria formación y asesoría de los agentes que desarrollan el Programa, el refuerzo periódico y continuado a lo largo de la etapa docente, la información respecto a los efectos del consumo en aquellos que tienen lugar a corto plazo (capacidad de ejercicio, estética, entre otros) e inciden, a través de ellos, en los diversos condicionantes que tienen influencia en la conducta. Sin embargo, estos autores señalan que debería reconocerse y contemplarse en los Programas la sustitución de los mensajes de abstinencia por los de uso responsable, alternativa más utópica que real. Es más que probable que la capacidad del individuo para desarrollar una adicción varíe de unos sujetos a otros en función de condicionantes genéticos aún desconocidos, pero lo que sí conocemos es que para el sujeto que desarrolla una dependencia al tabaco no es posible mantener un "uso responsable" de la sustancia a la que es adicto. Por el contrario, el carácter compulsivo forma parte sustancial del concepto y definición de dependencia. Plantear, por tanto, el uso de una sustancia adictiva, en este caso el tabaco, con moderación y responsabilidad dentro de un Programa dirigido a prevenir su empleo escapa de toda realidad, máxime cuando lo planteamos a edades en las que determinados conceptos, entre ellos el de responsabilidad, están en formación y maduración. Exponer esta alternativa dentro de un Programa de prevención de drogas podría ser equivalente a inducir al niño y adolescente a experimentar con ellas, justificado por dicho argumento. En favor de plantear un uso responsable, no podemos utilizar el argumento de que el niño, al llevar poco tiempo fumando, aún no ha desarrollado una dependencia, pues dentro de lo poco que conocemos sobre el proceso que conduce a la adicción en los jóvenes, sí existen datos que demuestran cómo entre los niños y niñas de 10 a 17 años que han fumado en los 30 días previos, la proporción que considera que "el tabaco le relaja o le calma" supone el 67,9%; intervalo de confianza [IC], ± 6) o, la que considera que le "es realmente duro dejarlo" (56%; IC, $\pm 6,3$) no es significativamente diferente de la encontrada entre adultos jóvenes de 18 a 22 años (75,5%; IC, $\pm 3,6$) y un (61,6%;

IC, $\pm 4,2$) respectivamente, datos de un estudio realizado con jóvenes en el año 1993.²¹⁷ Otros estudios nos muestran resultados similares e indicadores de la existencia de dependencia en niños fumadores. Así se concluye que, entre niñas de 12 a 17 años que han fumado en los últimos 30 días, el 63,1% refiere uno ó más indicadores de dependencia, y el 51,6% se sienten dependientes de los cigarrillos, proporciones que aumentan en relación directa con el consumo.²¹⁸ Otro metaanálisis ²⁷¹ describió el impacto de los Programas escolares de prevención de tabaco, alcohol y cannabis, así como las características de las intervenciones más efectivas. Se revisaron los metaanálisis de prevención publicados en las bases de datos médicas Cochrane Lybrari y Medline (1990-1999), identificando cinco metaanálisis que en la evaluación del impacto sobre las conductas se refieren en general al consumo de tabaco. Las intervenciones más efectivas, abordan la influencia social del consumo, usan una metodología activa y son aplicadas por los profesores con la participación de los iguales. Los metaanálisis de los Programas evaluados indican un efecto preventivo de magnitud discreta, pero que puede tener un impacto potencial considerable. Las limitaciones detectadas apuntan futuras líneas de investigación.

3.3. El rol del profesor en la prevención del tabaquismo.

Ya en el año 1987 la Organización Mundial de la Salud recomendó el establecimiento y vigilancia de las normativas sobre el tabaquismo en las escuelas como uno de los ámbitos privilegiados en el desarrollo y formación de los jóvenes.²⁷⁶ Años después, el director general de la OMS en el Día Mundial sin tabaco de 1998 y bajo el lema “creciendo sin tabaco” expresó su preocupación afirmando: *“hemos creado un ambiente en el que los jóvenes reciben mensajes contradictorios y confusos sobre el tabaco. Sin embargo, esperamos que tomen la decisión correcta para su propia salud y se abstengan de fumar. Es responsabilidad nuestra ayudar a los jóvenes a resistir las presiones que reciben para fumar...,”* reconociendo que: *“es más eficaz y rentable evitar que los niños y adolescentes se inicien en el tabaquismo que intentar posteriormente cambiar la actitud y la dependencia una vez instaurada en los jóvenes o en adultos fumadores”*.^{277, 278}

La prevalencia y las actitudes de jóvenes y adolescentes, sin duda, son de considerable importancia como indicadores de las tendencias futuras. El hábito se instaure durante la adolescencia y las tasas de fumadores entre los jóvenes son en la mayoría, tan altas o incluso superiores a las de los adultos. En los últimos 10 años, los estudios han demostrado una elevada prevalencia del tabaquismo en la población escolar entre 10 y 15 años, observándose también un incremento del consumo entre adolescentes.^{281,282}

Los condicionantes que conducen al consumo son multifactoriales, por ello, los Programas de Educación para la Salud en el medio escolar deben abordar el problema globalmente, centrándose en niños que todavía no se han iniciado en el consumo (10-12 años), basados en modelos de aprendizaje social que refuercen la capacidad de los escolares para resistir las presiones del entorno.²⁸⁶ Diversos autores como Glyn²⁸⁷ y Pitchenik²⁸⁸ consideran que los primeros años de la adolescencia son la etapa idónea para intervenir e intentar modificar los hábitos, indicando la mayoría de los estudios que si el adolescente/estudiante sabe evitar el tabaco, es poco probable que cuando sea

adulto se convierta en fumador activo, y cuanto antes comience a fumar de forma regular más probable será su consumo rutinario en la edad adulta.^{289, 290.}

Una reducción en la prevalencia de fumar en la adolescencia puede ser esperanzadora para conseguir un impacto significativo en la conducta y en la morbilidad y mortalidad asociada. Se ha estimado que aproximadamente la mitad de los adolescentes que continúan fumando regularmente morirán prematuramente de enfermedades atribuidas al tabaco, de la misma forma que ciertas prácticas utilizadas con adultos -tratamientos farmacológicos y psicológicos- pueden ser aplicables a adolescentes para dejar el tabaco.¹⁴⁰ Instrumentos básicos en la lucha antitabaco, como hemos señalado, son la información y la sensibilización de la población, a través de los medios de comunicación de masas, una educación sanitaria en la escuela, aplicación de medidas legislativas coercitivas reguladoras de la venta, promoción y consumo de productos tabáquicos y de manera especial el consejo sanitario impartido por el profesional en la practica asistencial, sobre todo en Atención Primaria de Salud y especializada. ²⁸³ Los hábitos de vida poco saludables que afectan a la población son difíciles de modificar, por ello se deben desarrollar actitudes preventivas.^{284, 285}

La escuela es una institución social cuya finalidad es asegurar la pervivencia de la sociedad y donde se produce la transmisión institucional de los conocimientos, valores, actitudes y creencias en general, y en particular, los diferentes estilos de vida, estando en ella la principal oportunidad que tiene nuestra sociedad para crear espacios de cambios de actitudes. Es el espacio educativo por excelencia, lugar que acoge a la población infantil y juvenil durante el periodo de vida en el que resulta más fácil el aprendizaje. Es un lugar idóneo para conseguir un desarrollo saludable desde la Educación para la Salud, espacio, también a nuestro entender, de integración de los contenidos de formación sobre el tabaquismo, habiéndose demostrado suficientemente la eficacia de los Programas Preventivos en los centros escolares, ^{263, 267, 268, 269} desde la información sobre los efectos perjudiciales derivados del consumo de tabaco, al refuerzo de la capacidad de los escolares para evitarlo. Su objetivo es doble, impedir el inicio en los jóvenes y ayudar al abandono. El éxito de estas

actuaciones depende de una acción coordinada, desde la ayuda imprescindible de los Profesionales sanitarios a la del profesor, pilar sobre el que recae también cualquier Programa que intente abordar el tabaquismo, protagonista de la consolidación de actitudes saludables y duraderas, junto a padres y a toda la Comunidad escolar.

Corresponde a los maestros desarrollar el currículo, proporcionar oportunidades para la aplicación de los conocimientos adquiridos y facilitar la toma de conciencia de la utilidad de dichos aprendizajes en sus propios contextos vitales, pues las capacidades a desarrollar a lo largo de la etapa de Educación Primaria se refieren a aspectos formales y no formales. Enseñar a pensar y reflexionar debe permitir a los alumnos/as poner en práctica su pensamiento crítico mediante experiencias en las que se impliquen personalmente, intentando buscar explicaciones más racionales de aquello que no entienden o que está en contradicción con su modo de pensar, como señala el Currículo de Educación Primaria de la nueva Ley educativa española LOE ²⁷² que integra, entre sus contenidos para el Segundo Ciclo de Educación Primaria, un apartado en el Bloque 3º titulado: “La salud y el desarrollo personal”, dedicado a la “prevención y detención de riesgos para la salud”, fomentando una actitud crítica ante prácticas sociales que obstaculizan el comportamiento responsable ante la salud, detallando concretamente los “ riesgos del tabaquismo “ de una manera puntual. En el Bloque 4º, se hace referencia al conocimiento y valoración de servicios básicos de la localidad, como es la sanidad, introduciendo en el Tercer Ciclo (Bloque 3º), en el epígrafe titulado “la salud y el desarrollo personal”, contenidos relativos a estilos de vida saludables.

²⁷³

El profesor/a guía de la acción educativa juega un papel importante y trascendental en dicha labor, porque plasma de forma explícita e implícita sus pensamientos y actitudes sobre toda la actividad docente, inferencias que realizan sobre los logros, habilidades y conductas presentes y futuras de sus estudiantes. Expectativas que forman parte de las interacciones humanas y por tanto, que están presentes en la enseñanza. Recurso que tiene un papel fundamental en la planificación de las tareas: si un profesor al planificar las

tareas tiene en cuenta la Educación para la Salud, los contextos de vida saludable, etc, sus resultados educativos conseguirán un alumnado sensible y conocedor de los riesgos que implica, por ejemplo, el tabaquismo.

En definitiva, el concepto del profesor y su sensibilidad hacia determinados temas influye de manera directa en el resultado del aprendizaje de sus alumnos/as, y por otra parte, la percepción y el concepto que el docente tiene del alumno/a es un elemento determinante en el proceso educativo, es decir, el éxito de que el alumnado de un determinado profesor no fume va a depender también de la actuación del profesor, y ésta estará muy influida por sus actitudes. Por eso es importante conocer las actitudes de los alumnos/as respecto al tabaquismo, ya que serán determinantes en su vida futura hacia su rechazo, pues la actitud es una tendencia o disposición psicológica de carácter aprendido que se expresa mediante una evaluación favorable o desfavorable, es, en definitiva, el producto y resumen de todas las experiencias del sujeto, si concebimos la estructura de las actitudes integrada por tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual.²²⁴ Breckler (1984), consideraba las creencias, ideas y pensamientos como por su expresión o manifestación dentro del campo cognitivo; afectivo los sentimientos, estados de ánimo y las emociones asociadas con el objeto de actitud y, conductual, las tendencias y disposiciones, así como las conductas propiamente dichas. La formación del profesorado, por tanto, debe ser objeto de preocupación especial, pues, sin duda, es responsable de la formación de la futura ciudadanía, a la que deberá no sólo formar en contenidos concretos específicos sino también intervenir en aspectos de su educación no formal.²⁷⁵

Hoy la sociedad es cambiante y plural, por lo que genera un tipo de demanda educativa propia de la aceleración histórica en la que está inmersa y que plasma oficialmente en un determinado currículo. Teniendo en cuenta que las fronteras informativas que separan la infancia de la edad adulta van desapareciendo en beneficio de una situación en la que el maestro se enfrenta a un “niño adultado” derivado del consumismo indiscriminado, favorecido por la publicidad, donde el niño absurdo vive en dos mundos contradictorios, como

señalaba Mc. Luham, el sistema educativo y entorno escolar, que le hacen difícil su desarrollo, su autonomía y reflexión, y aún más difícil al maestro su tarea.

Por ello en la actualidad debemos buscar una aproximación a los conceptos de educación y salud con la finalidad de alcanzar una mayor aproximación al sentido actual de EPS, que debemos interpretar cómo un: proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia, orientado al conocimientos de sí mismo en todas sus dimensiones, y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión ecológica y social para tener una vida sana y participar en la salud colectiva, o, una serie de problemas de salud que afectan al mundo actual y que son, en su mayoría consecuencia de los cambios sociales y del acelerado desarrollo tecnológico. Problemas que hoy trascienden los tradicionales campos de la Medicina, por lo que requieren también desde la prevención tratamientos educativos, como señala Perea Quesada que pone un énfasis especial en el desarrollo de actividades de EPS en la escuela, periodo escolar de gran trascendencia, pues las actitudes básicas, como ya hemos señalado, se adquieren en la infancia.^{311, 329, 338, 21, 41, 61}

El estado de salud de un individuo está determinado por su estilo de vida y por el medio en el que se desenvuelve²⁷⁹ constituyendo el tabaquismo, en los países industrializados, la primera causa prevenible de muerte prematura, invalidez y enfermedad. El reemplazo de fumadores se busca en adolescentes y adultos jóvenes convertidos hoy en receptores de los esfuerzos de la industria tabaquera. Difícilmente se puede esperar un cambio radical en la situación si no se consigue frenar la incorporación de los jóvenes al hábito tabáquico por lo que se impone la prevención, puesta en marcha de los medios apropiados para impedir la aparición de las drogodependencias.^{70,292} Entre sus objetivos estaría la distribución de información entre niños y jóvenes, la promoción de una mayor comprensión de los problemas causados por las drogas y el facilitar soluciones alternativas que respondan a sus necesidades y aspiraciones, teniendo en cuenta la realidad y el entorno en el que vive el individuo. Acciones que hay que desarrollar en el ámbito escolar, sin duda también.²⁹³

3.4. Universitarios y consumo de tabaco.

La preocupación académica respecto al tabaco es amplia y poliédrica, de forma que se aborda desde los más diversos aspectos. La Economía, la Historia, la Psicología, la Educación Física y la Educación etc, se ocupan extensamente del tema. Pero el tema interesa a la Universidad especialmente desde el campo biomédico: Facultad de Medicina o Ciencias de las Salud etc., investigando, por ejemplo, el carácter patológico derivado del consumo del tabaco, causa de morbimortalidad evitable, junto a otros objetivos dirigidos a conocer la epidemiología, prevención, prevalencia e intervención para invertir de forma favorable la morbi-mortalidad del mismo. Pero a la Universidad le interesa también conocer la relación que los universitarios tienen con el hábito tabáquico, como demuestran múltiples investigaciones.^{295-299, 300-315, 319-325, 326-339}

La Universidad hoy muestra un fuerte compromiso con la sociedad. La cultura, el estudio, la profesionalización y la investigación, dentro de un marco legal adecuado colabora con la sociedad sirviéndola. Un alumnado, cada vez más plural, protagoniza los últimos momentos de la enseñanza histórica, que la unificación europea, Bolonia 1999, va a transformar definitivamente. La Universidad se encuentra hoy en un momento crucial con la implantación del nuevo Espacio Europeo de Enseñanza Superior (ESES) mirando hacia el futuro, magnífica oportunidad para el abordaje de un proceso de reforma que le permita adaptarse a la nueva realidad académica y social. La UE reconoce la necesidad universitaria de promover cambios en múltiples direcciones, cambios profundos que le permitan dar más y mejores respuestas a las necesidades sociales.

Múltiples estudios de tabaquismo realizados en Universidades y Facultades de Medicina reconocen aún la escasa dedicación a esta formación, al tiempo que consideran estos espacios no especialmente sensibles a la cesación. Diversos trabajos de investigación consultados,^{291, 293, 295, 296, 297, 298, 299, 301, 302, 303, 305, 308, 312, 313, 335} evalúan la influencia que ejercen las propias Facultades de Medicina (Zaragoza)^{295-296, 329} sobre sus alumnos/as, sus conocimientos y actitudes, valorando la información que el alumnado allí recibe como

insuficiente al no obtener los deseados objetivos. Otra investigación de Postgrado “Tabaquismo en estudiantes universitarios: estudio descriptivo” de la Universidad de las Palmas o el “Estudio de Prevalencia y actitudes en relación al consumo de tabaco en estudiantes de Enfermería de Galicia”, entre otros muchos, demuestran actualmente el interés del tema y la necesidad de profundizar en él.^{295, 296, 297-299, 300, 301, 302, 303, 304-315, 319-325, 326-339}

El deseo de alcanzar altos niveles de vida saludable en el s. XXI concede cada vez más protagonismo a los Profesionales sanitarios, en momentos en que la drogadicción en general y el tabaquismo en particular, tienen demasiada significación en nuestra sociedad. Sabemos que nuestro país ocupa el primer lugar de Europa en cuanto al consumo de drogas, por ello los nuevos desafíos que los Profesionales Sanitarios, convertidos también en agentes o monitores de salud, tienen hoy son especialmente importantes. Desde las Instituciones Públicas se viene desarrollando una actividad legislativa importante en este campo alineado con las recomendaciones de la OMS, cuyas medidas sancionadoras han resultado insuficientes para favorecer el abandono. Por ello, también en el contexto universitario, se están acometiendo actividades y estudios que tratan de impedir no sólo la morbimortalidad sino también conocer la prevalencia de fumadores, qué patrón de consumo siguen, o si se asocian a otros hábitos no saludables, etc. La preocupación universitaria por la EPS es evidente y nos parece significativo, por ejemplo, un Manifiesto de la Universidad de Salamanca. Aprobado en Consejo de Gobierno 20 diciembre 2005, desarrolló una campaña con el título: “Una Universidad libre de humo de tabaco”, escalón de otro gran número de actividades universitarias (Masters³⁰⁹, ³¹⁰ Programas de prevención de tabaquismo, de Postgrado en Salud Pública, Cursos de Formación y Perfeccionamiento, de Expertos en Tabaquismo o en Drogodependencia etc.,) que se están llevando a cabo junto a múltiples trabajos de investigación, mostrando todo ello una gran preocupación por el tema. Al mismo tiempo algunas Universidades como la Cardenal Herrera de Valencia ofrece una asignatura optativa sobre drogadicción, la de Extremadura imparte una específica sobre tabaquismo, o el Programa teórico de la asignatura de Fármaco- Dependencias de la Universidad de Cantabria, entre otros.

Diversos estudios consideran su objetivo la epidemiología, la prevención, la prevalencia, tratando de conocer qué hábitos no saludables tienen los universitarios y cómo los valoran y practican. Así un análisis internacional con la participación de 23 países, en el que participaba España, pone de manifiesto que las estudiantes españolas son las más fumadoras, junto con las búlgaras, siendo también, por el contrario, las españolas, tras las rumanas y japonesas, las que quieren dejar de fumar en mayor proporción. Por el contrario, los universitarios varones españoles fuman menos que sus compañeros de Portugal, Corea, Grecia, Italia, Japón, Bulgaria o Colombia, presentando los países del Sur de Europa en conjunto la tasa de consumo más alta en la población universitaria, estando la tasa más baja en los países menos desarrollados.²⁹⁴

Otro estudio de la Universidad de Murcia (2004)²⁹¹ en población universitaria valora las dimensiones psicopatológicas asociadas al consumo de tabaco y concluye la asociación significativa entre el *status* psicopatológico de los participantes y el consumo de cigarrillos, asociándose con la percepción subjetiva de acontecimientos vitales estresantes, la automedicación y los comportamientos alimentarios irregulares. La Universidad de Cantabria ha desarrollado múltiples actividades, entre ellas un Programa de Prevención de Tabaquismo (2003)³⁰⁰ para reducir la incidencia de su consumo en el seno de la propia Universidad, y así proteger a sus trabajadores y usuarios, pues el medio sociocultural español y el contexto familiar ha presentado cierta permisividad hacia el consumo de las drogas legales o institucionalizadas, de forma que, como sabemos, es mucho más tolerante hacia el consumo del alcohol que al del tabaco.^{296, 297} En la misma Universidad queremos destacar el significativo trabajo de investigación del Profesor Dr. Ayesta, que ha realizado numerosas publicaciones relacionadas con el tabaquismo, o el Master que dirige en Prevención del Tabaquismo de reconocido prestigio,³⁰⁹ paralelo a los de la Universidad de Sevilla, de Barcelona o de Valencia, etc. Citando también a la Universidad Alfonso X el Sabio con su dedicación a crear Expertos en Tabaquismo o en Drogodependencia la Universidad Complutense de Madrid.

En el terreno práctico, múltiples trabajos se ocupan de los universitarios y su relación con el tabaco. Una investigación sobre tabaquismo en Aragón señala

que los universitarios fumadores de porros se igualan a los del tabaco, actividad desarrollada en la Universidad de Zaragoza en colaboración con el Gobierno de Aragón, cuyos resultados significaron una prevalencia mayor en la mujer, de manera que fumaban el 20 % mujeres y el 15 % los hombres, fumando a diario el 18 % de los estudiantes, de los que el 13 % consumían tabaco y el 16 % marihuana.³¹⁴ Otro estudio llevado a cabo en la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense de Madrid (2001) de prevalencia de consumo de tabaco en la población universitaria valora los patrones de consumo, identificando en la población fumadora, la asociación del tabaquismo a otros hábitos de vida, o el grado de dependencia física a la nicotina, trabajo que valoró niveles de fumadores del 28,9%, siendo el 20,8% habituales, y el 8,1% esporádicos, habiendo comenzado a fumar a los 14 años. Otra investigación de la misma Universidad- Departamento de Análisis y Planificación- analiza el consumo y la actitud ante el tabaco de los universitarios, cuyas conclusiones señalaron a los estudiantes de Derecho como los más fumadores. Evidente la preocupación universitaria los alumnos de Investigación Comercial 1, del Programa Universidad Empresa de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Autónoma de Barcelona ^{301,330} realizaron una investigación de mercado consistente en estudiar los hábitos de consumo y gasto de los universitarios matriculados en el curso 2006/2007 en el *campus* de BellaTerra, trabajo publicado en la Revista Omnibus, que señala que más de 1/3 de ellos fuman en la actualidad, siendo la proporción de fumadores en el segmento de estudiantes de 2º ciclo, mayor que la población española en su conjunto.

Se ha investigado también la relación de futuros profesionales sanitarios y tabaquismo desde la propia Facultad de Medicina o Escuela de Enfermería. Así, por ejemplo, los resultados de un estudio reciente de estudiantes de la Facultad de Medicina de Badajoz (2005) para conocer la prevalencia de su hábito tabáquico, así como sus actitudes concluyó que la edad media de inicio era 16,7 años, que la prevalencia en estos estudiantes de la Universidad extremeña era de un 17,4 %, y que las mujeres, como en otros casos, fumaban más que los hombres. Aunque un elevado porcentaje de los padres de estos alumnos no fumaban, no se ha encontrado una diferencia significativa entre el hábito de los

padres e hijos.²⁹⁸ En esta misma línea un estudio de fiabilidad para valorar la prevalencia, los conocimientos y las actitudes sobre tabaquismo en estudiantes de Medicina se ha llevado a cabo en Zaragoza (2003), Universidad que cuenta con una Unidad de Tabaquismo.³³⁵ Otra investigación realizada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga (2006) pretendía conocer la actitud e implicación de los alumnos, la prevalencia del hábito tabáquico y la fase de abandono, concluyó que la prevalencia de fumadores en los estudiantes de Medicina era menor que en la población general de la misma edad, que la mayoría de los alumnos conocían las normas legales que defienden los espacios libres de aire contaminado por humo de tabaco, siendo los no fumadores los que mayoritariamente las apoyaban. También se detectó una buena predisposición por parte de los estudiantes fumadores para asistir a una consulta para dejar de fumar, al igual que se observó una valoración importante del hecho de no fumar para el ejercicio de su profesión. Otro estudio epidemiológico del consumo de tabaco en estudiantes de una Residencia universitaria malagueña convierte en objetivo prioritario las intervenciones encaminadas a combatir este problema sanitario.³⁰² La prevalencia de tabaquismo también ha sido estudiada en alumnos/as de la Universidad Miguel Hernández (2004) con el fin de poner en marcha un Programa de prevención y tratamiento del tabaquismo. Los datos de prevalencia obtenidos refieren que fuman más las mujeres que los hombres, y que además el alumnado fumaba más que el personal docente.

La prevalencia de tabaquismo en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud, de la Educación y Estudios Sociales de la Universidad. de Zaragoza (2007) concluye cifras similares de fumadores que la población de su edad no universitaria, una mayor prevalencia de hábito tabáquico en mujeres, y un menor consumo de tabaco en los estudiantes de Ciencias de la Salud que en los de Ciencias de la Educación y Estudios Sociales.³⁰³ Otra investigación (2006) muestra una prevalencia del consumo de tabaco en universitarios de un 41,5 % en hombres y de un 58,% en mujeres, destacando como el 18% de los alumnos/as que entran en primer año de carrera fuman todos los días y el 13 % de forma ocasional, cifra que asciende progresivamente, pues el 31 % del alumnado consume tabaco regularmente en los últimos cursos universitarios.³¹⁵

Datos similares a los presentados en otros estudios realizados en estudiantes de Ciencias de la Salud.³⁴¹

Otras investigaciones en la misma línea valoran el consumo de tabaco en universitarios como, por ejemplo, el proyecto SUN,²⁹⁹ que ha pretendido, a través de un análisis transversal, conocer la situación laboral, el tipo de estudios y el estado civil con el consumo de tabaco en una cohorte de licenciados y diplomados universitarios españoles, donde predominaban los profesionales sanitarios, cuyas conclusiones permitieron señalar que dentro de un gran colectivo español, con niveles educativos superiores, la prevalencia de fumadoras actuales es mayor en las mujeres que han completado una Diplomatura. Es preocupante, desde el punto de vista sociosanitario, que entre las enfermeras la prevalencia del tabaquismo sea más alta que en la media de las mujeres universitarias. Datos similares a los que encontramos en otros trabajos ya citados.

Montserrat Fortuny i Gras realiza una investigación en la Universidad de la Rioja en el año 2005 denominada “Estrategias para la formación de los estudiantes de Magisterio en el área de EPS”, y presenta propuestas para introducir la EPS en los Programas de formación inicial de los maestros, para lo cual propone el desarrollo de unos Talleres de salud con la participación voluntaria de profesores y alumnos, estrategia que posibilita la sensibilización sobre el tema a todo el profesorado y alumnado.

Otro trabajo sobre estilos de vida relacionados con la salud (alimentación, tabaquismo y consumo de otras drogas entre estudiantes universitarios), concluye que género y orientación académica son las variables epidemiológicas observadas en los estilos de vida relacionados con la salud.³⁰⁴

Finalmente estudios sobre tabaquismo en estudiantes universitarios en relación con la práctica del ejercicio físico significan la interferencia del ejercicio con factores de inicio en el consumo de tabaco, y la contribución a la disminución de la prevalencia de tabaquismo en la población (2004),^{312, 331-334} en la misma línea que “Prevalencia y Conocimientos del tabaquismo en

estudiantes de Ciencias de la Salud, de la Educación y Estudios Sociales” (2007), de García Salavedra y otros.³¹¹

En definitiva la pluralidad de los trabajos indica el grado de interés del tema y la preocupación social del tabaquismo en la actualidad especialmente atenta a la obtención de hábitos de vida saludable y a evitar la morbimortalidad. Continúas publicaciones están dando contenido paulatinamente a la resolución de un problema en el que todos estamos inmersos y formamos parte.^{342-345, 321-322, 325, 318, 305-308, 293}

Para finalizar queremos anotar la preocupación por las Tendencias del consumo de tabaco entre alumnos de la Universidad Nacional Autónoma de México (2002) ^{339, 340} que señalan las tendencias ascendentes en el consumo de tabaco, junto a una reciente encuesta mundial de tabaquismo realizada a estudiantes de la Salud de México (2007), que analiza conocimientos y actitudes frente al tabaquismo en el otro lado del Atlántico.

Bibliografía del Capítulo 3.

1. Del Rey Calero J y otros. Aspectos epidemiológicos del consumo de tabaco. *Tarbiya* nº 20,1998, p. 29-44.
2. Camping M, Gasch J, Hereu P. Consumo y actitudes de los adolescentes frente a sustancias adictivas. Encuesta de prevalencia. *An Esp Pediatr* 1996; 45:475-78.
3. Barrueco M, Cordobilla R, Hernández Mezquita MA. Diferencias entre sexos en la experimentación y consumo de tabaco por niños, adolescentes y jóvenes. *Arch Bronconeumol* 1998; 34; 199-203.
4. Álvarez FJ, Vellisco E, Calderón E, Sánchez J, Del castillo D, Vargas R, et al. Tabaquismo escolar en la provincia de Sevilla. Epidemiología e influencia del entorno personal y social (campaña de prevención del tabaquismo 1998-1999). *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 118-23.
5. Prieto L, Escobar MA, Palomo L, Galindo A, Iglesias R, Estévez A. Consumo de tabaco en escolares en la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Atención Primaria* 1999; 32; 326-31.
6. Pérula LA, Ruiz R, Nora N, Mengual P, Rodríguez FC, Espejo J. Consumo de tabaco en la población escolar. Factores relacionados. *Gac Sanitaria* 1998; 12; 249-53.
7. Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio español sobre drogas. Informe 2004. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2005.
8. Ayesta FJ, de la Rosa L. ¿Por qué fuman más hoy en día las mujeres?. *Prev Tab* 2001; 3:155-60.
9. Solano S, Jiménez Ruiz CA (eds). Manual del tabaquismo. 2ª edic. Barcelona: Masson 2002.

10. Surgeon D. Canada teenagers less likely to smoke now than in 1999. *Br Med J* 2004, 329, 420.
11. Márquez Pérez FL, Garrido Romero JJ, Domínguez Moreno JL. El consumo de tabaco como un proceso. En Jiménez Ruiz CA, Fageström KO, eds. *Tratado de tabaquismo*. Madrid. Biblioteca Aula Médica; 2007. p. 31-43.
12. Royal College of Physicians of London. *Nicotine addiction in Britain; a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. London, UK: Royal College of Physicians. 2000.
13. World Health Organization. *Advancing Knowledge on regulating tobacco products*. Geneva. Switzerland; WHO; 2001.
14. US Department of Health and Human Services. *The Health consequences of smoking: nicotine addiction, a report of the Surgeon General*. Washington DC; US Government Printing Office; 1988.
15. Royal Society of Canada. *Tobacco Nicotine and addiction; a committee report prepared at the request of the Royal Society of Canada*. Ottawa, Canada. 1989.
16. Barrueco M, Vicente M, Garavís JL, Blanco A, Rodríguez MC. *Prevención del tabaquismo en la escuela: resultados de un programa realizado durante tres años*. *Arch Broncoemol* 1988; 34; 323-8.
17. Ellickson PL, Bell RM, McGuire MS. *Preventing adolescents drug use; long term results of a junior high program*. *Am J Public Health* 1993; 83; 856-61.
18. Sequier A, Stoebner A, Gourgon MS, Lence J, Cecile Bonifaci MD, Sancho-Garnier H. *Métodos educativos en la prevención del*

- tabaquismo en escolares del departamento de Herault, Francia. *Salud Publica Mex* 2002, vol. 44, supl 1, 15-21.
19. Wyser C, Bollinger CT, Smoking-related disorders. En Bollinger CT. Fageström KO. *The Tobacco Epidemic*, 1997, vol 28, p.78-106.
 20. Cabezas Peña C, Robledo T, Marques F, Ortega R, Nebot-Adell M, Megido-Baldía MT et al. Recomendaciones sobre el consumo de tabaco. *Aten Primaria* 2005; 36 (supl 2): 28-33.
 21. Ariza C, Nebot M. La prevención del tabaquismo en jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Adicciones. Revista de sociodrogalcohol* 2004, 16 (2 supl): 359-378.
 22. Ovejero Bernal A. La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una intervención eficaz. *Intervención psicosocial* 2000, 9 (2): 199-215.
 23. Schachter S. 1959. *The psychology of affiliation: experimental studies of the sources of pregariousness*. Stanford, Ca. Stanford university Press.
 24. Festinger. A theory of social comparision proceses; human relations; 1954, 7; 117-140.
 25. Coleman JC. *Psicología de la adolescencia*. Madrid. 1985.
 26. Cortés M, Schiaffino A, Martí M, Fernández E. Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Gac Sanit* 2005 ene-feb; vol 19, nº1.
 27. Ariza C, Nebot M. Predictores de iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76; 227-38.

28. Escobedo LG, Marcus SE, Holtzman D, Giviono GA. Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US high school students. *JAMA* 1993; 269; 1; 391-95.
29. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and Herat disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997; 315; 973-80.
30. Ary D, Biglan A. Longitudinal Changes in adolescents cigarette smoking behavior: onset and cessation. *J Behav Med* 1988; 11; 361-82.
31. Pierce JP, Gilpin EA, How long will today's new adolescent smoker be addicted to cigarette? *Am J Public Health* 1996; 86:253-6.
32. Hirschman RS, Leventhal H, Glynn K. The development of smoking behavior: Conceptualization and supportive cross-sectional survey data. *Journal of Applied Social Psychology* 1984, p.184-206.
33. Li MD, Chen R, Ma JZ, Swan GE. A meta-analysis of estimated genetic and environmental effects of smoking behavior in male and female adult twins. *Addiction* 2002; 98:23-31.
34. Pérez Trullén A, Herrero I, Clemente ML, Pérez Trullén JM, Sánchez Agudo L. Bases neurobiológicas de la adicción a la nicotina: el porqué un nuevo tratamiento para dejar de fumar. *Arch Bronconeumol* 2002; 38 (Supl 7):30-5.
35. Straub RE, Sullivan PF, Ma Y, Myakishev MV, Harris-Kerr C, Wormley B, et al. Susceptibility genes for nicotine dependence: a genome scan and follow-up in an independent sample suggest that regions on chromosomes 2, 4, 10, 16, 17 and 18 merit further study. *Mol Psychiatry* 1999; 4:129-44.

36. Silverman MA, Neale MC, Sullivan PF, Harris-Kerr C, Wormley B, Sadek H, et al. Haplotypes of four novel single nucleotide polymorphisms in the nicotinic acetylcholine receptor β 2-subunit (CHRNA2) gene show no association with smoking initiation or nicotine dependence. *Am J Med Genet* 2000; 96:646-53.
37. Sullivan PF, Neale MC, Silverman MA, Harris-Kerr C, Myakishev MV, Wormley B, et al. An association study of DRD5 with smoking initiation and progression to nicotine dependence. *Am J Med Genet* 2001;105:259-65.
38. Batra V, Patkar AA, Berrettini WH, Weinstein SP, Leone FT. The genetic determinants of smoking. *Chest* 2003;123:1730-9.
39. Bechara J. La insula responsable de la adicción a la nicotina. *El Mundo* 26/01/2007, 35
40. Descombe. Uncertain identities and health-risking behaviour: the case of young people and smoking in late modernity. *British Journal of Sociology* 2001; 52:157.
41. Becoña E. Ansiedad y consumo de tabaco por adolescentes: 47-44. *Adicciones*. 2004, 16 (2): 91-96, 25 ref.
42. Wilens TE, Biederman J, Milberger S, Haahes AL, Goldman S, Wozniak J, Spencer TJ. Is bipolar disorder a risk for cigarette smoking in ADHD youth? *Am J Addict* 2000; 9:187-95.
43. Becoña E, Vázquez FL. Psicopatología del tabaquismo. *Trastornos adictivos* 1999; 1:27-33.
44. Hoffman JH, Welte JW, Barnes GM. Co-occurrence of alcohol and cigarette use among adolescents. *Addictive Behaviors* 2001; 26:63-78.

45. Iman SE, Nestler EJ. Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psychotropic drug addiction. *Am J Psychiatr* 1996; 153: 151-62.
46. Tomeo CA, Field AE, Berkery CS. Weight concerns, Weight control behaviors and smoking imitation. *Pediatrics* 1999;104: 918-24.
47. Rugaska J, Kennedy O, Barton M, Abaunza PS, Treacy M P , Knox B. Smoking and symbolism: children communication and cigarettes. *Health Education research* 2001; 16:131-42.
48. Romer D, Jamieson P. Do adolescents appreciate the risks of smoking?. Evidence from a national survey. *Journal Adolescent Health* 2001; 29:12-21.
49. Oetting ER, Donnermeyer JF. Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse*, 33, 1988, p. 995-1026.
50. Miller P. Family structure, personality, drinking, smoking and illicit drug use: a study of UK teenagers. *Drug and alcohol dependence* 1997; 45:121-29.
51. Barrueco M. Influencia familiar en la actitud del niño ante el tabaco *Arch. Bronconeumol* 1997; 33: 472-4.
52. Alter MN, Pascual MT y Grupo de trabajo sobre el tabaquismo en la infancia y la adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *An Esp Pediatr* 2000; 52; 168-77.
53. Aubá J, Villalbí R. Tabaco y adolescente: influencia del entorno personal. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 506-9.
54. Brook JS, Whitman M, Gordon AS. Maternal and personality determinants of adolescents smoking behavior. *J Genet Psychol* 1981; 139; 185-93.

55. Murphy NT, Price CJ. The influence of self.-esteem parenteral smoking, and living in a tobacco production region on adolescents smoking behaviors. *Journal of Schools Health* 1988; 54: 401-5.
56. Murray M, Kiryluk S, Swan A. Relation between parents and childrens smoking behavior and actitudes. *J Epidemiol Community Health* 1985; 39: 169-174.
57. Burchfield CM, Higgins MW, Séller JB, Buttler WJ, Donahuue RP. Initiation of cigarette smoking in children and adolescents of Tecumseh, Michigan. *Am J Aust* 1989; 150: 81-4.
58. De Vries H, Baskvier E, Kok G, Dijkstra M. The impact of social influences in the contex of actitudes, self efficacy, intention and previous behavior as predictors of smoking onset. *J Apply Soc Psicol* 1995; 25: 237-57.
59. Williams JG, Covington CJ. Predictors of cigarette smoking among adolescents. *Psychological Report* 1997; 80:481-82.
60. Farkas AJ, Diestefan JM, Choi WS, Gilpin EA, Pierce JP. Does parental smoking cessation discourage adolescent smoking?. *Preventive Medicine* 1999; 28:213-218.
61. López MA, López T, Coma A, Herrero P, González J, Cueto A et al. Actividades extraescolares de los adolescentes útiles para programas de prevención del tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública* 1999.73; 343-53.
62. Jiménez Ruiz C. El consumo de tabaco como un proceso. En: *Manual SEPAR volumen 1*: 58-62.
63. Poulsen LH, Osler M, Robert C, Due P, Damsgaard M, Holstein BE. Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviors: analysis of cross sectional data from Danmark. *Tab Control* 2002; 11:246-51.

64. Villalbí JR, Ballestín M. Developing smoking control policies in schools. *Health Promotion Internacional* 1994; 9; 99-103.
65. Viejo JL. Tabaco en jóvenes. *Arch Bronconeumol* 1995; 31; 491-3.
66. Bosaquet N. Europe and tobacco. *Br Med J* 1992; 304; 370-2.
67. Taylor RB. *Medicina de Familia. Principios y práctica*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1995.
68. Real Decreto 192/1988. Sobre limitaciones en la venta y uso de tabaco para la protección de la salud de la población. *BOE* de 9 marzo de 1988; 7,499-7,501.
69. Ballestín M, Jáuregui O, Rivera S, Villalbí JR. El tabaco en las escuelas primarias. *Aten. Primaria* 1992, 10: 834-6.
70. Ballestín M, Bosch N, Nebot M. Conocimientos y aplicación de las normativas sobre tabaquismo en centros escolares enseñanza secundaria. *Aten Primaria* 1999; 24; 589-93.
71. Fischer PM, Schwartz MP, Richards JW, Paulman PM, Goldstein AO, Rojas TH. Brand logo recognition by children aged 3 to 6 years. Mickey Mouse and Old Joe the camel. *JAMA* 1991; 266:3146-48.
72. Mendoza Bejarano R. El consumo de tabaco en los escolares españoles. Tendencias observadas (1986-1990). Posibles factores explicativos y sugerencias de intervención. 8ª Conferencia Mundial sobre tabaco y salud. Buenos Aires 1992.
73. Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA. Mecanismos de iniciación al tabaco. Dependencia no farmacológica. *Arch Bronconeumol* 1995; 31:109-113.
74. Barrueco M, Garavis JL, Botella E, Blanco E, Vicente M, García J. *Prev Tab* nº 3, junio 1995.

75. Payne R, Manley MW. Participación del clínico para prevenir la iniciación del tabaquismo. *Clin Med North* 1992; 2; 435-446.
76. Department of Health Human Services. Reducing the health consequences of smoking: nicotine addictions. A report of the surgeon General. Washington DC. Department of Health human Services 1989; DHHS (PHS) 88-8406.
77. Marín Tuya D. Tabaco y adolescentes. Más vale prevenir. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 497-500.
78. Dupont RL. Prevention of adolescents chemical dependency. *Pediatr. Clin North Am* 1987; 34; 495-505.
79. Glynn TJ. Essential elements of school-based smoking prevention programs. *J School Health* 1989; 59, 181.
80. Villalbí JR, Aubá J, Disseny I. *Avaluació preliminar del projecte PASE. Un programa de prevenció de l'ús de substàncies addictives a l'escola.* Barcelona Publicacions del Ajuntament de Barcelona. Barcelona.
81. Villalbí JR, Aubá J, García González. Evaluación de un proyecto de prevención primaria de tabaquismo. El proyecto piloto PASE de Barcelona. *Rev San Hig Pub* 1992; 66; 143-148.
82. Jayanthi V, Probert CSJ, Sert KS, Mayberry FJ. Smoking and Prevention. *Respiratory Medicina* 1991; 85; 179-183.
83. Net LM. Physician role in smoking cessation. A present and future agenda: *Chest* 1990; 97 (suppl 2); 28S-32S.
84. Kotte TE, Bautista RN, De Friese GH et al. Attributes of successful smoking cessation intervention in medical practice: a meta analysis of 39 controlled trials. *JAMA*; 2000, 259, 2882-89.

85. US: Preventive Services Task Force. Guía de actividades preventivas en la práctica médica. Consejo para prevenir el uso de tabaco. Ed. Díaz de Santos. Madrid 1992; 417-482.
86. American Academy of Pediatrics, Comité on adolescence: Tobacco use by children and adolescents. *Pediatrics* 1987; 79; 479-482.
87. American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of children and family Health; Guidelines for Health Supervision II. Elk Grove Village. American Academy of Pediatrics.
88. Oci TPS, Fca Smoking prevention program for children; a review. *J Drug Educ* 1987; 17; 11-42.
89. Barrueco M, Vicente M, López I, Gonsalves T, Terrero D, García J, Asensio D. Tabaquismo escolar en el medio rural de Castilla- León. Actitudes de la población escolar. *Arch Bronconeumol* 1995, 15; 11-14.
90. Europa contra el Cáncer. El tabaco y Tú. Guía del profesor. Comisión de las Comunidades Europeas 1992.
91. Pérula de Torres y cols. Consumo de tabaco en la población escolar. Factores relacionados. *Gac Sanit* 1998; 12: 249-253.
92. Nebot M. Los jóvenes y el tabaco: ¿podemos ser optimistas?. *Gac Sanit* 1991; 111.
93. Villalbí JR, Aubá García. P. Resultados de un programa escolar de prevención del abuso de sustancias adictivas: proyecto piloto: PASE de Barcelona. *Gac Sanit* 1993; 7: 70-7.
94. Carrasco Jiménez TJ, Adame ML, Vila Castellar J. Aplicación de una técnica "Bogus pipeline" a la evaluación del hábito de fumar en adolescentes: una revisión. *Revista de psicología de la salud* 1993, 5(2): 3-28, 50 ref.

95. Sánchez Agudo L. Tabaquismo en la infancia. Arch Bronconeumol 2004; 40: 1 – 49.
96. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. Secondary school students in: National Survey Results on Drug Use from the Monitoring the Future Study, 1975-1995. Vol I. Rockville: National Institute on Drug Abuse, NHI Pub n.º 97-4139, 1996.
97. Hibell B, Anderson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al.. The 1999 ESPAD Report. Alcohol and other drug use among students in 30 European countries. Stocholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drug. The Pompidou Group at the Council of Europe, 2000.
98. Encuesta sobre drogas a la población escolar, 1996.
99. González Ferreras C. Factores biopsicosociales que inciden en el consumo de tabaco en población infanto-juvenil. Bases para una educación preventiva. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía, 1999.
100. Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas. Geneva: World Health Organization, 2002.
101. EPA Respiratory health effects of passive smoking. Washington DC: Environmental Protection Agency 600/6-90/006F, December 1992.
102. Schoendorf KC, Kiely JL. Relationship of sudden infant death syndrome to maternal smoking during and after pregnancy. Pediatrics 1992; 90:905-8 .
103. DiFranza JR, Lew RA. Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. J Fam Pract 1995;40:385-94 .

-
104. Avery ME, Frantz ID. To breathe or not to breathe what have we learned about apneic spells and sudden infant death?. *N Engl J Med* 1983;309:107-8.
 105. Hiremagalur B, Nankova B, Nitahara J, Zeman R, Sabban EL. Nicotine increases expression of tyrosine hydroxylase gene: involvement of protein kinase A-mediated pathway. *J Biol Chem* 1993; 268: 23704-11.
 106. Worsnop C. Smoking. Not for anyone. *Chest* 2003; 123:1338-40.
 107. Becoña Iglesias E. Teorías y modelos explicativos de la conducta de fumar. En Graña, (ed) .*Conductas adictivas*.Madrid.1994 p373-402.
 108. Waldron I, Lye D. Relationships of teenage smoking to educational aspirationsand parent's education. *J Subst Abuse* 1990;2:201-15.
 109. Richmond RL, Khoel L. Multivariant models for predicting abstention folowing intervention to stop smoking by general practitioners.*Addiction* 1993; 88, 1127-35.
 110. Altet Gómez MN, Pascual Sánchez J. Tabaquismo en la infancia y adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *An Esp Ped* 2000, 2: 103-105.
 111. US Department of Health and Human Services.The Health Consequences of involuntary smoking: A report of the surgeon General U.S.DHHS. Public Health Service. Washington , DC DHHC(CDC). Publ n° 86-8400, 1986.
 112. US Department of Health and Human Services (DHHC), Reducing the health consequences of smoking 25 years of progress.A report of the Surgeon General. PHS; CDC; Office on smoking and Health. Washington , DC DHHC(CDC). Publ N° 89-8411, 1989.

113. Altet MN, Alcaide J. Tabaquismo en el adolescente. *An Esp Ped* 1998, Supl 110: 26-31
114. Ferris Tortajada J, Lopez Andreu JA, García Castell J, Pérez Tarazona S, Cortell Aznar I. Enfermedades pediátricas asociadas al tabaquismo pasivo. *An Esp Ped* 1998, 49; 339-347.
115. Whithers NJ, Holagate ST, Cloug JB. The natural history of respiratory symptoms in a cohort of adolescents. *Am J. Respir Crit Care Med.*1998; 158: 352-357.
116. Ferris Tortajada J, García Castell J, López Andreu JA, Pérez Tarazona S. Tabaquismo infantil: ¿fumadores pasivos o pediatras pasivos? *Acta Ped Esp* 1998; 56; 620-624.
117. Salleras Sanmartín LI. Educación Sanitaria. Principios, métodos, aplicaciones. Madrid.1985.
118. Parran TV The Psysician's role in smoking cessation. *J. Respir Dis*1998 ;19(supl): 6-12.
119. Russell MAH, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner's advise against smoking. *BMJ* 1979; 2; 231-235.
120. Heras Tebar A, Nogues Carbonell J. Prevención del tabaquismo pasivo en la población infantil. Protocolo de actuación en atención primaria de salud. *Enfermería clínica*, vol 10, nº4,1999.
121. Artigau M, Mur E, Fallada A, Dauffi C, Cerrillo M, Ruiz M, Exposició de la població pediàtrica al tabaquisme passiu. X Jornades de la Societat de Salut Publica de Catalunya i de Balears. *Gac Sanit* 1998, 12 (supl 2): 15.
122. Davis RM, Passive smoking : hystory repeats itself. *Br Med J*1997; 315; 961.

-
123. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. Parenteral Smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax* 1997; 52; 905-914.
 124. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. Parenteral smoking and childhood asthma: longitudinal and case –control studies. *Thorax* 1998; 53; 204-212.
 125. Active and passive tobacco exposure: a serious pediatric health problem. A statement from the Committee on atherosclerosis and Hipertensión in children, Council on Cardiovascular Disease in the Youth. American Heart Association *Circulation* 1994; 90; 2581-2590.
 126. Tobacco-free environment; an imperative for the health of children and adolescents. American Academy of Pediatrics. Comité on substance abuse. *Pediatrics* 1994; 93; 866-888.
 127. Comité on Environmental Health. Humo de tabaco en el ambiente: un peligro para los niños. *Pediatrics* 1997; 43; 283-286.
 128. Charlton A. Children and smoking; the family circle. *Br.Md Bull* 1996; 52;90-107.
 129. Bakoula CG, Kafritsa YJ, Kavadias GD, Haley NJ, Matsanions NS. Factors modifying exposure to environmental tobacco smoke in children (Athens) *Cause Cancer Control* 1997; 8; 73-76.
 130. Eriksen W, Sorum K, Bruusgaard D. Is there an increased liability in parent's smoking behavior after a childbirth?. *Scand J Prim Health Care* 1996; 14; 86-91.
 131. Mora F. Los laberintos del placer en el cerebro humano. Madrid. Alianza Editorial. 2006.

132. Jha, Chaloupka FJ. The economic of global tobacco control. *BMJ* 2000, 321: 358-61.
133. Pomerleau OF, Pomerleau CS. A biobehavioral perspective on smoking. En T. Ney y A. Gale (Eds.), *Smoking and human behavior*. Chichester: Wiley, 1989. p. 69-88.
134. Becoña Iglesias E. El abandono del hábito tabáquico como proceso de cambio. *Psiquiatría y Atención Primaria* 2001, (s): 9-13.
135. Becoña Iglesias E. Teorías y modelos explicativos de la conducta de fumar. En: José Luís Graña ed. *Conductas adictivas*. Editorial Debate. Madrid 1994; 373-402.
136. Prochaska JO, Di-Clemente CC. Stages and process of self –change of smoking: Toward an interactive model of change. *J Cons Clin Psicol.* 1983; 51: 390-5.
137. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM IV. Barcelona Masson.1995. DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000.
138. Stead M, Hasting G, Tudor Smith C. Preventing adolescents smoking: a review of options. *Heath Educ J* 1996; 55; 31-54.
139. Conde F, Gabriel G. Las concepciones de la Salud de los jóvenes. Informe 2004. Documentos técnicos de Salud Pública, nº 94, Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Madrid 2005.
140. Vázquez FL, Becoña E. Estrategias para los profesionales de la salud para prevenir el inicio del consumo de tabaco. *Psiquis* 1999; 20(5): 177-189.
141. Myers MG, Brown SA: Smoking and health in substance-abusing adolescents: a two years follow-up. *Pediatrics* 1994; 93: 561-566.

-
142. Jhonson EO, Chase GA, Vreslau N. Persistence of cigarette smoking: familial liability and the role of nicotine dependence. *Addiction* 2002 ;97: 1063-1070.
 143. USDHHS, 1988 The health consequences of smoking. Nicotine addiction. A report of the Surgeon General. Rockville, MD, Department of Health and Human Services, 1988.
 144. Pointieri FE, Tanda G, Orzi F, Di Chiara G. Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity to those of addictive drugs. *Nature* 1996; 382:255-57.
 145. Norstrom BL, Kinnuen T, Utman CH. Predictors of continued smoking over 25 years of follow-up in the normative aging study. *Am J Public Health* 2000; 90: 404-406.
 146. Colby SM, Tiffany ST, Schiffman S. Measuring nicotine dependence among youth a review of available approaches and instruments. *Drug Alcohol Depend* 2000; (suppl. 1); S23-S39.
 147. Mackee SA, Hinson R, Rounsaville D, Survey of subjective of smoking while drinking among college students. *Nicotine Tob Res* 2004; 6; 111-1117.
 148. Sher KJ, Gothman HJ, Erickson DJ. A prospective, high- risk study of the relationship between tobacco dependence and alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 1996, 20; 485-490.
 149. Benowitz NL, Peng MW. Non nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. Mechanism and prospects. *Drug* 2000; 13:265-85.
 150. Imán SE, Nestler EJ. Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psychotropic drug addiction. *Am J Psychiat* 1996;153:151-62.

151. Due DL, Huettel SA, May WG, Rubin DC. Activation in mesolimbic and visuospatial neural circuits elicited by smoking cues: evidence from functional magnetic resonance imaging. *Am J Psychiatry* 2002 159:954-60.
152. Brautch G, Follinstad D, Brakash D, Berry KL. Drug Education; a review of Goals, approaches and effectiveness and a paradigm for evaluation. *Quarterly Journal of studies of alcoholism* 2003, 34:1279-1292.
153. Luna Adame. Evaluación de la eficacia de un programa del consumo de tabaco en adolescentes. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. 2005
154. Swischer JD, Crawford J, Golstein R, Yura M. Drug Education: pushing or prevention?. *Peabody Journal of Education*, Octubre 68-75.
155. Schaps E, Dibartolo R, Moskowitz J, Palley CS, Churgin S. A review of 127 drug abuse prevention programs. *Journal of Drug Issues*, 17-43, 1981.
156. Dearden M, Jekel JF. A pilot program in high school drug education utilizing non directive techniques and sensitive training. *Journal of school Health* 1971, 41, 118-129.
157. English GE. The effectiveness of emotional appeal vs fact giving information films. *Journal of School Health* 1972. 42, 540-541.
158. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. Secondary school students in: *National Survey Results on Drug Use from the Monitoring the Future Study, 1975-1995*. Vol I. Rockville: National Institute on Drug Abuse, NHI Pub n.º 97-4139, 1996.

-
159. Geis G. Addicts in the classroom: the impact of a experimental narcotics program on junior schools pupils. A report Washington DC. Office of economic opportunity, 1969.
 160. Willians A, Diccico LM, Untenberg H. Phylosophy and evaluation school education program. Quarterly journal of studies and alcohol, 1968, 29, 685-702.
 161. Rourjke O. Assesment of effcetiveness of the New York states currículo cuide with respect to drug education. Journal of Drug Education, 3.57-66, 1973.
 162. Holland WW. Cigarette smoking respiratory symptoms and antismoking propagand. Lancet 1970, 1,41-43.
 163. Bierner KJ. The influence of heath education on the use of alcohol and tobacco in adolescents. Preventive Medicine 1975, 4.252-257.
 164. Berberian R, Gross C, Lovely J, Paperelles S. The efectiveness of drug education programs; a critical review. Heatlh Education Monograph 1976, 4, 337-399.
 165. Cramer T. Anti-schooling-smoking camping in Debmark. International Union against Cancer 1963, 19, 935-936.
 166. Estrin ERA “no smoking” project for ninth and tenth grades. Journal of School Health 1965. 35, 381-382.
 167. Morison. Cigarrete smoking; surveys and health education program in Winnipeg, Manitoba. Canadian Journal of Public Health 1964;55, 16-22.
 168. Rabinowitz, Zimmerli. Effects of a health education program on junior high students’s knowledge, attitudes and behavior concerning tobacco use. Journal of School Health 1974, 44; 324-330.

169. Evans RI, Borgatta EF. An experiment in smoking disuasión among university freshmen: a follow-up journal. *Journal of Social and Health Behavior* 1982; 11, 30-36.
170. Creswell WH. University of Illinois anti-smoking education study. *Illinois Journal of Education* 1969; 60, 27-37.
171. Merki DJ. The effects of two educational methods and message themes on rural youth smoking behavior. *Journal of School Health* 1968; 38, 448-454.
172. Piper GW, Jones JA, Mattheus VL. The saskatoon smoking project; the model. *Canadian Journal of Public Health* 1970; 61, 503-508.
173. Chalke HD. An approach to anti-smoking activities in school. *International Journal of Health Education* 1964; 7, 183-187.
174. Evans RI, Smith CK, Raines BE. Deterring cigarette smoking in adolescents :a Psycho-social –behavioral analysis of an intervention strategy. En A Braum y J Singer (eds). *Handbook of psychology and health* (p301-318), Hillsdale NJ, Lawrence Erlbaum, 1982.
175. Evans RI. A social inoculation strategy deter smoking in adolescents. En JD Matarazzo, SM Weiss, JA Herd, NE Miller, SM Weiss (eds). *Behavior health; a handbook of health enhancement and disease prevention*. Nueva York; Willey. 1984.
176. Mcguire WJ. The effectiveness of supportive refutational defenses in immunizing and restoring beliefs against persuasión. *Sociometry* 1961, 24, 184-197.
177. Ellickson PL, Bell RM. Drug prevention in junior high; a multi-site longitudinal test. *Science* 1990, 247; 1299-1305.
178. Mackinnon DP, Johnson CA, Pentz MA, Dwyer JH, Hansen W, Flay BR, Wang E YI. Mediating mechanisms in a school-based drug

prevention program; first year effects of the Midwestern prevention project. *Health Psychology* 1991;10, 164-172.

179. Pentz MA, Mackinnon DP, Flay BR, Hansen WB, Johnson C, Dwyer JH. Primary prevention of chronic diseases in adolescent: effects of the Midwestern prevention project on tobacco use. *American Journal of Epidemiology* 1993;130, 713-724.
180. Puska P, Vartiainen E, Pallonen U, Salonen JT, Poyhia P, Koskela K, McAlister A. The North Karelia Youth project; evaluation of two years on intervention on health behavior and CVD risk factors among 13 to 15 years old children, 1982.
181. Perry, Killen, Slinkard, McAlister. Peer teaching and smoking prevention among junior students. *Adolescents* 1980;15, 277-28.
182. Hurd PD, Anderson C, Pechacek T, Bast LP, Jacobs DR, Luepker RV. Prevention of cigarette smoking in seventh grade students. *Journal of Behavior Medicine* 1980;3, 15-28.
183. Tech MJ, Killen JD, Mc Alister AL, Perry CL, Maccoby N. Long-term follow-up pilot project on smoking prevention with adolescents. *Journal of behavior Medicine* 1982; 5, 1-8.
184. Telch MJ, Miller LM, Killen JD, Cooke S. Social influences approach to smoking prevention; the effects of videotape delivery with and without same age peer leader participation. *Addictive Behaviors*;1990, 15-21-28.
185. Coe RM, Crouse E, Cohen JD, Fisher EB. Patterns of change in adolescents smoking behavior and results a one year follow-up of a smoking prevention program. *Journal of School Health* 1982;348-353.

186. Elder JP, Sallis JF, Woodruff SI, Wildey MB. Tobacco-refusal skills and tobacco use among high-risk adolescents. *Journal of Behavioral Medicine* 1993; 16, 629-639.
187. Flynn BS, Worden JK, Secker-walker RH, Badger GJ, Séller BN, Constanza MC. Prevention of cigarette smoking through mass media intervention and school programs. *American Journal of Public Health* 1994; 82, 827-834.
188. Flynn BS, Worden JK, Secker-walker RH, Pirie PL, Badger G, Carpenter JH. Long-term responses of higher and lower risk youths to smoking prevention interventions. *Preventive Medicine* 1997; 26, 3889-394.
189. Arkin RM, Roemhild HF, Jonson CA, Luepker RV, Murria DM. The Minnesota Smoking prevention program; a seventh –grade health curriculum supplement. *The Journal of School Health* 1981 Nov;611-616.
190. Luepker RV, Jonson CA, Murria DM, Pechacek TF. Prevention of cigarette smoking; three-year follow –up of an education program for youth. *Journal of Behavior Medicine* 1983;6, 53-62.
191. Murray DM, Davis-Hearn M, Goldman AI, Pirie P, Luepker R. Four- and five year follow up results from four seventh grade smoking prevention strategies. *Journal of Behavioral Medicine* 1988;11, 395-405.
192. Becker HR, Agopian MW, Yeh S. Impact evaluation of drug abuse resistance education (DARE). *Journal of Drug Education* 1990, 22, 283-291.
193. Clayton RR, Catarrello A, Day LE, Walden KP. Persuasive communication and drug abuse prevention; an evaluation of the DARE program. En L donohe H, Sypher y W Bukowski(eds). *Persuasive communication and drug abuse prevention* 1991;(p 295-313).

-
194. Ennet ST, Bauman K. The contribution of influence and selection to adolescents peer group homogeneity; the case of adolescent cigarette smoking. *Journal of Personality and Social Psychology* 1994;67, 653-663.
 195. Hansen WB, Collins LM. Siete formas de aumentar el poder estadístico. En LM Collins y LA Seitz (eds). *Progreso en el análisis de datos para la investigación de intervenciones preventivas* (p 143-151). Madrid; fundación de ayuda contra la drogadicción.1997.
 196. Ringwalt C, Ennet ST, Holt KD. An outcome evaluation of project DARE (drug abuse resistance education). *Health Education Research* 1991; 6, 327-337.
 197. West SL, O'Neal KK. Project DARE. Outcome effectiveness revisited. *American Journal of Public Health* 2004; 94, 1027-1029.
 198. Murray DM, Davis-Hearn M, Goldman AI, Pirie P, Luepker R. Four- and five year follow up results from four seventh grade smoking prevention strategies. *Journal of Behavioral Medicine* 1988;11, 395-405.
 199. Telch MJ, Miller LM, Killen JD, Cooke S. Social influences approach to smoking prevention; the effects of videotape delivery with and without same age peer leader participation. *Addictive Behaviors* 1990; 15-21-28.
 200. Ellickson PL, Bell RM. Drug prevention in junior high; a multi-site longitudinal test. *Science* 1990;247: 1299-1305.
 201. Johnson CA, Hansen WB, Collins LM, Graham JW. High school smoking prevention; results of a three year longitudinal study *Journal of Behavioral Medicine* 1986; 9: 439-452.

202. Elder JP, Wildey K. The long –term prevention of tobacco use among junior high school student: classroom and telephone intervention. *American Journal of Public Health*1983; 1239-1244
203. 203. Graham JW, Marcks G, Hansen WB. Social influence proceses affective adolescents substance use. *Journal of Applied Pshychology*1991;76: 291-298.
204. Donalson ST, Graham JW, Hansen WB. Testing the generalizability of intervention mechanism theories; understanding the effects of adolescent drug use prevention interventions. *Journal of Behavioral Medicine* 1994;17: 195-215.
205. Perry CL, Helder SH, Murria DM, Klepp KI. Community wide smoking prevention; long-term outcomes of the minesoota Herat health program and the class of 1989 study. *American Journal of Public Health* 1989; 82: 1210-1216.
206. Perry CL, Kleep KI, Sillers C. Community-wide strategies for cardiovascular heath; the Minesota hearth program youth program. *Health Education Research*, 1989; 4: 87-101.
207. Botvin GJ, Dusenbury L, Baker E, James Ortiz S, Kerner J. A skills training aproach to smoking prevention among hispanic youth: *Journal of Behavioral Medicine* 1989;12: 279-296.
208. Botvin GJ, Eng A. A comprehensive school-based smoking prevention program, *Journal of School Health* 1980; 50: 209-213.
209. Botvin GJ, Eng A. The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking. *Preventive Medicine* 1982;11: 199-211.
210. Botvin GJ, Dusenbury L, Baker E, James-Ortiz S, Botvin EM, Kerner J. Smoking prevention among urban minority youth assesing effects

- outcome and mediating variables. *Health Psychology* 1992; 11: 290-299.
211. Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through life skills training. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* 2001;12: 1-17.
212. Carrasco TJ, Luna M. Influence of the message's credibility and the pressure to hide tobacco consumption in the effectiveness of the "bogus pipeline" technique. *Drug Education Prevention and Policy* 2002; 9:187-193.
213. Jessor R, Jessor SL. *Problem behavior and psychosocial development; a longitudinal study of youth*: Nueva York; academy press.
214. Newcomb MD, Felix-Ortiz M. Multiple prospective and risk factors for drug abuse; cross sectional and prospective findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992;63: 280-296.
215. Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health* 1993; 83:872-80.
216. Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los metaanálisis? *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:175-87.
217. Office on Smoking and Health.. *Tenage Attitudes and Practices Survey II*. Centers for Disease Control and Prevention, 1993.
218. Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, public use data tape, 1992.

219. Cordobilla R, Hernández Mezquita MA, Barrueco M. La familia y la escuela en prevención del tabaquismo en niños y jóvenes. *Prev Tab* n^o8, junio 1998.
220. Nebot M, Tomas Z, Ariza C, Valmayor S, Mudde A. Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA de Barcelona. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16(2): 13-18.
221. López González ML. Impacto de una intervención educativa para la prevención del tabaquismo en adolescencia. Facultad de Medicina. Oviedo 2004.
222. *Smoking and the young*. London: Royal Collage of Pshysician, 1998.
223. González González SG, Gómez Duran BJ, García de la Torre MP. Prevención del tabaquismo; evaluación de la eficacia de un programa educativo-preventivo *Rev. de Psicol. Gral y Aplic* 2000; 53(4): 661-671.
224. Ajzen I. & Fishbein M. *Understanding ttitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey; Prectice-hall. 1980.
225. Álvarez Calvo JA. La prevención del tabaquismo en el ámbito escolar. *Alambique* 1998 (16) 109-115.
226. Gil Roales Nieto J. Fernández Parra A. Eficacia de un programa de autocontrol para el tratamiento del tabaquismo. *Análisis y Modificación de la Conducta*. 1992, 14 (40): 189-219, 21 ref.
227. López González et al. Actividades extraescolares de los adolescentes útiles para los programas de prevención del tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 343-353.
228. Prochaska JO, Redding CA, Evers Ke. The theoretical model and stages of change. En Glanz K, Lewis FC, Rimer BK, ed *Health*

- education (2^o ed).San Francisco: Josey-bass publishers; 1997 p.60-84.
229. Brug J, Steenhuis JIM, Van Assema P, Viries H.The impact of a computer –tailored nutrition intervention. *Prev Med* 1996; 25: 236-42.
230. Villalbí JR, Nebot M, Comin E, Murillo C. Consumo precoz de tabaco en escolares. *Rev San Hig Pública* 1990; 64: 613-23
231. Frojan MX, Santacreu J. Modelo de génesis, adquisición, mantenimiento e insatisfacción con el habito de fumar. *Bol Psicol.* 1992; 34: 7-25.
232. Vries H, Dijkstra M, Kok G, Young people and their smoking behavior. En Heller T Bailey L, Patison S.Ed *Preventing cancers*.Londres: The Open University, 1992; 154-61.
233. Smith Ch, Smoking among young people; some recent developments in Wales .*Health Ed J* 1991; 50: 8-11.
234. López González et al. Características de la intervención educativa escolar para prevenir el tabaquismo en el contexto escolar de primaria. Evaluación del proceso. Métodos educativos en la prevención del tabaquismo en escolares. *Revista Española de Salud Pública* 1998;72 (4): 303-318.
235. Ferguson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. The role of peer affiliations, social, family and individual factors in continuities in cigarette smoking between chidhood and adolescents. *Adiction* 1995; 90: 647-59.
236. Elders MJ, Perry Chl, Eriksen MP, Giovino GA. The report of the surgeon general: preventing tobacco use amonh young people. *AJPH* 1994; 84: 543-7.

237. Best JA, Thomson SJ, Santi SM, Smith EA, Brown KS. Preventing cigarette smoking among school children. *Ann Rev Public Health* 1988; 9: 161-201.
238. Stead M, Hasting G, Tudor-Smith Ch. Preventing adolescents smoking: a review of options. *Health Ed J* 1996; 55: 31-54.
239. Vries de, Dijkstra M, Non-smoking: your choice, a Dutch smoking prevention programme; a case study. En: James Ch, Balding J, Harris D ed *World Yearbook of education* 1989. Heath Education. New York; Kogan Page; 1990p, 20-30.
240. Aubá J, Villalbí JR. Prevención desde la escuela del uso de tabaco y de otras sustancias adictivas. *Gac Sanit* 1990; 4: 70-5.
241. CDC Guidelines for school Health programs to prevent tobacco use and addictions, *MMWR* 1994; 43: 1-18.
242. McKinland SM, Stone EJ, Zuker DM, Research Design and analysis issues. *Health ED Q* 1989; 16: 307-13.
243. López González ML. El tabaquismo escolar en Asturias y la intervención educativa para su prevención. *Comunidad escolar* 1999 Jun; Año XVII, nº 636.
244. Romano JL. School personal training for the prevention of tobacco, alcohol and other drug use: issues and outcomes. *J Drug Educ* 1997; 27: 245-58.
245. Sequier A, Gourgon S, Lence J, Cecile Bonifaci MD, Sancho-Garnier H. Métodos educativos en la prevención del tabaquismo en escolares del departamento de Herault, Francia. *Salud Pública Mex* 2002, vol 44, supl 1: 44-54.

-
246. Williams TA, A spiral curriculum in tobacco education for schools as a part of strategy against tobacco addiction for young people: Working document Brussels: Europe Against Cancer Program, 1991.
247. Pereira M. Curso de formação em educação para saúde. Lisboa. Direction Generale de l'Éngseignement de Base et secondaire, 1991.
248. Pereira M. Tres modelos de formação para profesores. SIDA /Tabagisme /Alimentacao. Lisboa; Direction Generale de l'Éngseignement de Base et secondaire, 1993.
249. Haut. Comité de Sante Publique. La Sante en France 1994-1998. Paris, La Documentation Francaise, 1998; 51-84.
250. Garrigue JL, Cetre JC, Khalatbari E, Ritter P, Sepetjan M. Smoking among students of the CM2 (2d-year intermediate course); evaluation of knowledge and behavior. Rev Epidemiol Sante Publique 1993; 41:169-178.
251. Sancho-Garnier H. Evaluation of smoking prevention programs. Rev Prat 1993; 43: 1252-1255.
252. Sancho-Garnier H. Evaluation of means of prevention. Rev Prat 1993; 33: 1091-1092.
253. Nicotine Addiction. A report of the tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London. 2000.
254. Valmayor Safont C, Ariza Cardenal C, Tomas Bodono M, Nebot Adell. Tabaquismo en estudiantes. Prev Tab 2004; 6 (1)18-25.
255. Ballestín M, Bosch N, Nebot M. Conocimientos y aplicación de las normativas sobre tabaquismo en centros de enseñanza secundaria. Aten Primaria 1999;24: 589-93.

256. Wakefield M, Chaloupa F, Kaufman N, Orleáns T, Barker D. Effects of restricciones on smoking at home, at school, and public places on teenage smoking: cross sectorial study. *BMJ* 2000;321: 333-7.
257. Rigotti N, Difranza J, Chang Y, Tislade T, Kemp B, Singer D. The effects of enforcing tobacco-sales laws on adolescents acces to tobacco and smoking behavior. *N Engl J Med* 1997; 9: 1044-51.
258. Reeder A, Glasgow. Are New Zealand School smoke-free.Results from a national surveyof primary and immediate school principals. *N Z Med J* 2000; 52-4.
259. Galaif E, Sussman S, Bundek N, The relation of school staff smokers actitudes about modelling smoking behavior in students and their receptivity to no-smoking policy. *J Drug Educ* 1996; 26: 313-22.
260. Willemsen M, De Zwart: the effectivies of policy and helath education strategies for reduciong adolescents smoking; a redview of the evidence. *J Adolesc* 1999; 22: 587-99.
261. ESFA Newslwtter, nº 4, (boletín informativo del proyecto ESFA). Univesidad de Maastrich, Enero 1999.
262. ESFA Newslwtter, nº 6, (boletín informativo del proyecto ESFA). Univesidad de Maastrich; Mayo 2000.
263. Soria-Esojo, Velasco-Garrido, Hidalgo-Sanjuán, Luiz-Martínez, Fernández-Aguirre, Rosales-Jaldo. Intervención sobre tabaquismo en estudiantes de enseñanza secundaria de la provincia de Málaga. *Arch Bronconeumol* 2005; 41: 654-658.
264. García Fernández J, Lomas Campos MM, Casado Mejia R, Muñoz López MD, Ruiz Arias E, Delgado Llopart S. Evaluación de una intervención educativa sobre tabaquismo en enseñanza secundaria. *Enfermería Científica* 2002;(244-245): 5-11, 15 ref.

-
265. Glynn TJ. Essential elements of school-based smoking prevention programs. *J School Health* 1989; 59:181.
266. Walter H, Vaughan R, Wynder E, Primary prevention of cancer among children : changes in cigarette smoking and diet after six years of intervention. *J Natl Cancer Inst* 1989; 81: 995-9.
267. Barrueco M, Vicente M, Garavís JL, Blanco A, Rodríguez MC. Prevención del tabaquismo en la escuela: resultados de un programa realizado durante tres años. *Arch Broncoemol* 1988; 34: 323-8.
268. De la Cruz Amorós E, Truells Hernández JV, Monferrer Fabrega R y el Grupo de SEDET. Educación sanitaria como instrumento útil en la disminución del consumo de tabaco en los adolescentes. *Prev Tab* 2001; 3: 5-12.
269. Ellickson PL, Bell RM, Mcguiran MS; Preventing adolescents drug use; long term results of a junior high program. *Am J. Public Health* 1993; 83: 856-61.
270. White D, Pitts M. Education young people about drugs; a systematic review. *Addiction* 1998, 93: 1475-1487.
271. Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol, cannabis. ¿Qué nos dicen los metaanálisis?. *Rev Esp Salud Publica* 2002; 76: 175-187.
272. Anexo II; Currículo de Educación Primaria. DOE nº50 3 mayo 2007.
273. DOE nº50 del 3 mayo 2007, pag 7849 y pag 7852.
274. Mac Luham. *El aula sin muros*. Ed Lara. Barcelona 1987.

275. Pérez Trullen A, Clemente Jiménez M^aL, Marrón Tundidor R. Intervención antitabáquica del médico en la escuela: dilema entre voluntariado versus gabinete técnico. *Prev Tab* 2001; 3(2): 86-93.
276. World Health Organization. Legislative strategies for a smoke-free Europe. Copenhagen.WHO.1987.
277. World Health Organization. Tobacco Alert World no tobacco Day. 1998. Special Issue. Europe.
278. Programa ITES (2002-2006). Programa de intervención sobre tabaquismo en enseñanza secundaria. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. Conserjería de Sanidad y Consumo.
279. Fuchs V. Who shall live?. Health economics and social choice. New York. Basic Book 1974.
280. Cadavid Rodríguez BE, Fernández de Rota L, Linde F, Fernández C, Aguirre, Velasco JL, G de Luiz, Vidal M, Hidalgo San Juan MV. Tabaquismo en universitarios. *Neumosur* 2006; 18, 1:30-56.
281. Gómez FJ, Iriarte L, Lafuente PJ, Oteiza O, Saenz G. Estudio de consumo de tabaco en una población escolar de Vitoria-Gastéiz. *Centro de Salud*.1994; junio 473-478.
282. Goicoechea JM, Panella J, Portella E, Características del tabaquismo en el medio escolar de Andorra. *Gac Sanit* 1992; 6: 122-127.
283. Pardell H, Saltó E, Salleras LL, Historia.del tabaquismo. En Manual de diagnostico y tratamiento del tabaquismo. Madrid: ed: Panamericana.1996.
284. Norris JN, Aplicaciones de la epidemiología. Barcelona: Salvat editores 1985.
285. Pérez Trullen A, Ruiz C, Gómez R, Herrero I et al. Grado de conocimiento que tienen los adolescentes de las consecuencias del

- consumo de tabaco. Libro resumen de ponencias y comunicaciones (V Symposium internacional sobre enfermedad pulmonar obstructiva crónica) Barcelona.1996; p 164.
286. López López MJ. Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. *Psicología y Salud* 2003. Enero.
287. Glyn TJ, Anderson DM, Seward L Tobacco-use reduction among high risk youth: Recommendations of a National Cancer institute Expert Advisor Panel. *Prev Med* 1991; 20: 279-291.
288. Pitchenik AE. Cigarette counter advertising for children. *N Engl J Med*1987; 316 (12): 755-756.
289. Marín D. Tabaco y adolescentes: Mas vale prevenir. *Med. Clin (Barc)* 1993; 100: 497-500.
290. Clemente MI. Estudio de la dependencia nicotínica en los escolares fumadores de Zaragoza. Tesis Doctoral 2000.Universidad de Zaragoza.
291. Villar Hoz, Viñas Poch Ferran, Caparrós, Perez. Dimensiones psicopatologicas asociadas al consumo de tabaco en población universitaria. *Anales De Psicología*, 2004;vol.20, nº 1, pag. 33-46.
292. Vega A, Mendoza R. El papel del educador ante el problema de las drogas. Madrid: Ed Pablo del Rio. 1980.
293. Rubio Calvo E. Hábitos y actitudes ante la droga de los jóvenes de Aragón. Zaragoza. Ed Servicio de publicaciones Universidad de Zaragoza.1997.
294. Steptoe A et als. An international comparision of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in University students fron 23 conuntries. *Addiction* 2000; vol 97: 1561-1571.

295. Más Sánchez A. Estudio de tabaquismo en las Facultades de Medicina de España. Formación recibida en la Licenciatura de Medicina y actitudes respecto al tema. Facultad de Medicina de Zaragoza 2001.
296. Guillén Gil D. Evaluación de una intervención sobre tabaquismo en una Facultad de Medicina. Estudio comparativo entre dos universidades (Medicina y Veterinaria). Facultad de Medicina Zaragoza.2002.
297. Segade Buceta. Prevalencia y actitudes en relación al consumo de tabaco en estudiantes de enfermería de Galicia. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. 1998.
298. Mateos Caballero L, Antona Rodríguez MJ, Gutiérrez Lara JA, García de Vinuesa G, Rodríguez Blanco I, Gómez Vizcaíno MT, Márquez Pérez FL, Fuentes Otero FJ. Tabaquismo en los estudiantes de Medicina de Extremadura. Neumosur 2005; 17, 1: 89-122.
299. Sánchez Villegas A, Martínez MA, Ortega R, Adrián X, Guerra F. Resumen del consumo de tabaco en titulados universitarios. Proyecto SUN seguimiento Universidad de Navarra. Gaceta Sanitaria 2004; vol 18, nº 2, pag 108-117.
300. Universidad de Cantabria , 19 junio 2003.
301. De la Torre E, Estévez V, Martínez J. Hábitos de consumo y gastos de los estudiantes universitarios. Universidad Autónoma de Barcelona. 2006-2007.
302. Ventura MM, Delgado Mediano CM, Arias Mediano RM, Arias Mediano JL. Estudio epidemiológico del consumo de tabaco entre estudiantes de una residencia universitaria de Málaga. Universidad de Granada 2005.

-
303. García Salvera A, Pérez Trullen A, Rubio Aranda E, Herrero Labarga I, Gombáu Aznar E, Buil Tricas B. Prevalencia y conocimientos de tabaquismo en estudiantes de Ciencias de La salud, De la Educación y Estudios Sociales. *Prev Tab* 2007 Abril/Jun; vol 9, n^o2.
304. Uribe Barreto, Frank Lizaraso, Puelles Valqui, Ramirez Chipana, et al. Prevalencia del tabaquismo en estudiantes universitarios. *Diagnóstico* 2001 Ene/Feb: vol 40, n^o1.
305. Heath J, Kelley FJ, Andrews J, Crowell N, Corelli RL, Hudmon KS. Evaluation of a tobacco cessation curricular intervention among acute nurse practitioner faculty members. *Am J Crit Care* 2007 May; 16(3): 284-9.
306. Spiandorello WP, Filippini LZ, Dal Pizzol A, Kreische F. Evaluation of the limited participation by university students in a smoking cessation program. *J Bras Pneumol* 2007 Feb; 33(1): 69-75.
307. Jodati AR, Shakurie SK, Nazarri M, Raufie MB. Student's attitudes and practices towards drug and alcohol use at University of Medical Sciences. *Am J Crit Care* 2007 Jul; 13(4): 967-71.
308. Thrasher JF, Bentley ME. The meanings and context of smoking among Mexican university students. *Public Health Rep* 2006 Sep-oct; 121(5): 578-85.
309. Master Universitario en Prevención Tabaquismo. J Ayesta. Universidad de Cantabria
310. Master Universitario de tabaquismo. Universidad de Sevilla.
311. Perea Quesada R y otros. Educación para la Salud. Las materias transversales como criterio de calidad educativa. Proyecto Sur de Ediciones. Granada.1998.

312. Nerín I, Crucelaegui I, Novella P, Ramón y Cajal P, Sobradíel N, Gericó R. Encuesta sobre el tabaquismo en estudiantes universitarios en relación con el ejercicio físico. *Arch Bronconeumol* 2004; 40: 5-9
313. Mayayo Ulibarri, M. Papel de la enfermería en el control del tabaquismo. En *Tratado de tabaquismo de Carlos A .2007*, p 463-470.
314. Consumo de tabaco en estudiantes universitarios, conocimientos y actitudes. *Periódico de Aragón*. 1/6/2006.
315. Gómez J et als. Tabaquismo en estudiantes universitarios, factores de iniciación y consumo de tabaco. *Universia* 5/6/2006.
316. Alonso Sardón M. Epidemiología tabaquismo en estudiantes universitario de la Rioja. *Universidad de la Rioja* 2001-2007.
317. Henríquez P, Doreste JL. Hábito tabáquico. Prevalencia y actitudes en estudiantes de ciencias de la Salud. *Aten Primaria* 1996; 18(8): 436-41.
318. Stephoe A, Wardle J, Cui W, Barban A, Glass K, Pelzer K, et al. An international comparision of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in university students from 23 countries. *Addiction* 2002; 97; 1561-71.
319. Alegre M, Gutiérrez A, Oliván V, Vara E, et al. Prevalencia de tabaquismo, conocimientos y valores del tabaquismo en estudiantes de medicina. *Anales Sis Navarra* 1999; 22; 2332-40.
320. Montero MA, Gómez CJ, Lopez JA, Linares E, Pinel MD, Maldonado JA. Estudio comparativo entre médicos y estudiantes de medicina. *Prev Tab* 2001; 3(4); 224-31.

-
321. Josseran L, Raffin G, Dautzenberg B, Connaissance, opinions et consommation de tabac au sein d' une faculté de médecine française. *Press Med* 2003; 32(40):1875.
 322. Patkar A, Hill K, Bartra V, Vergare MJ, Leone FT. A comparison of smoking habits among medical and nursing students. *Chest* 2003; 124, 1415-20.
 323. Izquierdo M, Steen B, Linares MJ, García-Salmones M. Perfil tabáquico. Prevalencia y actitudes en estudiantes de enfermería. *Rev Patol Respir* 2003; 6(2); 43-8.
 324. Solano S, Florez S, Ramos L, Pérez E. Prevalencia y actitudes sobre tabaquismo en el Hospital de la Princesa. *Rev Del Comité de Prevención del tabaquismo SEPAR* 1994; 1: 14-23.
 325. Simon Morton B, Crump AD, Haynie DL, Taylor KE. Psychological, school and parents factors associated with smoking in university students. *Prev Med* 1999; 28; 138-148.
 326. Grupo Universitario multicéntrico. Consumo de drogas en el medio universitario. *Med Clin (Barc)* 1980; 75; 317-26.
 327. Bobes J et al. Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y drogas en estudiantes de la Universidad de Oviedo. *Rev San Hig Publ* 1985; 59: 381-94.
 328. Sust M, Prat A. El tabaquismo en estudiantes de medicina. *Medicina Integral* 1988; 12; 375-9.
 329. Perea R. Educación para la Salud. Un reto de nuestro tiempo *Revista Educación* 20, p: 15-35 UNED, 1999.
 330. Nerín de la Puerta I. Evaluación de una intervención sobre tabaquismo en una Facultad de Medicina. Estudio comparativo entre

- los centros universitarios (Medicina-Veterinaria). Universidad de Zaragoza, 1999.2001.
331. Portillo Pérez de Viñaspre F. Análisis económico del comportamiento adictivo: aplicación a las percepciones de riesgos asociados al consumo de tabaco. Tesis Doctoral, 2001.UNED.
332. Tercedor P Martín, Matilla MP y otros. Incremento del consumo de tabaco y disminución del nivel de práctica de actividad física en jóvenes españoles. *Nutr. Hosp.* 2007; 22(1):89-94.
333. Delgado M, y otros. Estrategias de intervención en EPS desde la Educación Física. Barcelona: Inde, 2002, p.38-40.
334. Casimiro AJ. Educación para la Salud, actividad física y estilo de vida. Almería: Servicio de Publicaciones. Universidad de Almería, 2003
335. Nistal P y otros: Relación de la actividad física en el consumo de tabaco. *Arch. Medicina del Deporte* 2003; 20(97):397-403.
336. Guillén D, Nerín I y otros. Estudio de fiabilidad de una encuesta utilizada para valorar la prevalencia, los conocimientos y las actitudes sobre el tabaquismo en estudiantes de Medicina. *Arch. Bronconeumol* 2003; 39:159-166.
337. Alegre M, Gutiérrez A y otros. Prevalencia de Tabaquismo y valoración de los métodos de cesación tabáquica en estudiantes de Medicina. *Anales SIS Navarra* 1999; 22: 233-234.
338. Montero A, Gómez CJ, López JA y otros. Estudio comparativo sobre el consumo de tabaco entre estudiantes de Medicina. *Prev. Tab* 2001; 3:224-231.
339. Preciso J. La contribución de los programas de influencias psicosociales en el control de la epidemia tabáquica. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol* 2003; vol 15, nº4, p. 369-378.

-
340. Reynales L, Vázquez J, Lazcano-Ponce E. Encuesta Mundial de tabaquismo en estudiantes de la Salud. México 2006. Salud Publica de México 2006; vol 49, n°2, p 194-204.
341. Raydel Valdés MS, Micher M, Hernandez L, Tendencias del consumo de tabaco entre alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Nacional Autónoma México, 1989 a 1998. Salud Pública Mex 2001; vol 44, supl 1.
342. Prat Marín A y otros. Epidemiología del tabaquismo en estudiantes de Ciencias de la Salud. Rev. De Salud Pública 1994 abril; vol. 28, n° 2.
343. Prochaska JJ, Teherani A, Hauer KE. Medical's students use of the stages of change model in tobacco cessation counseling. J Gen Intern Med 2007; 22(2); 223-7.
344. Dalia D, Palmer RM, Wilson RF. Management of smoking univesities by specialist periodontist in the United Kingdom. J Clin Periodont 2007; 34(5): 416-22.
345. Fagan KA. Smoking cessation counseling practices of college university health care providers a theory based approach. J Am Coll Health 2007;55 (6): 351-9.
346. Powe BD, Ross L, Cooper DL. Attitudes and beliefs about smoking among African-American college students at historically and universities. J Natl Med Assoc 2007; 99(4): 338-44.

SEGUNDA PARTE

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 4

Material y método

4.1. Objetivos e Hipótesis de la investigación.

En los capítulos anteriores se han estudiado aspectos relacionados con la prevalencia del tabaquismo, así como con la prevención tanto a nivel general como de forma específica en el contexto educativo. En esta Tesis Doctoral pretendemos también analizar en qué medida están formados los futuros profesionales de la educación en temas de prevención del tabaquismo.

Para ello, nos hemos planteado los siguientes Objetivos:

Objetivo 1. Analizar conocimientos, actitudes y creencias respecto al tabaquismo en relación a:

- -la concepción del tabaquismo del alumnado.
- -los efectos del tabaco sobre la salud.
- -las medidas para disminuir el consumo.
- -influencia de los modelos parentales y el grupo de amigos.
- -creencia en la aplicación de la nueva Ley 28/2005.

Objetivo 2. Conocer la prevalencia del tabaquismo analizando las siguientes variables: sexo, Especialidad, campus universitario, edad de inicio, consumo de tabaco, años de consumo, abandono del consumo y por último el éxito al dejar de fumar.

Objetivo 3. Conocer el grado de formación en prevención del tabaquismo en el alumnado y la importancia que le otorgan a la educación para la Salud.

Las Hipótesis científicas que nos planteamos son las siguientes:

Hipótesis 1.

1.1. Existirán diferencias significativas en las variables edad de inicio de consumo de tabaco en relación a la Especialidad y al sexo.

1.2. Existirán diferencias significativas respecto en la variable consumo de tabaco en relación al sexo y a la Especialidad.

Hipótesis 2:

2.1. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as fumadores y no fumadores en relación a la variable conocimiento.

2.2. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as fumadores y no fumadores en relación a la variable actitud.

2.3. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as fumadores y no fumadores en relación a la variable creencia.

2.4. Existirán diferencias significativas entre fumadores y no fumadores en relación a la variable Educación para la Salud.

Hipótesis 3:

3.1. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as formados y no formados en relación a la variable conocimiento.

3.2. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as formados y no formados en relación a la variable actitud.

3.3. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as formados y no formados en relación a la variable creencia.

3.4. Existirán diferencias significativas entre formados y no formados en relación a la variable Educación para la Salud.

Hipótesis 4:

4.1. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as de las diferentes Especialidades en relación a la variable conocimiento.

4.2. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as de las diferentes Especialidades en relación a la variable actitud.

4.3. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as de las diferentes Especialidades en relación a la variable creencia.

4.4. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as de las diferentes Especialidades en relación a la variable Educación para la Salud.

4.2. Descripción de la muestra.

Se describe a continuación el procedimiento de muestreo utilizado en la modalidad del cuestionario. Es necesario definir el universo de nuestro estudio y la población a partir de la cual vamos a extraer la muestra. Una vez definido el universo hemos determinado cuál era la técnica más apropiada para seleccionar a los sujetos que van a formar parte de la muestra. Para realizar esta selección, en primer lugar se determinó el universo que iba a componer la muestra, constituida en este caso por los alumnos/as matriculados en tercer curso de Facultad de Educación de Badajoz, tercer curso de la Facultad de Formación del Profesorado de Cáceres, de quinto curso de la Licenciatura de Psicopedagogía de Badajoz y tercer curso de la Diplomatura de Educación Social en Cáceres. A continuación realizamos una estimación de los diferentes sectores para que quedasen representadas las diferentes Especialidades de las dos Facultades incluidas en el estudio que se convirtieron en los diversos estratos de la muestra, siendo el procedimiento utilizado el muestreo aleatorio estratificado que nos garantiza la representatividad de los resultados. La muestra estaba constituida por 335 alumnos.

A continuación, vamos a describir de manera gráfica algunas de las características del proceso:

1. Determinar con precisión los estratos en que va a ser dividida la población de manera que cada elemento sólo pueda estar en un estrato. La unidad que tomamos como referencia fue las diferentes Especialidades que existían en las Facultades de Educación de Badajoz y Facultad de Formación del Profesorado de Cáceres, así como Psicopedagogía (Badajoz) y Educación Social (Cáceres). Representamos Cáceres como (CC) y Badajoz (BA) en cada Especialidad de la Diplomatura de Maestros y Educación Social y Licenciatura de Psicopedagogía.

En Cáceres la muestra estaba compuesta por alumnos/as de:

- Educación Musical,
- Educación Física,
- Educación Infantil,
- Lenguas Extranjeras y
- Educación Social.

En Badajoz la muestra estaba compuesta por alumnado de:

- Educación Física,
- Educación Primaria,
- Educación Infantil,
- Educación Especial,
- Lenguas Extranjeras,
- Audición y lenguaje y
- Psicopedagogía.

En la siguiente Tabla 1 mostramos los diversos estratos utilizados en el estudio, indicándose así mismo el número total de alumnos de las dos Facultades y el número de Especialidades seleccionadas para garantizar que los resultados sean representativos.

Estratos	Porcentaje	Si	Ni	W _i	Ni*Si ²	Ni*Si ²	(Ni*Si ²) /W _i	N ² (B ² /K ²) +ΣNi*Si ²	n _i
Ed. Musical (CC)	3,17208565	13,5	40	0,03172086	291600	7290	9192690	926957,049	9,92
Ed. Física (CC)	6,740682	13,5	85	0,06740682	1316756,25	15491,25	19534466,3	926957,049	21,07
Ed. Primaria (CC)	6,740682	13,5	85	0,06740682	1316756,25	15491,25	19534466,3	926957,049	21,07
Ed. Infantil (CC)	6,740682	13,5	85	0,06740682	1316756,25	15491,25	19534466,3	926957,049	21,07
Lenguas Extranjeras (CC)	6,740682	13,5	85	0,06740682	1316756,25	15491,25	19534466,3	926957,049	21,07
Ed. Física (BA)	7,85091197	13,5	99	0,07850912	1786232,25	18042,75	22751907,8	926957,049	24,54
Ed. Primaria (BA)	8,64393339	13,5	109	0,08643933	2165312,25	19865,25	25050080,3	926957,049	27,02
Ed. Audición y Lenguaje(BA)	7,77160983	13,5	98	0,0777161	1750329	17860,5	22522090,5	926957,049	24,30
Ed. Especial (BA)	12,926249	13,5	163	0,12926249	4842200,25	29706,75	37460211,8	926957,049	40,41
Ed. infantil (BA)	8,72323553	13,5	110	0,08723236	2205225	20047,5	25279897,5	926957,049	27,27
Ed.social (CC)	6,740682	13,5	85	0,06740682	1316756,25	15491,25	19534466,3	926957,049	21,07
Psicopedagogía (BA)	6,740682	13,5	85	0,06740682	1316756,25	15491,25	19534466,3	926957,049	21,07
Lenguas Extranjeras (BA)	12,0989918	13,5	132	0,10467883	3175524	24057	30335877	926957,049	32,73
	101,631109		1261	1	24116960,25	229817,25	289799552	1853914,1	312,64

Tabla 1. Estratos utilizados en el estudio de la población.

Indicamos también otros valores como el tipo de error que asumimos (0.5) y el nivel de significación (1.95). Se observa como el número total de alumnos/as fue de 1261, siendo la muestra seleccionada representativa de 335 alumnos/as.

2. Los estratos determinados deben ser mutuamente excluyentes y exhaustivos. Podemos apreciar cómo las diferentes Especialidades quedan diferenciadas si pertenecen a la Facultad de Cáceres o a la de Badajoz, siendo seleccionables un número representativo de cada una de acuerdo a la proporcionalidad del tamaño de dicha muestra.
3. Para seleccionar la muestra, dentro de cada estrato hemos utilizado un muestreo aleatorio simple.
4. La selección de las muestras dentro de cada estrato se realiza de manera independiente, de forma que los elementos elegidos en un estrato no dependan de los elementos elegidos en otro estrato. La asignación de la muestra en los diferentes estratos se realiza considerando tres aspectos:

-
- a) El número total de elementos de cada estrato: a mayor número de elementos en el estrato, mayor muestra.
 - b) La variabilidad de las observaciones dentro del estrato: a mayor variabilidad dentro del estrato, mayor muestra será necesaria para estimar el parámetro poblacional.
 - c) El costo para obtener una observación en cada estrato: a mayor coste para obtener elementos en un estrato, menor será el tamaño de la muestra.

De los cuatro métodos que podemos considerar para determinar el tamaño de los diferentes estratos, hemos utilizado el proporcional, (Tabla 2) que consiste en respetar las probabilidades originales de selección de los elementos, por lo que la asignación por tanto de la muestra a los diferentes estratos se realiza en proporción a sus tamaños. Para el estrato i -ésimo:

$$n_i = \frac{nN_i}{N}$$

N_i es el número de elementos de la población en ese estrato y N es el tamaño de la población.

$$n_i = \frac{nN_i}{N} = \frac{300 * 200}{500} = 120$$

En la Tabla 2 se indica el proceso seguido para seleccionar aleatoriamente cada uno de los distintos estratos definidos en el estudio:

Población (N):	1091	
Error asumido (B):	1,5	(justificar la elección de este valor)
K:	1,96	(justificar la elección de este valor)
Nº estratos:	11	
W _i :	=D4/\$D\$7	
N _i ² *S _i ² :	=POTENCIA(D4;2)*POTENCIA(C4;2)	
N _i *S _i ² :	=D4*POTENCIA(C4;2)	
(N _i ² *S _i ²)/W _i :	=F4/E4	
N ² (B ² /K ²)+ΣN _i *S _i ² :	=(POTENCIA(\$B\$9;2)*((POTENCIA(\$B\$10;2)/POTENCIA(\$B\$11;2))))+\$G\$7	
n _i :	=H4/I4	

Tabla 2. Muestreo aleatorio proporcional.

Como acabamos de señalar, el tamaño de la muestra está compuesto por la suma de los tamaños de los diferentes estratos de la población. Hemos visto también que existen diferentes procedimientos para asignar la muestra a los estratos, pero en todos ellos n_i es una fracción del tamaño de muestra total n, que podemos representar como W_i que puede ser establecida de la siguiente manera:

$$W_i = \frac{n_i}{n}$$

La ecuación general que debemos aplicar para obtener n es la siguiente:

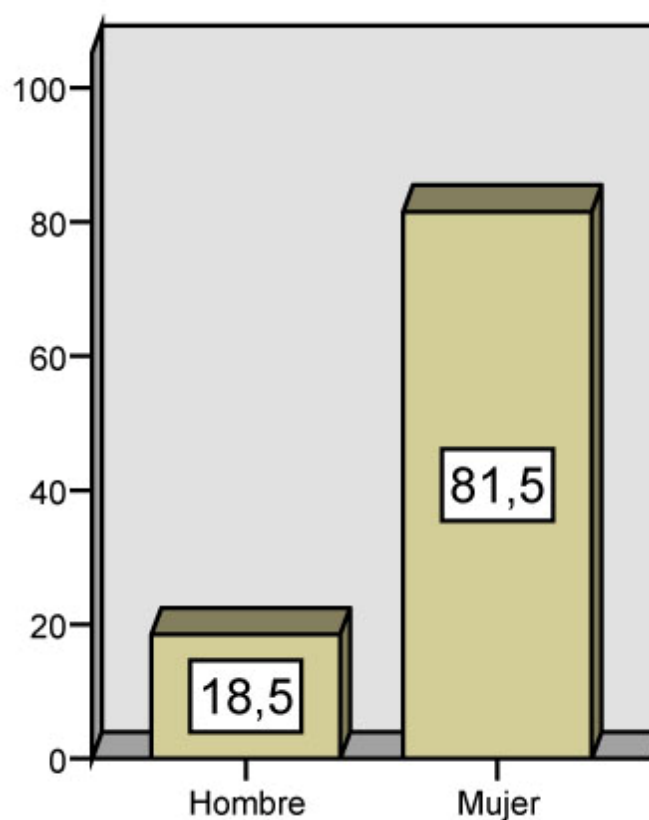
$$n = \frac{\sum_{i=1}^k N_i^2 S_i^2 / W_i}{N^2 \frac{B^2}{K^2} + \sum_{i=1}^k N_i S_i^2}$$

4.2. Descripción de la muestra.

A continuación mostramos los resultados obtenidos del análisis descriptivo de la muestra empleada en el estudio constituida por 335 alumnos/as.

4.2.1. Participación de hombres y mujeres.

En primer lugar se muestra el análisis descriptivo del grado de participación de hombres y mujeres:



Los resultados obtenidos reflejan como el grado de participación de las mujeres es superior correspondiendo en este caso a un 81,5% de los casos, superando en porcentaje el grado de participación de los hombres que es un 18,5%.

Figura 1. Participación de hombres y mujeres.

4.2.2. Participación según las diferentes Especialidades.

Mostramos a continuación el grado de participación según las diversas Especialidades:

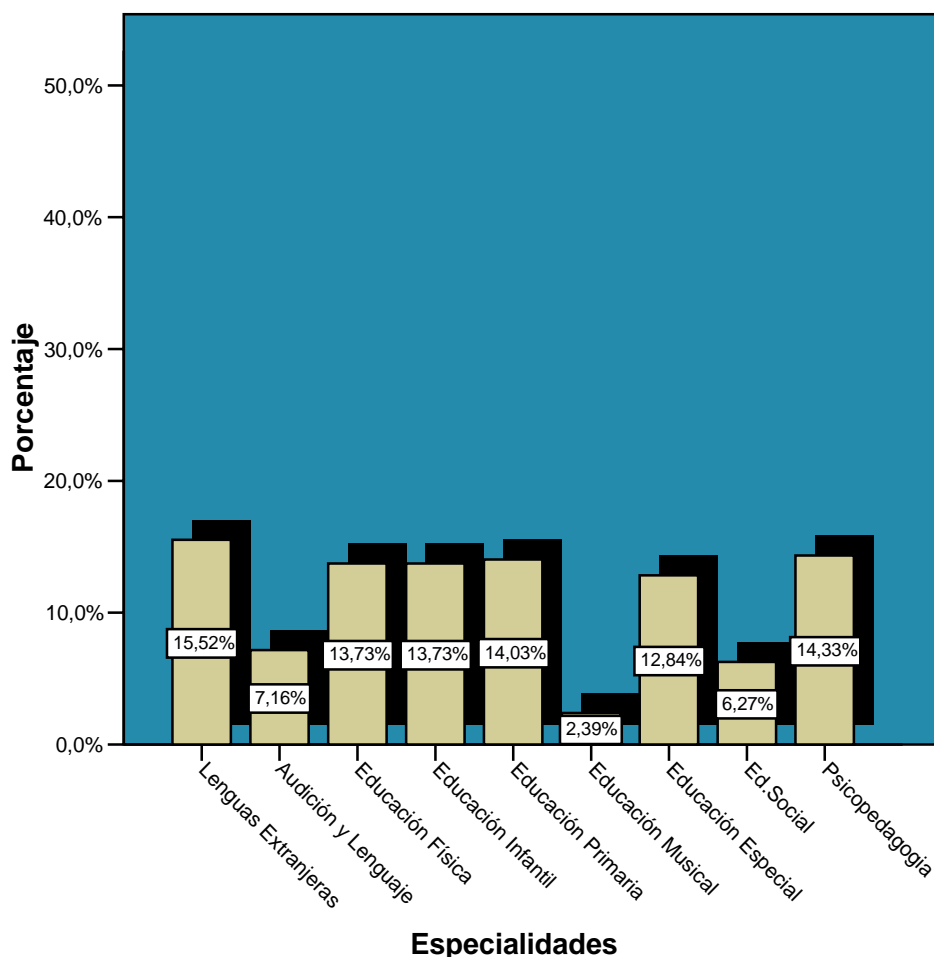


Figura 2. Participación según Especialidades.

La distribución de la muestra por Especialidades es muy similar en cuanto a la representatividad. Queremos mencionar de forma específica como en los casos de Educación Musical (2,39%), Audición y Lenguaje (7,6%) y Educación Social el porcentaje de participación es menor (6,27%). El mayor grado de participación, corresponde a Lenguas Extranjeras (15,52%), seguida de Psicopedagogía (14,33%) y Educación Primaria (14,03%).

4.2.3. Participación de hombres y mujeres según las diversas Especialidades.

En la siguiente Tabla mostramos el grado de participación según sexo en las diferentes Especialidades.

Especialidad Magisterio	Hombres	Mujeres
	<i>Recuento</i>	
Lenguas Extranjeras	13	39
Audición y Lenguaje	0	24
Educación Física	31	15
Educación Infantil	4	42
Educación Primaria	9	38
Educación Musical	1	7
Educación Especial	1	42
Educación Social	1	20
Psicopedagogía	2	46

Tabla 3. Participación de hombres y mujeres según Especialidad.

La participación por Especialidades nos muestra una cifra muy superior de mujeres siendo el 75% mujeres en Lenguas Extranjeras, el 100% en Audición y Lenguaje, el 95,5% en Educación Infantil, el 80,85% en Educación Primaria, el 87,5%, en Educación Musical, el 97,6% en Educación Especial, el 95,2% en Educación Social, y el 95,8% en Psicopedagogía. Podemos señalar como el grado de participación de los hombres es muy inferior al de las mujeres, excepto en Educación Física, que suponen prácticamente el doble que el de mujeres.

4.2.4. Participación según la pertenencia al campus universitario.

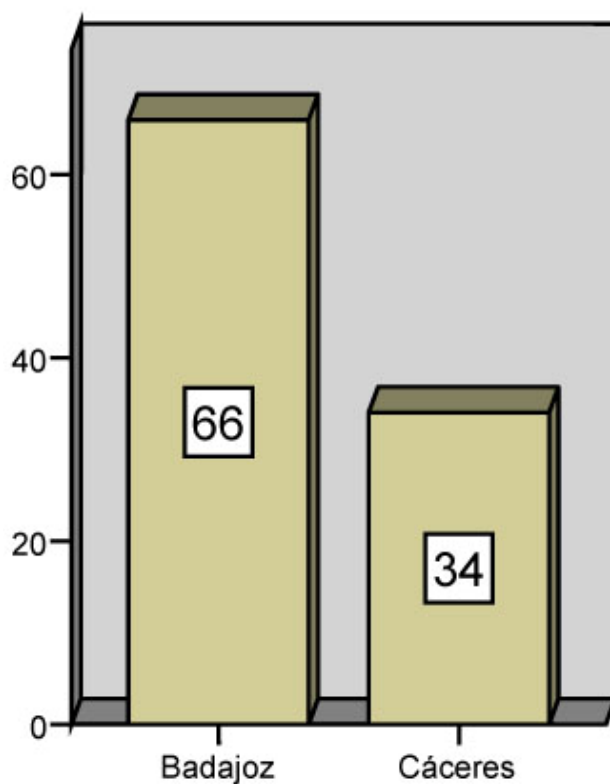


Figura 3. *Participación según la pertenencia al campus universitario.*

La distribución de la muestra analizada nos permite significar que hay un número mayor de alumnos/as en el Campus de Badajoz (66%) que en el de Cáceres (34%).

4.3. Descripción de los instrumentos.

El instrumento utilizado para el desarrollo de la Tesis Doctoral ha sido el cuestionario, anónimo, autoadministrable que ha sido contestado por los alumnos/as universitarios citados. Cuestionario anónimo que constaba de 26 preguntas divididas en tres grupos:

- En primer lugar un bloque de preguntas que valoraban datos sociodemográficos de los alumnos/as dentro de las que se incluyen: sexo, Especialidad (Educación Física, Educación Primaria, Educación Musical, Audición y Lenguaje, Lenguas Extranjeras, Educación Especial, Psicopedagogía, Educación Social, Educación Infantil), y por último, el campus universitario al que pertenecían (Cáceres o Badajoz).
- En segundo lugar valoramos variables relacionadas con la prevalencia de tabaquismo: fumador/ no fumador, edad de inicio, años consumidos, consumo diario de tabaco, dejar el consumo, necesidad de ayuda para dejar el consumo y abandono del consumo.
- En tercer lugar planteamos un bloque de cuestiones relacionadas con conocimientos (efectos del tabaco sobre la salud), actitudes (fumar implica una conducta que sólo atañe a la persona que lo realiza, afecta a la salud de los demás, connotaciones positivas, la adicción al tabaco se refuerza con los modelos parentales), y creencias (incremento del precio del tabaco, aplicación de la Ley 28/2005, Programas de prevención en EPS, Programas de intervención, eliminación de la publicidad, modelos parentales y de profesores que no fumen).
- En cuarto lugar, cuestiones relacionadas con la variable educativa: importancia en la formación en prevención,

formación recibida, percepción utilidad de la formación recibida, planificación educativa para la prevención del tabaquismo, importancia de desarrollar contenidos actitudinales en prevención, importancia de la asignatura en el currículo, aplicabilidad de la formación en la profesión, aplicabilidad de Educación para la Salud.

4.4. Descripción de las variables.

En la investigación se han contemplado una serie de variables, divididas según categorías correspondientes a los diferentes apartados que aparecen reflejados en el cuestionario (Anexo1) cumplimentado por los alumnos/as, constituyendo el fundamento de la investigación. El análisis de cada una de las variables, permite conocer con qué frecuencia o en qué porcentaje se presentan en el estudio sus valores, así como el desarrollo de las Hipótesis planteadas.

- **Variables sociodemográficas:** sexo (hombre, mujer), y el campus universitario (Cáceres o Badajoz).
- **Variable Especialidad educativa:** Especialidad a la que pertenecen los estudiantes consultados (Lenguas Extranjeras, Audición y Lenguaje, Educación Física, Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Musical, Educación Especial), Educación Social y Psicopedagogía.
- **Variable prevalencia:** prevalencia de tabaquismo, edad de inicio de consumo de tabaco, años consumidos, consumo diario de tabaco, abandono del consumo con ayuda o sin ayuda.
- **Variable conocimientos, actitudes y creencias:** que engloba los conocimientos, actitudes y creencias en tabaquismo.
- **Variable formación en tabaquismo:** con esta variable, estudiamos la importancia otorgada a la formación recibida, si existe formación en tabaquismo en los alumnos/as y la percepción de la formación recibida.
- **Variable Educación para la Salud:** que engloba los aspectos relacionados con la Educación para la Salud.

En la Tabla 4, se muestran las diferentes variables con los valores que poseen, el grupo al que pertenecen, el tipo de variable, y el ítem al que se corresponden en el cuestionario. El análisis de cada una de ellas nos permite conocer con qué frecuencia o en qué porcentaje se presentan en el estudio sus valores, de manera que nos describen de forma detallada la situación.

Presentamos el resumen de las variables del estudio y los ítems correspondientes en la Tabla 4:

Variable sociodemográfica.

Valores/indicadores		Tipo	Ítem cuestionario
Sexo	Hombre	Nominal	1
	Mujer		
Campus Universitario	Cáceres		3
	Badajoz		

Variable especialidad educativa.

Valores/indicadores		Tipo	Ítem cuestionario
Especialidad en educación	Lengua Extranjera	Nominal	2
	Audición y Lenguaje		
	Educación Física		
	Educación Primaria		
	Educación Musical		
	Educación Especial		
	Educación Social		
Psicopedagogía			

Variable prevalencia.

Valores/indicadores		Tipo	Ítem cuestionario
Tabaquismo	Si	Nominal	4
	No		
Edad de inicio	13 años	Escala	5
	> 13 años		
Años de consumo	No fuma	Escala	6
	< 1 año		
	1-3 años		
	4-7 años		
Consumo diario	> 7 años	Escala	7
	Menos de 10		
	10-20		
Dejar el consumo	> 20	Nominal	8
	Si		
Dejar consumo con ayuda	No	Escala	9
	Solo		
	Ayuda médica		
	Ayuda psicológica		
Abandono del consumo	Otros	Nominal	10
	Si		
	No		

Variables conocimientos

Variables/indicadores	Tipo	Item cuestionario
Conocimientos respecto al tabaquismo	Escala	11,12,13
Efectos tabaco sobre salud		
Tabaquismo como enfermedad		
Tabaquismo como adicción		
Tabaquismo como droga		
Efectos sobre el tabaco		
Enfermedades derivadas del consumo del tabaco		

Variable creencia

Valores/indicadores	Tipo	Item cuestionario
Medidas para disminuir el consumo	Escala	13,15
Incremento precio tabaco		
Aplicación Ley antitabaco		
Aplicación Programas prevención/intervención		
Eliminación publicidad		
Modelos parentales que no fumen		
Modelos de profesores que no fumen		
Prohibición de fumar en diversos lugares		
Creencia en aplicación nueva Ley	Escala	16,17
Opinión nueva ley		
Efectos Ley en consumo de tabaco		

Variable actitud

Variables/indicadores	Tipo	Item cuestionario
Percepción de las consecuencias de la conducta de fumar en las relaciones sociales	Escala	14
Fumar implica una que atañe a la persona		
Fumar implica conducta afecta salud de los demás		
Fumar tiene connotaciones positivas		
Influencia de los modelos parentales y grupos de amigos	Escala	14
La adicción tabaco se refuerza con modelos parentales y grupos de amigos		
Opinión de la prohibición de fumar	Escala	15
Sitios públicos		
Centros educativos		
Universidad		

Variable formación en tabaquismo

Variables/indicadores	Tipo	Item/cuestionario
Importancia de la formación recibida	Escala	19, 20,21
Formación recibida	Escala	25,26,27
Percepción formación recibida	Escala	22

Variable Educación para la salud

Variables/indicadores	Tipo	Item/cuestionario
Opinión sobre EPS en la escuela	Escala	22
Opinión sobre la asignatura	Nominal	23

Tabla 4: variables generales estudiadas.

4.5. Diseño de la investigación.

El diseño de la investigación puede considerarse un aspecto en el proceso que determinará el nivel de inferencia y lo definitivo de los resultados, el grado de confianza que se le puede conceder y su generalización. Los resultados de los análisis estadísticos de un estudio son, con toda seguridad, artificiosos y sesgados siempre que no sea utilizada la estrategia y la técnica de análisis pertinente al tipo de variables, al número de sujetos, las hipótesis de investigación etc. Siempre existen unas técnicas más apropiadas que otras para el estudio correcto de los objetivos de un trabajo. Por lo tanto, deberíamos utilizar aquellas técnicas que se adecuen lo mejor posible a las características de la investigación, teniendo en cuenta la naturaleza del problema a investigar, los objetivos definidos, las hipótesis formuladas y el tipo de operaciones estadísticas efectuadas y en definitiva esta es nuestra propuesta.

En primer lugar se ha realizado un análisis descriptivo para cada una de las variables que se encuentran en el cuestionario aplicado, que ofrece información tanto de los porcentajes como de las medias de las variables analizadas. El análisis de los resultados nos ha permitido conocer datos de prevalencia de los alumnos/as para poder realizar el estudio descriptivo del estado de la cuestión en prevalencia del tabaquismo. Para la interpretación de los resultados en el cuestionario utilizado, se ha empleado una escala que se resumen en la siguiente Tabla:

Ítems	Escala
13, 19 y 23	“nada importante”, “poco importante”, “algo importante”, “bastante importante” o “muy importante”
25	“nada formados”, “poco formados”, “algo formados”, “bastante formados”, “muy formados”
11, 14, 15, 16, 21, 22	“nada de acuerdo”, “muy poco de acuerdo”, “algo de acuerdo”, “bastante de acuerdo” o “muy de acuerdo”

Tabla 5. Escalas utilizadas en el cuestionario

En segundo lugar, se ha realizado un análisis inferencial de los datos en aquellas variables consideradas de relevancia, comparando los conocimientos, actitudes, creencias y la Educación para la Salud con:

- el grado de formación recibida en prevención de tabaquismo de los alumnos/as y comparando a los formados frente a no formados en tabaquismo.
- la prevalencia de tabaquismo comparando fumadores con no fumadores.
- las diversas Especialidades.

4.6. Procedimiento de análisis de datos.

La Elaboración de esta Tesis Doctoral ha pasado por diversas fases. La tarea inicial fue plantear un Proyecto de Investigación sobre el tema objeto de estudio: “Estudio epidemiológico y educativo en prevención del tabaquismo en estudiantes extremeños. Facultad de Educación y Facultad de Formación del Profesorado”, a continuación realizar una búsqueda bibliográfica en español y en inglés sobre el mismo. Los medios utilizados para tal fin fueron: Internet, servicio de documentación de Universidad de Extremadura, bases de datos científicos, entre otros. Una vez analizados los resultados, observamos que existía un déficit en la formación en tabaquismo de los profesionales de la educación.

En un segundo momento, de los 1261 alumnos totales se pasaron los cuestionarios a los 335 alumnos/as que componían la muestra inicial, contando en dicha tarea con la colaboración de una serie de Profesionales de la educación.

En un tercer momento, procedimos a la realización del análisis de los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas y un cuarto momento para la redacción de las conclusiones.

4.7. Tratamiento estadístico.

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS 13,0 para Windows PC. El nivel de significación estadística de las pruebas es del 95%. En todos los análisis inferenciales realizados, se ha empleado la T-student, o χ^2 se ha utilizado un nivel de confianza del 95%, asumiendo un error del 5. Se han utilizado también las comparaciones múltiples mediante Anova y con la aplicación de los estadísticos Sheffé y Bonferroni.

CAPÍTULO 5

Resultados, análisis e interpretación

A continuación vamos a describir los resultados obtenidos en nuestra investigación. Hemos dividido el apartado en dos grandes grupos, primero mostraremos el análisis descriptivo donde se analizarán los datos relacionados con la prevalencia del tabaquismo y los conocimientos/actitudes/creencias que muestran los encuestados. Posteriormente presentamos el análisis inferencial, donde desarrollamos las hipótesis planteadas en el estudio.

5.1. Análisis de la prevalencia.

Analizar la prevalencia del tabaquismo nos parece fundamental para el desarrollo de la investigación, para lo cual hemos cuantificado el consumo de tabaco en nuestros alumnos/as encuestados.

5.1.1. Prevalencia de tabaquismo.

El consumo de tabaco de los encuestados representado en la prevalencia del tabaquismo que muestran es el primer análisis realizado del apartado descriptivo. En la siguiente Figura 1 mostramos la prevalencia de tabaquismo en los alumnos/as encuestados en forma de porcentajes. Hemos considerado en el análisis tres grupos que presentamos a continuación:

- -Fumadores: considerando aquellos alumnos/as que consumen tabaco.
- -No fumadores: considerando aquellos alumnos/as que nunca han fumado.
- -Exfumadores: considerando aquellos alumnos/as que han dejado de fumar hace más de un año.

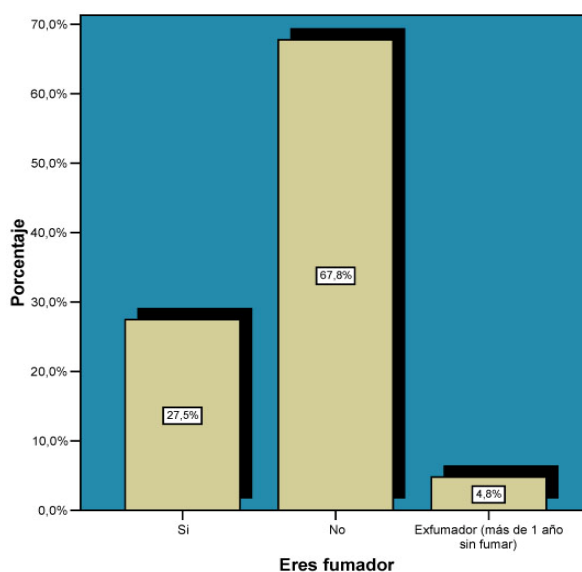


Figura 1: Prevalencia de tabaquismo.

Como dato objetivo hemos podido observar que la mayoría de los alumnos son “no fumadores” constituyendo este caso más de la mitad de los encuestados/as (67,8%). Respecto a los que se consideran “fumadores” por consumir tabaco diariamente, significan un 27,5% y el menor porcentaje (4,8%) corresponde a los “exfumadores”.

5.1.2. Prevalencia de tabaquismo según sexo.

A continuación mostramos los datos de prevalencia de tabaquismo en función del sexo en la siguiente Tabla:

Sexo	Fumador	No fumador	Exfumador	total
Hombre	12	50	0	62
Mujer	80	177	16	273
Total	92	227	16	335

Tabla 1: Prevalencia de tabaquismo según sexo.

Destaca el porcentaje de mujeres fumadoras (29,3%), respecto al porcentaje de hombres fumadores (19,3%).

Respecto a los no fumadores, el mayor porcentaje corresponde a los hombres (80,6%), siendo en el caso de la mujer inferior (64,8%).

Respecto a los exfumadores destacamos que no existe ningún hombre y el porcentaje de las mujeres es del 5,8%.

5.1.3. Prevalencia de tabaquismo según la Especialidad.

Continuando con el análisis de la prevalencia mostramos los datos referidos a la prevalencia de tabaquismo según la especialidad a la que pertenezcan los encuestados en la siguiente Tabla:

ESPECIALIDAD	Fumador	No fumador	Exfumador	Total
Lenguas Extranjeras	15	34	3	52
Audición y Lenguaje	3	20	1	24
Educación Física	10	34	2	46
Educación Infantil	16	27	3	46
Educación Primaria	11	35	1	47
Educación Especial	19	22	2	43
Educación Social	8	11	2	21
Educación Musical	3	5	0	8
Psicopedagogía	7	39	2	48
Total	92	227	16	335

Tabla 2. Prevalencia de tabaquismo según Especialidad.

La prevalencia de tabaquismo según las diversas Especialidades muestra los siguientes resultados: los alumnos/as más fumadores son los de Educación Especial (44%), seguidos por los de Educación Social (38%), los de Educación Musical (37%), los de Educación Primaria (34,7%), los de Educación Infantil (34%), los de Educación Física (21,3%) y los de Psicopedagogía (14,5%), correspondiendo el menor porcentaje a los de Audición y Lenguaje (12,5%).

De los no fumadores un 83,3% corresponde a Audición y Lenguaje, un 81,25% a Psicopedagogía, un 74,5% a Educación Primaria, un 73,9% a Educación Física, un 65,3% a Lenguas Extranjeras, un 62,5% a Educación Musical, un 58,6% a Educación Infantil, un 52,3% a Educación Social y un 51,1% a Educación Especial.

Respecto a los exfumadores el mayor porcentaje corresponde a Educación Social (9,5%) y el menor a Educación Primaria (2,12%). No hay ningún

exfumador en Educación Musical. El resto de Especialidades muestran unos porcentajes similares.

5.1.4. Prevalencia de tabaquismo según el campus universitario.

A continuación mostramos los datos referidos a la prevalencia de tabaquismo en función del campus universitario al que pertenezcan en la siguiente Tabla:

		¿Eres fumador?			Total
		Si	No	Exfumador	
Campus Universitario	Badajoz	54	160	7	221
	Cáceres	38	67	9	114
Total		92	227	16	335

Tabla 3. Prevalencia de tabaquismo según campus Universitario.

El mayor porcentaje de “fumadores” corresponde a Cáceres (33%), siendo menor en Badajoz (24%). Los “exfumadores” muestran unos datos similares, en Cáceres el porcentaje es superior (7,8%) y en Badajoz inferior (3,1%). Por el contrario hemos encontrado más “no fumadores” en Badajoz (72,3%) que en Cáceres (58,7%).

5.1.5. Edad de inicio de consumo de tabaco.

Continuando con datos de prevalencia del tabaquismo en el alumnado, la siguiente variable de prevalencia considerada es la edad de inicio de su consumo. Hemos determinado el punto medio de edad de inicio de consumo en 13 años, ya que es la edad media en la mayoría de los estudios revisados de prevalencia de tabaquismo en escolares y adolescentes. En la siguiente Figura mostramos los porcentajes:

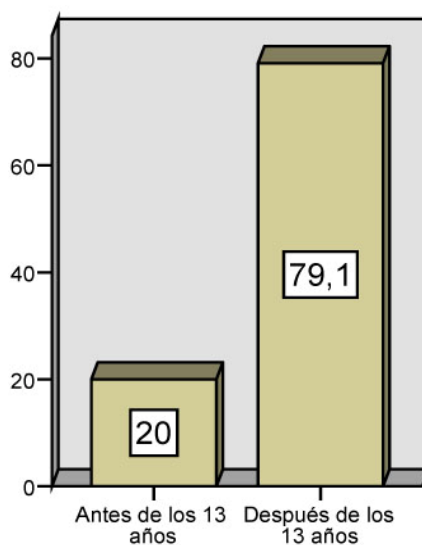


Figura 2. Edad de inicio de consumo de tabaco.

5.1.6. Años de consumo tabáquico.

Representamos los resultados en porcentajes de los años de consumo de tabaco de los encuestados, considerado también otra variable de prevalencia.

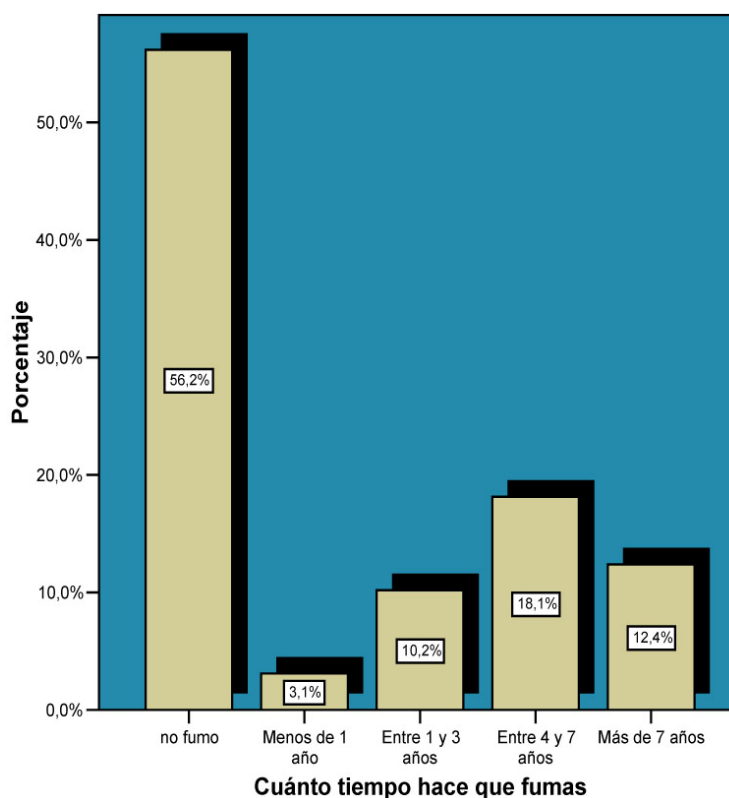


Figura 3. Años de consumo tabáquico.

En la Figura 3 lo más significativo es que el mayor porcentaje está representando por los alumnos/as que no fuman (56,2%). Dentro de los fumadores, el mayor porcentaje (18,1%) corresponde a los que llevan fumando entre 4 y 7 años, y el menor porcentaje (3,1%) a los que llevan menos de 1 año. Los alumnos/as que llevan entre 1-3 años (10,2%) y más de 7 años (12,4%) muestran porcentajes bastante similares entre sí.

5.1.7. Consumo diario de cigarrillos.

En la siguiente Figura mostramos el consumo diario de cigarrillos de los alumnos/as:

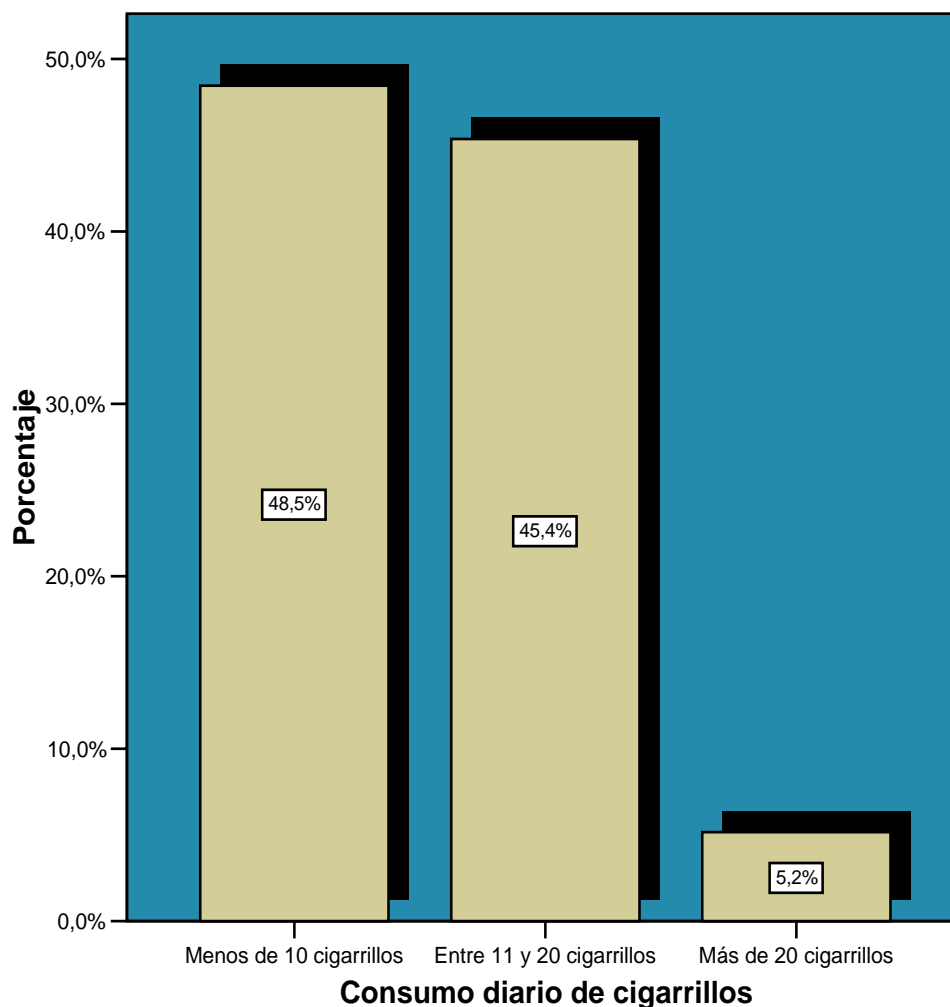


Figura 4. Consumo diario de cigarrillos.

Como podemos observar existen pocas diferencias respecto al consumo (reflejado como número de cigarrillos consumidos cada día) ya que prácticamente casi la mitad (48,5%) consumen menos de 10 cig/día, y el 45,6% consumen entre 11-20 cig/día. El menor porcentaje (5,2%) corresponde a los que fuman más de 20 cig/día.

5.1.8. Abandono del consumo.

Tras el análisis de la prevalencia de tabaquismo, nos interesa conocer si se han planteado alguna vez dejar de fumar, mostrando los porcentajes en la siguiente Figura:

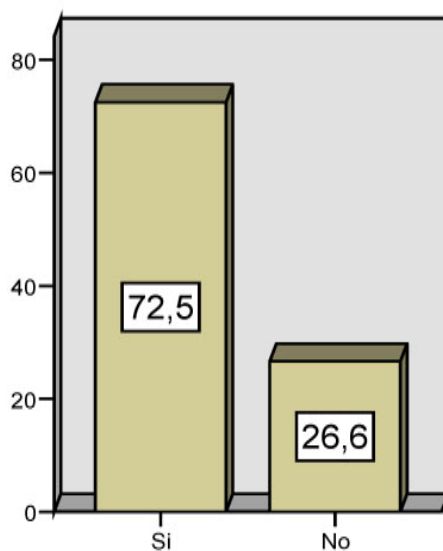


Figura 5. Abandono del consumo.

En Figura superior, mostramos la prevalencia del alumnado que ha se ha planteado el abandono del consumo. El porcentaje de alumnos/as que si lo ha hecho es de 72,5%, respecto a los que no se han planteado dejar de fumar que representa un 26,6%.

5.1.9. Medios para el abandono del consumo.

Continuando con el análisis de la prevalencia, tras conocer si se han planteado dejar de fumar, analizamos si han precisado ayuda de algún profesional para tomar esta decisión o, por el contrario, no han precisado ayuda. Mostramos los resultados:

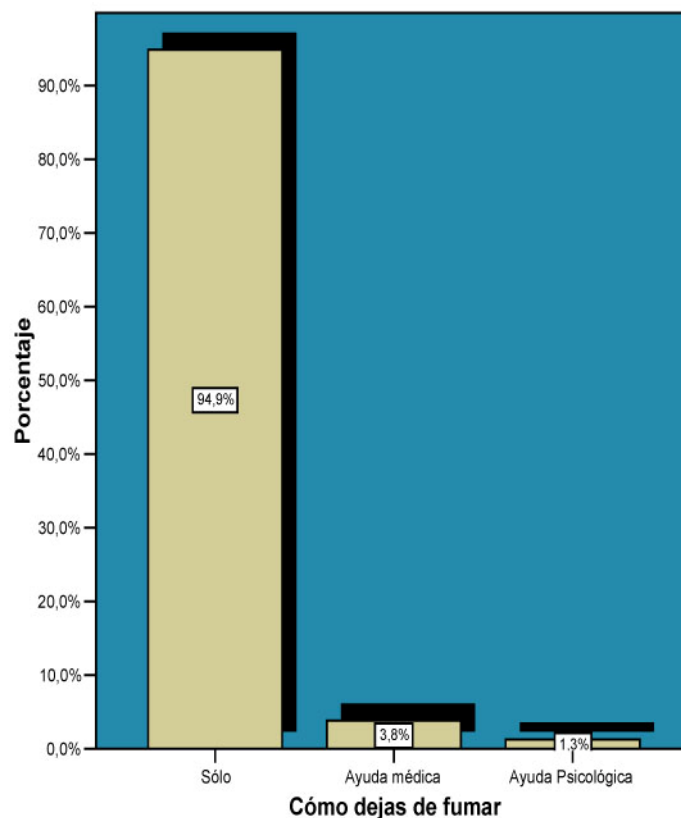


Figura 6. Medios para el abandono del consumo

Observamos como la mayoría (94,9%) no han precisado ninguna ayuda. Si analizamos el tipo de ayuda recibida, los que han tenido ayuda médica representan sólo el 3,8% y en menor porcentaje, sólo un 1,3% han recibido ayuda psicológica. Estos datos revelan la necesidad de intervención en tabaquismo y de una mayor prevención en los jóvenes para aumentar el número de exfumadores.

5.1.10. Éxito al dejar de fumar.

A continuación mostramos los datos referidos al porcentaje de encuestados/as que han dejado de fumar:

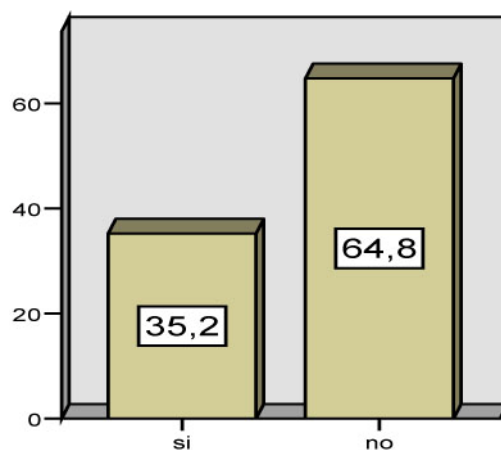


Figura 7. Éxito al dejar de fumar.

Los datos muestran cómo es superior el porcentaje de los que no lo han conseguido, un 64,8% frente a un 35,2% que si han conseguido dejar la adicción al tabaco. Una vez más se hace evidente la necesidad de realizar Programas de intervención y prevención de tabaquismo para poder invertir estos porcentajes.

5.2. Análisis de los conocimientos respecto al tabaquismo.

Tras analizar la prevalencia, el segundo bloque que hemos desarrollado dentro del apartado descriptivo se refiere a los conocimientos que tienen los encuestados respecto al tabaquismo.

5.2.1. Conocimientos por Especialidades.

Para analizar los conocimientos respecto al tabaquismo hemos utilizado cuatro cuestiones que aparecen reflejadas en la siguiente Tabla. Mostramos los resultados de la media de los conocimientos de los encuestados/as según las diversas Especialidades:

Especialidad Magisterio	Efecto sobre la salud humana	Fumar es una enfermedad	Adicción al tabaco	El tabaco es una droga
	<i>Media</i>	<i>Media</i>	<i>Media</i>	<i>Media</i>
<i>Lenguas extranjeras</i>	4,12	3,13	4,35	4,08
<i>Audición y lenguaje</i>	5,00	3,42	4,79	4,71
<i>Educación Física</i>	5,00	3,46	4,87	4,74
<i>Educación Infantil</i>	4,93	3,17	4,78	4,54
<i>Educación Primaria</i>	4,94	3,28	4,91	4,62
<i>Educación Musical</i>	4,75	4,50	5,00	4,88
<i>Educación Especial</i>	4,76	3,72	4,67	4,84
<i>Educación Social</i>	4,95	3,67	4,95	4,81
<i>Psicopedagogía</i>	4,96	2,62	4,81	4,60

Tabla 4. Conocimientos por Especialidades.

La primera cuestión analizada “*efectos sobre la salud*” en general casi todos los alumnos/as muestran una puntuación media bastante alta, significando que se encuentran “bastante de acuerdo” con esta variable.

Al analizar la pregunta “*fumar es una enfermedad*” sus respuestas dan unos resultados con una media más baja, probablemente por falta de conocimiento, siendo los alumnos/as de Educación Musical los que reconocen al tabaquismo como patología respecto al resto. Los alumnos/as de Psicopedagogía son los que presentan una media más baja.

Todas las Especialidades están “bastante de acuerdo” en considerar que el “*tabaco produce adicción*”, siendo los de Educación Musical los que están “muy de acuerdo” en esta consideración.

La mayoría de los alumnos/as de todas las Especialidades están “bastante de acuerdo” en afirmar que el “*tabaco es una droga*”, destacando las

Especialidades de Educación Especial y Educación Musical con una media más alta.

5.2.2. Enfermedades que produce el consumo de tabaco.

Continuando con el análisis de los conocimientos, la siguiente cuestión es valorar el grado de conocimiento que muestran los encuestados en torno a las enfermedades derivadas del consumo de tabaco. Hemos dividido la cuestión en cinco apartados:

- “Ninguna enfermedad”.
- “Cáncer”.
- “Enfermedades pulmonares”.
- “Enfermedades cardiovasculares”.
- “Otras enfermedades”.

A continuación mostramos los resultados en las siguientes Figuras (8-12):

El grado de conocimiento respecto a la producción de “ninguna enfermedad”, presentamos los porcentajes a continuación:

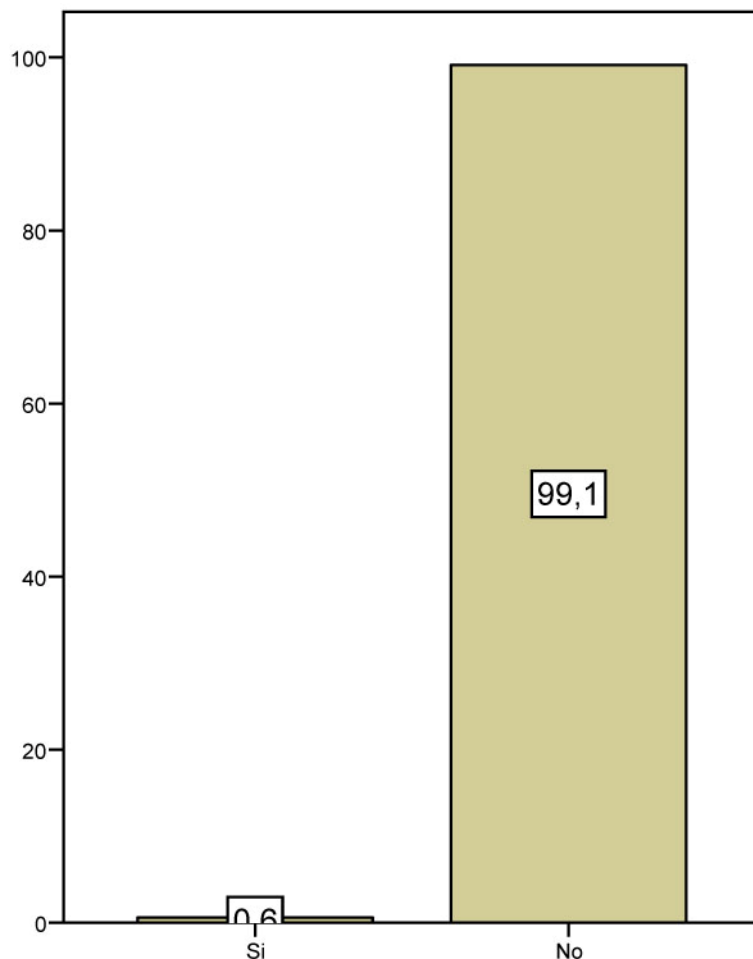


Figura 8: Ninguna enfermedad

El 99,1% de los encuestados consideran que el tabaquismo produce enfermedad, frente al 0,6% que consideran que no la produce.

A continuación analizamos los conocimientos respecto a la producción de “cáncer”, mostrando los porcentajes en la siguiente Figura:

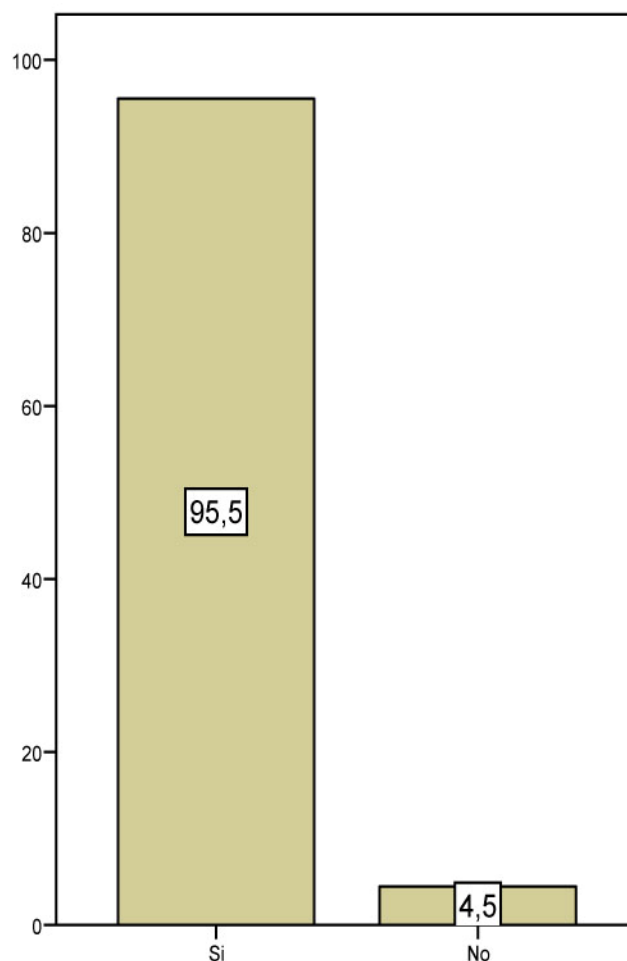


Figura 9. Cáncer.

El 95.5% de los alumnos/as consideran que el consumo de tabaco produce cáncer.

El 4,5% de los encuestados/as considera que no produce cáncer.

La siguiente cuestión trataba de valorar el grado de conocimiento respecto a la producción de las “*enfermedades cardiovasculares*” asociadas con el consumo de tabaco:

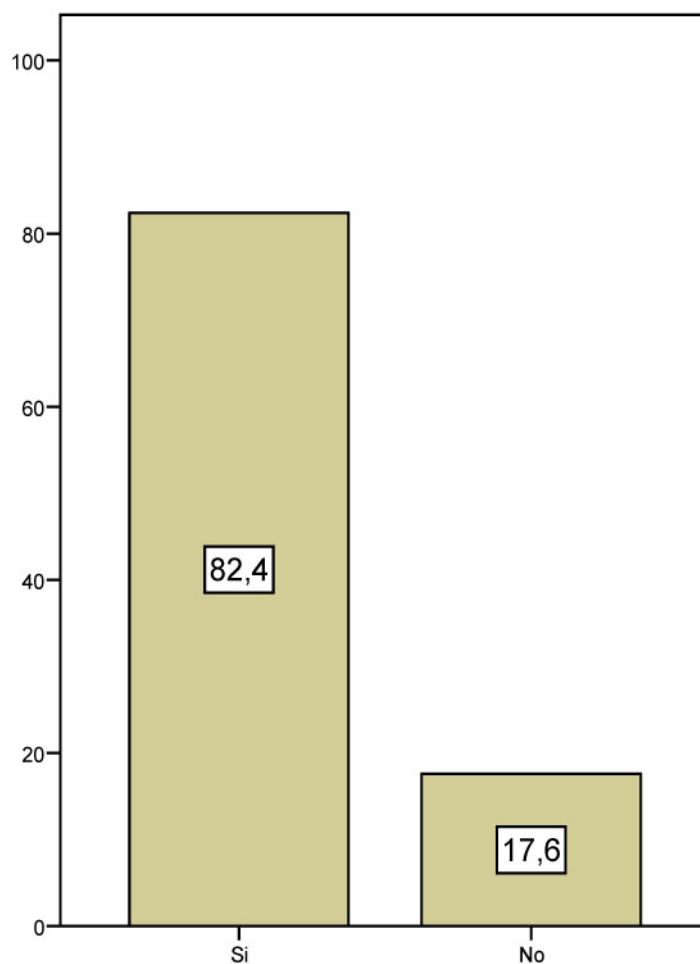


Figura 10. Enfermedades Cardiovasculares

El 82,4% de los encuestados consideran que el consumo de tabaco produce enfermedades cardiovasculares.

Y el 17,6% consideran que el consumo de tabaco no produce enfermedades cardiovasculares.

Los resultados respecto a la producción de “*enfermedades pulmonares*” aparecen en la siguiente Figura:

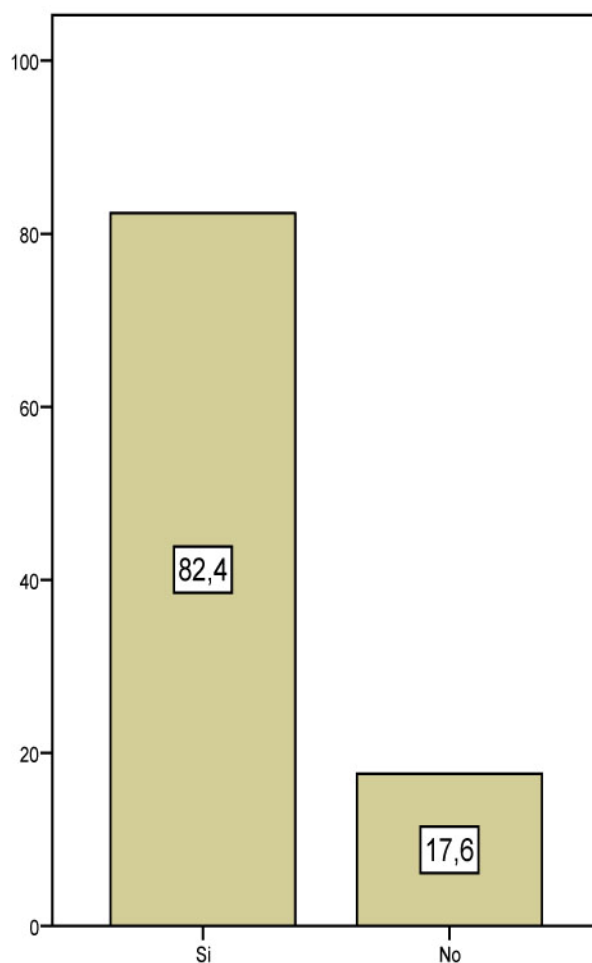


Figura 11. Enfermedades pulmonares

El 82,4% de los estudiantes encuestados consideran que el consumo de tabaco produce enfermedades pulmonares.

Y el 17,6% de ellos desconocen la producción de enfermedades pulmonares.

La última cuestión analizada es la “*producción de otro tipo de enfermedades*”. En la siguiente Figura mostramos los porcentajes obtenidos:

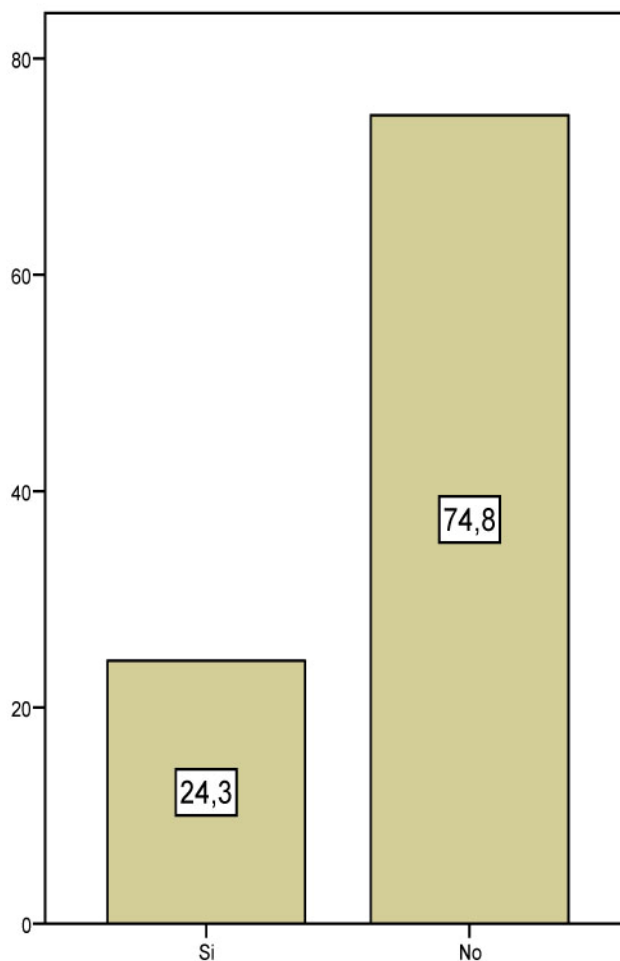


Figura 12. Producción de otro tipo de enfermedades.

El 24,3% consideran que produce otro tipo de enfermedades.

Y el 74,8% consideran que no produce otro tipo de enfermedades.

5.3. Formación recibida en prevención del tabaquismo.

Se muestra en la siguiente Figura los porcentajes correspondientes “al grado de formación recibida” en los alumnos/as encuestados.

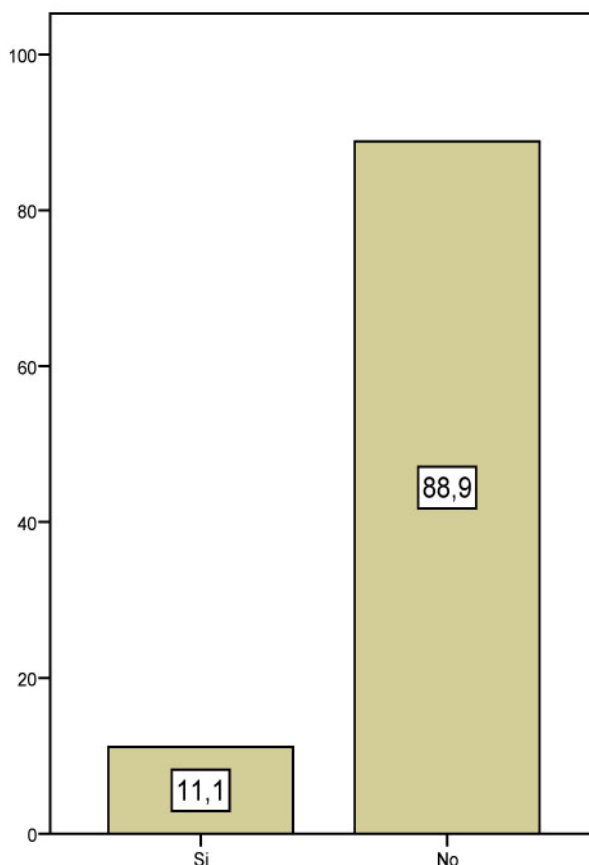


Figura 13. Grado de formación recibida.

Un 11,1% de los encuestados han recibido formación en prevención del tabaquismo durante su carrera universitaria.

Y el 88,9% de ellos no han recibido formación en prevención del tabaquismo

En los apartados anteriores, hemos anotado el análisis e interpretación descriptiva de la prevalencia, conocimientos, y la formación recibida respecto al tabaquismo, a continuación mostramos el análisis inferencial.

5.4. Análisis inferencial.

Para el desarrollo de dicho apartado, señalamos cuatros Hipótesis científicas con subhipótesis que mostramos a continuación:

Hipótesis 1:

1.1. Existirán diferencias significativas en las variables edad de inicio y consumo de tabaco en relación a la Especialidad y al sexo.

1.1.1. Existirán diferencias significativas entre la edad de inicio del consumo y Especialidad.

Mostramos el recuento de alumnos de las diversas Especialidades analizadas respecto a “*la edad de inicio de consumo de tabaco*” en la Tabla siguiente observando que la mayoría del alumnado ha comenzado a fumar después de los 13 años.

<i>Especialidad Magisterio</i>	<i>Edad de inicio</i>	
	<i>Antes de los 13 años</i>	<i>Después de los 13 años</i>
<i>Lengua Extranjera</i>	4	17
<i>Audición y Lenguaje</i>	1	3
<i>Educación Física</i>	0	12
<i>Educación Infantil</i>	5	14
<i>Educación Primaria</i>	2	9
<i>Educación Musical</i>	0	4
<i>Educación Especial</i>	4	19
<i>Educación Social</i>	4	7
<i>Psicopedagogía</i>	3	6

Tabla 5. Edad de inicio de consumo de tabaco respecto a la Especialidad.

- Los alumnos/as de Educación Infantil son los que en mayor número han empezaron a fumar antes de los 13 años (5).
- Los alumnos/as que en mayor número han comenzado a fumar después de los 13 años son los de Educación Especial (19).

A continuación mostramos los datos de forma gráfica:

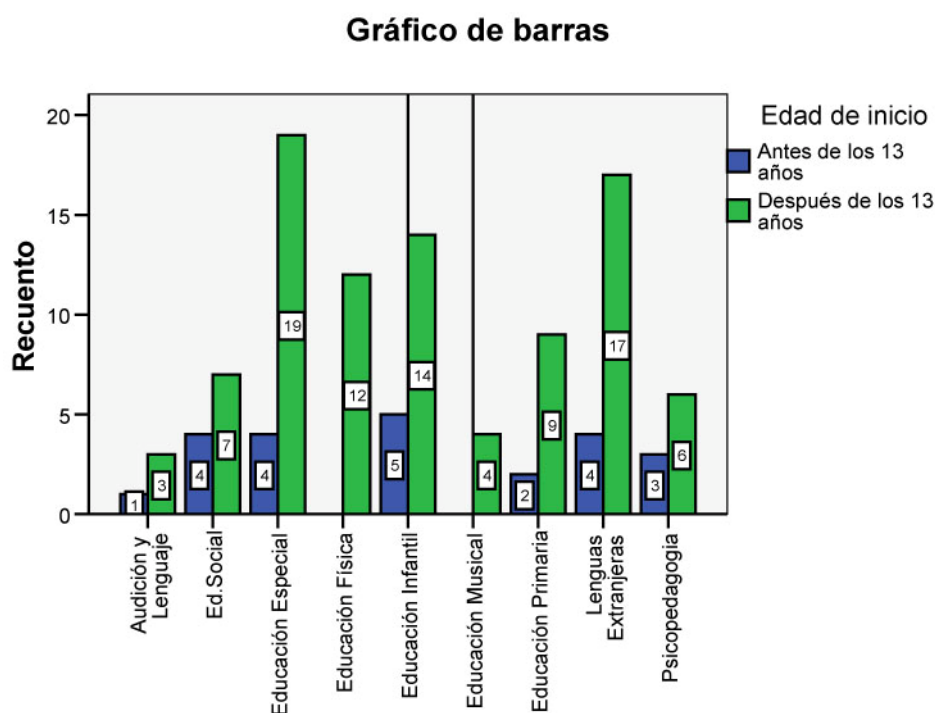


Figura 14. Edad de inicio/Especialidad.

Observamos como en todas las Especialidades la edad de inicio se produce después de los 13 años. Para valorar si existen diferencias significativas entre las variables estudiadas, aplicando la prueba de χ^2 y mostramos los resultados en la siguiente Tabla:

	Valor	Sig. Asintónica (bilateral)
Chi ² de Pearson	16,180	,440

Tabla 6. Chi² edad de inicio/ Especialidad.

Como podemos observar en la Tabla 6, no existen diferencias significativas ($p=0,440$) entre las dos variables analizadas.

1.1.2. Existirán diferencias significativas entre la edad de inicio del consumo de tabaco y el sexo.

Estudiamos a continuación si "la edad de inicio de consumo de tabaco" difiere en los hombres o en las mujeres, mostrando los resultados en la siguiente Figura:

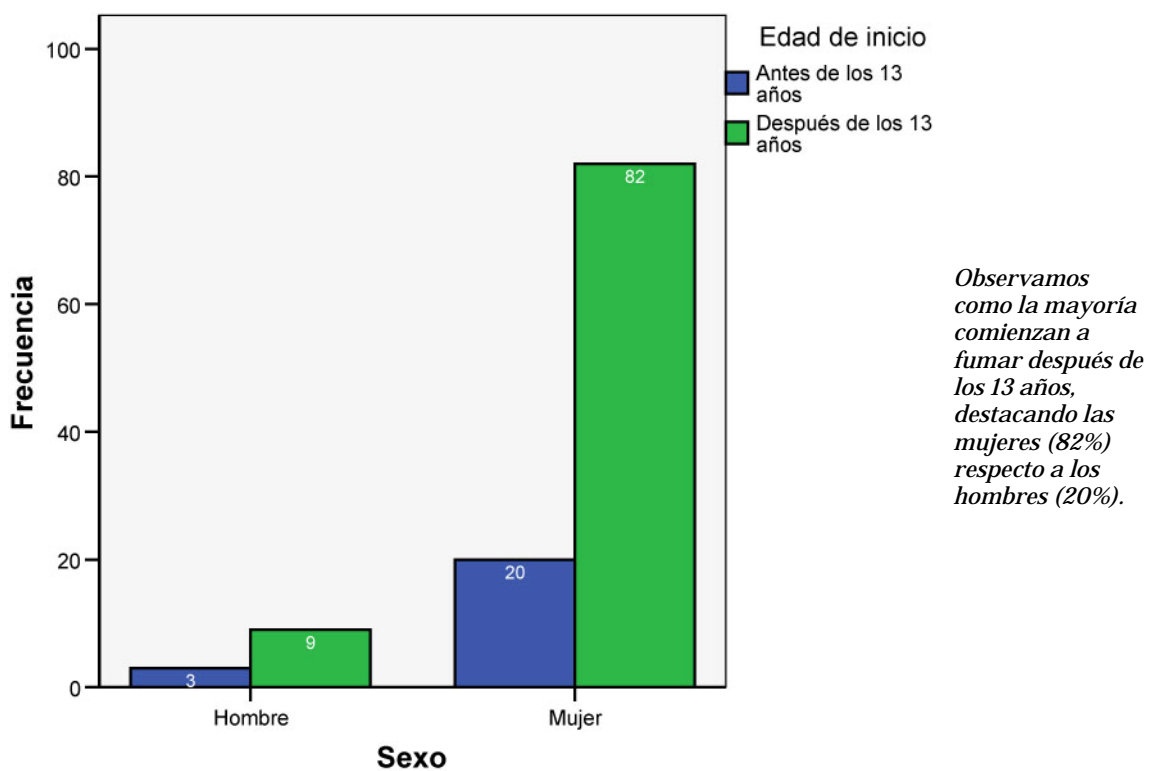


Figura 15. Edad de inicio/sexo.

A continuación mediante la T-student valoramos si existen diferencias significativas entre estas variables planteadas,

		Prueba T para la igualdad de medias	
		t	Sig. (bilateral)
Edad de inicio	Se han asumido varianzas iguales	-,555	,580

Los datos desprendidos de la tabla 7 nos arrojan como no existen diferencias significativas ($p = 0,58$) respecto a la edad de inicio y el sexo.

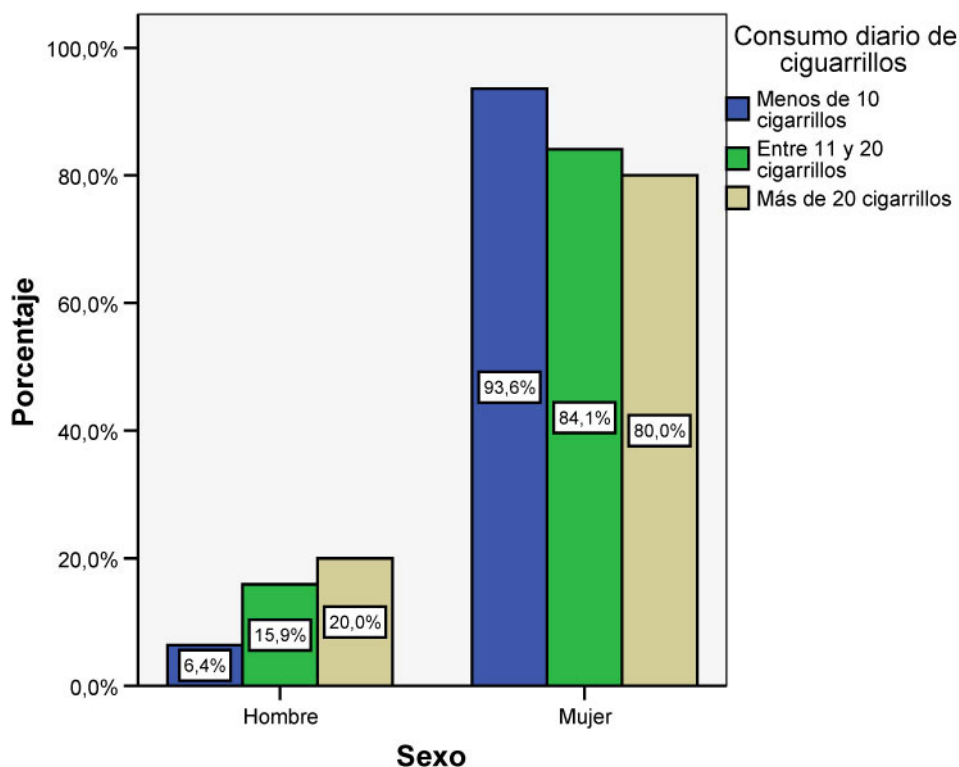
Tabla 7. T- Student edad de inicio/ sexo.

1.2. Existirán diferencias significativas respecto a la variable consumo diario de tabaco en relación al sexo y a la Especialidad.

1.2.1. Existirán diferencias significativas entre el consumo diario de tabaco en relación al sexo.

A continuación mostramos los datos referidos al “consumo diario de tabaco /sexo” en la Figura 16. Para valorar el consumo diario de tabaco hemos dividido la variable en tres:

- -“Menos de 10 cigarrillos/día”.
- -“Entre 11-20 cigarrillos/día”.
- -“Más de 20 cigarrillos /día”.



- Destaca como el porcentaje de consumo de tabaco es mayor en la mujer, el mayor consumo se observa en la cantidad de 10 cig/día (93,6%).
- Los hombres que más fuman (20%) consumen más de 20 cig/día.

Figura 16. Consumo diario de tabaco/sexo.

Para valorar si existen diferencias significativas, realizamos T-student entre las dos variables estudiadas, mostrando los resultados a continuación:

		Prueba T para la igualdad de medias	
		t	Sig. (bilateral)
Consumo diario de cigarrillos	Se han asumido varianzas iguales	1,131	,261

Tabla 8. T-student consumo diario/sexo.

En este caso no existen diferencias significativas entre el consumo diario de tabaco y el sexo ($p=0,261$).

1.2.2. Existirán diferencias significativas entre el consumo diario de tabaco y la Especialidad.

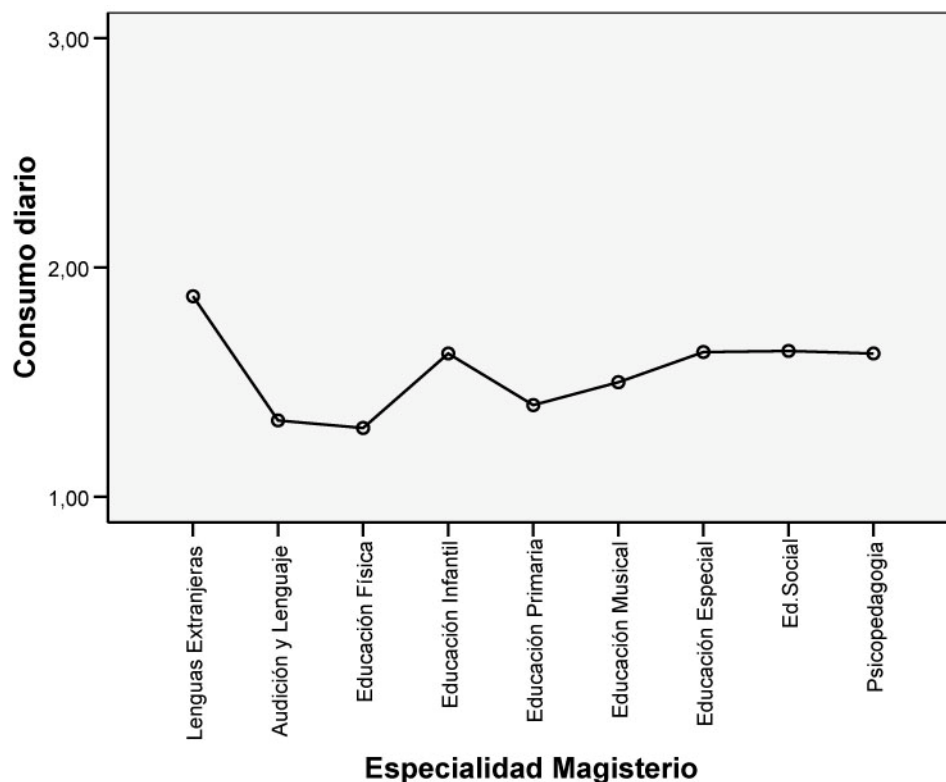


Figura 17. Consumo diario de tabaco /Especialidad.

Observamos como en general todas las Especialidades muestran unos valores similares de media, destacando Lenguas Extranjeras con un valor de media superior, presumiblemente pudieran existir diferencias. A continuación valoramos si existen diferencias significativas entre el consumo diario y las Especialidades, mostrando los resultados en la Tabla 9 tras realizar Anova.

ANOVA

Consumo diario de cigarrillos

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
Inter.-grupos	2,811	8	,351	,728	,667
Intra-grupos	42,508	88	,483		
Total	45,320	96			

Tabla 9. Anova consumo diario de tabaco/Especialidades.

Observamos que no existen diferencias significativas ($p=0,667$) entre las variables analizadas, la Especialidad no ha influido en el consumo diario de tabaco.

Hipótesis 2:

2.1. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as fumadores y no fumadores en relación a la variable conocimiento.

Para el análisis de la variable conocimiento hemos utilizado cuatro cuestiones:

- “Efectos sobre la salud humana”.
- “Fumar es una enfermedad”.
- “Adicción al tabaco”.
- “El tabaco es una droga”.

En la Figura 18 mostramos los resultados obtenidos. Observamos cómo presumiblemente no vamos a encontrar diferencias ya que presentan unas medias similares entre fumadores/no fumadores.

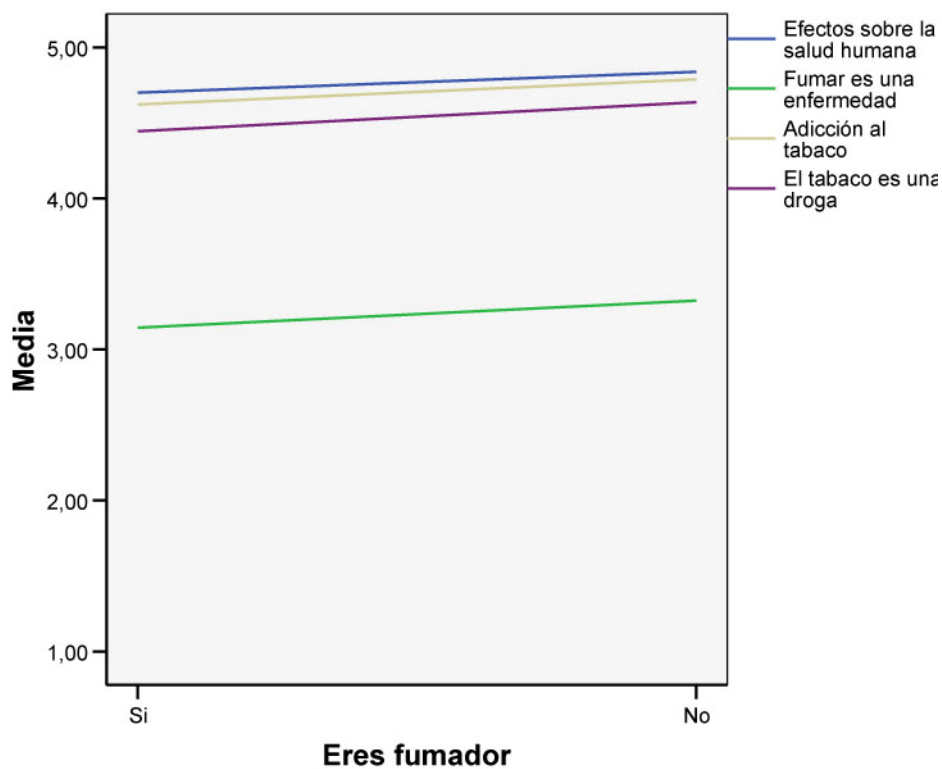


Figura 18. Variable conocimientos fumador/no fumador

Para analizar si existen diferencias significativas, utilizamos como en casos anteriores la T-student y mostramos los resultados en la Tabla 10. Observamos en ella cómo no existen diferencias significativas respecto a la variable conocimiento entre fumadores y no fumadores ($p > 0,05$). En este caso el consumo de tabaco no ha influido en los conocimientos de los encuestados.

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias	
		t	Sig. (bilateral)
Efectos sobre la salud humana	Se han asumido varianzas iguales	-1,448	,149
Fumar es una enfermedad	Se han asumido varianzas iguales	-1,122	,263
Adicción al tabaco	Se han asumido varianzas iguales	-1,824	,069
El tabaco es una droga	Se han asumido varianzas iguales	-1,752	,081

Tabla 10. T-student variable conocimientos fumador/no fumador.

2.2. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as fumadores y no fumadores en relación a la variable actitud.

A continuación se muestran los datos referidos a la variable actitud, medida en los siguientes cinco items que mostramos:

- *“fumar como conducta que sólo atañe a mi persona”,*
- *“fumar es una conducta que afecta a la salud de los demás”,*
- *“fumar tiene connotaciones positivas”,*
- *“la adicción al tabaco se refuerza con los modelos parentales”, y*
- *“la adicción al tabaco y su relación con el grupo de amigos”.*

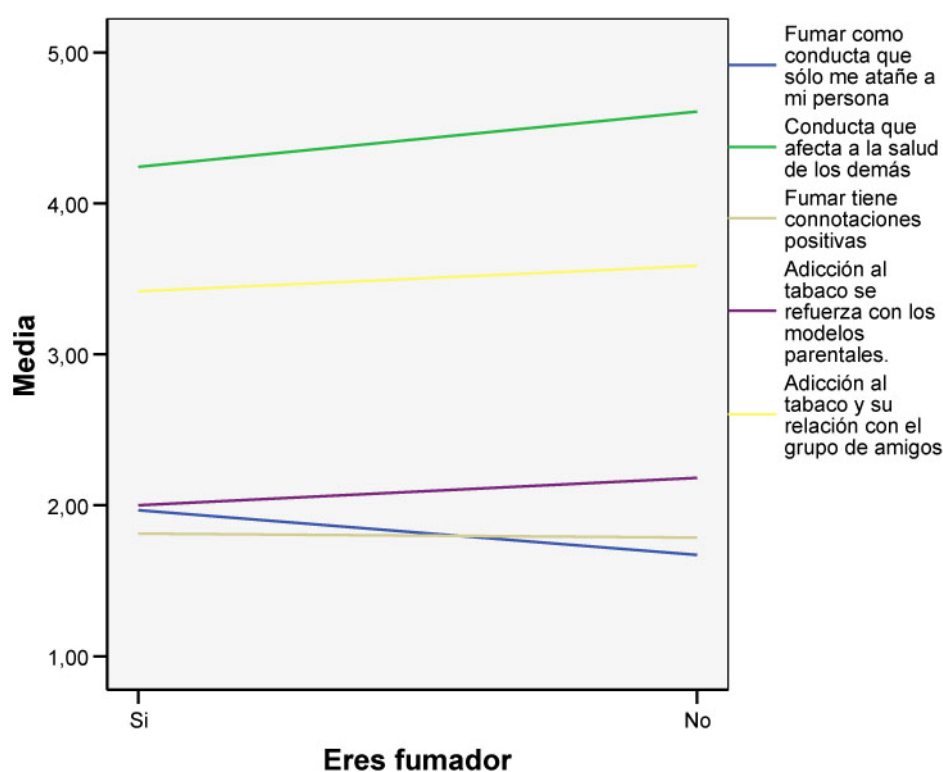


Figura 19. Variable actitud fumador/no fumador.

Si observamos la Figura 19 presumiblemente pudieran existir diferencias en algunos de las cinco cuestiones analizadas respecto al consumo de tabaco. El

valor de la media es más alta en todas las cuestiones planteadas en el grupo de los no fumadores, excepto en la cuestión “fumar es una conducta que sólo atañe a mi persona” que presenta una media más alta en fumadores.

Para estudiar si existen diferencias significativas en la variable actitud en relación al consumo de tabaco, aplicamos T-student mostrando los resultados en la siguiente Tabla:

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias	
		t	Sig. (bilateral)
Fumar como conducta que sólo me atañe a mi persona	Se han asumido varianzas iguales	2,087	,038
Conducta que afecta a la salud de los demás	Se han asumido varianzas iguales	-2,978	,003
Fumar tiene connotaciones positivas		,123	,903
Adicción al tabaco tiene un componente hereditario	Se han asumido varianzas iguales	-1,061	,289
Adicción al tabaco y su relación con el grupo de amigos	Se han asumido varianzas iguales	-1,036	,301

Tabla 11. T-student variable actitud fumador/no fumador.

Se desprende de la Tabla 11 cómo en las cuestiones “fumar es una conducta que afecta a la salud de los demás” ($p=0,003$) y “fumar es una conducta que sólo atañe a mi persona” ($p=0,038$), existen diferencias significativas. En este caso las diferencias son en el grupo de no fumadores.

2.3. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as fumadores y no fumadores en relación a la variable creencia.

Para el análisis de la variable creencia hemos planteado tres subhipótesis: “disminución del consumo de tabaco”, “opinión de la prohibición de fumar” y la “opinión de la nueva Ley”.

2.3.1. Existirán diferencias significativas en la disminución en el consumo de tabaco entre fumadores y no fumadores.

Analizamos la disminución del consumo en relación a la aplicación de una serie de medidas, resumidas en siete, que mostramos en la siguiente Figura:

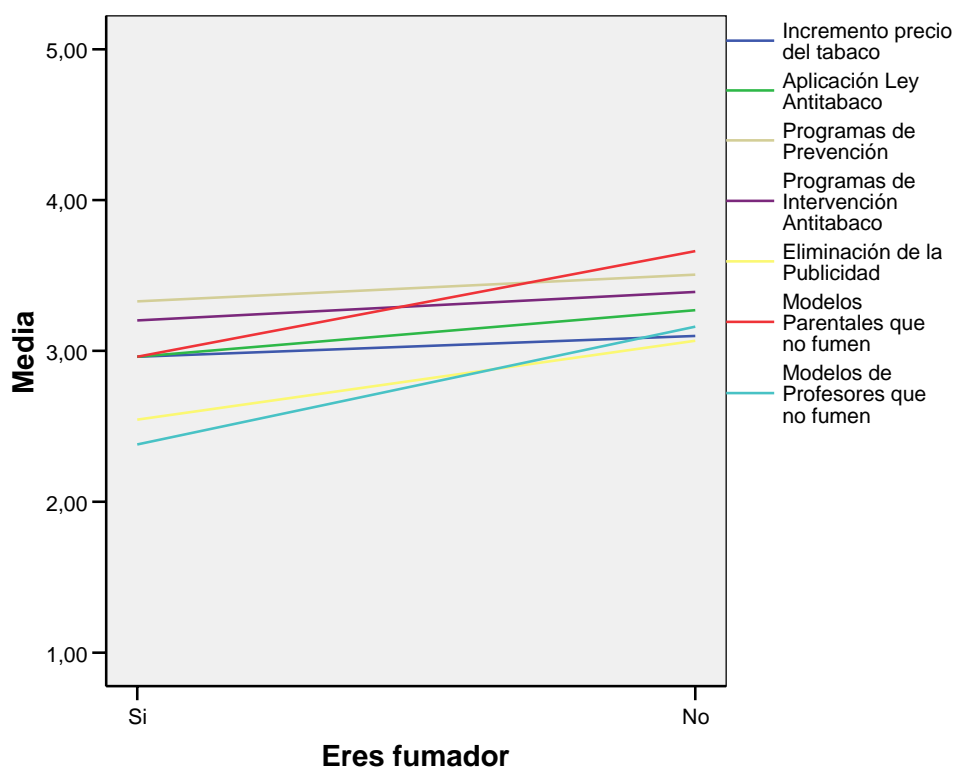


Figura 20. Disminucion del consumo de tabaco fumador/no fumador.

Observamos como las medias son similares y presumiblemente no van a existir diferencias entre fumadores y no fumadores. Para analizarlo, utilizamos T-student y valoramos si existen diferencias significativas entre fumadores y no fumadores respecto a la variable creencia en la Tabla siguiente:

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias	
		t	Sig. (bilateral)
Incremento precio del tabaco	Se han asumido varianzas iguales	-,542	,588
Aplicación Ley Antitabaco	Se han asumido varianzas iguales	-2,149	,032
Programas de Prevención	Se han asumido varianzas iguales	-1,327	,186
Programas de Intervención Antitabaco	Se han asumido varianzas iguales	-1,487	,138
Eliminación de la Publicidad	Se han asumido varianzas iguales	-2,680	,008
Modelos Parentales que no fumen	Se han asumido varianzas iguales	-3,993	,000
Modelos de Profesores que no fumen	Se han asumido varianzas iguales	-4,006	,000

Tabla 12. T student disminución del consumo de tabaco fumador/no fumador.

Según los datos obtenidos tras realizar T-student, existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre fumadores y no fumadores, en relación a:

- “Aplicación Ley antitabaco” ($p=0,32$).
- “Eliminación de la publicidad” ($p=0,008$).
- “Modelos parentales que no fumen” ($p=0,000$).
- “Modelos de profesores que no fumen” ($p=0,000$).

En este caso las diferencias observadas son en el grupo de no fumadores.

2.3.2. Existirán diferencias significativas en relación a la opinión de la prohibición de fumar en diversos lugares planteados entre fumadores y no fumadores.

Mostramos los resultados obtenidos de la opinión de la prohibición de fumar en los diversos lugares planteados en la siguiente Figura:

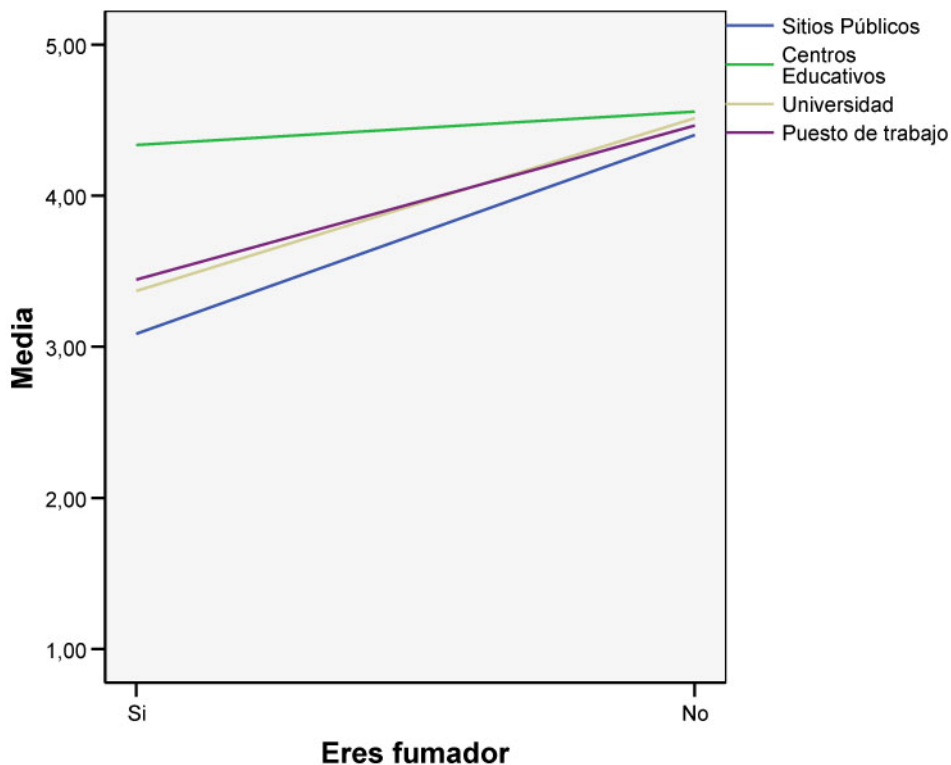


Figura 21. Opinión prohibición de fumar fumador/no fumador.

La Figura 21 nos muestra unos valores diferentes de medias, presumiblemente pudieran existir diferencias con una puntuación más alta en el grupo de los no fumadores. Para analizar si existen diferencias significativas en la opinión de la prohibición de fumar en los diversos lugares y ser fumador, como en casos anteriores, hemos realizado T-student, mostrando los resultados en la Tabla 13:

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias	
		t	Sig. (bilateral)
Sitios Públicos	Se han asumido varianzas iguales	-8,072	,000
Centros Educativos	Se han asumido varianzas iguales	-1,527	,128
Universidad	Se han asumido varianzas iguales	-7,456	,000
Puesto de trabajo	Se han asumido varianzas iguales	-6,882	,000

Tabla 13. T-student opinión prohibición de fumar fumador/no fumador.

Al realizar T-student, observamos cómo existen diferencias significativas en la prohibición de fumar en:

- -“ sitios públicos” (p=0,000),
- - “Universidad “(p=0,000) y,
- - “puestos de trabajo” (p=0,000).

En este caso las diferencias se observan en los no fumadores.

2.3.3. Existirán diferencias significativas en relación a la opinión de la nueva Ley entre fumadores y no fumadores.

En la Figura 22 mostramos los resultados obtenidos, destacando en ella cómo la media es más alta en el caso de los no fumadores:

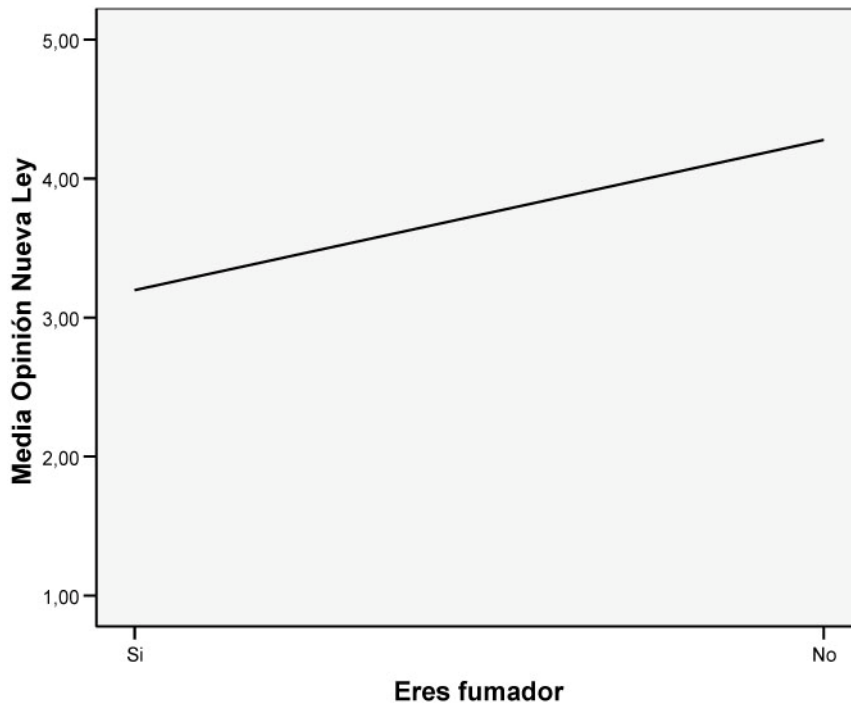


Figura 22. Opinión nueva Ley fumador/ no fumador.

Pudieran existir diferencias entre fumador/no fumador sobre la opinión que tienen sobre la nueva Ley, ya que los no fumadores presentan una puntuación de media más alta. Comprobamos con la T-student si existen diferencias significativas, cuyos resultados aparecen en la siguiente Tabla:

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias	
		t	Sig. (bilateral)
Opinión Nueva Ley	Se han asumido varianzas iguales	-6,-8,329	,000

Tabla 14. T-student opinión nueva Ley fumador/no fumador.

Existen diferencias significativas en relación a la opinión de la nueva Ley respecto a fumadores y no fumadores ($p=0,000$). En este caso el consumo de tabaco si ha influido en las respuestas.

A continuación, siguiendo con el desarrollo de la Hipótesis el último grupo relacionado con fumadores y no fumadores, se refiere a la variable Educación para la Salud.

2.4. Existirán diferencias significativas entre fumadores y no fumadores en relación a la variable Educación para la Salud. Para el análisis de la Educación para la Salud hemos desarrollado dos subhipótesis:

- “la opinión de la educación para la salud en la escuela”, y
- “la importancia de la asignatura de Educación para la Salud”.

2.4.1. Existirán diferencias significativas en la opinión de Educación para la Salud en la escuela en relación a fumadores y no fumadores.

A continuación mostramos los resultados tras el análisis de la opinión de Educación para la Salud que presentan los encuestados, valorada mediante tres cuestiones:

- “necesidad de trabajar para la prevención del tabaquismo como área transversal”,
- “Los maestros necesitan estar formados en prevención del tabaquismo ” y
- “desarrollo de actitudes preventivas en los alumnos/as en los centros escolares.”

La Figura 23 muestra los resultados. Observamos cómo los valores de las medias son similares en el grupo de fumadores como en el de no fumadores, presumiblemente no van a existir diferencias entre las variables medidas:

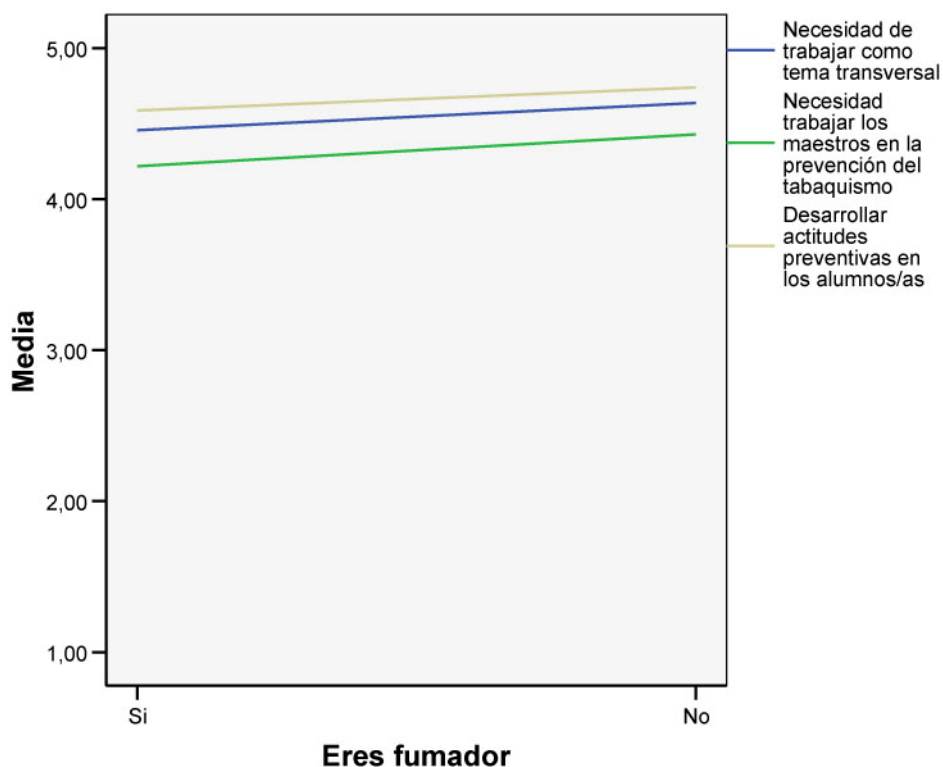


Figura 23. Opinión de EPS escuela fumador/no fumador.

Para analizar si existen diferencias significativas tras realizar T-student mostramos los resultados:

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias	
		t	Sig. (bilateral)
Necesidad de trabajar como tema transversal	Se han asumido varianzas iguales	-1,909	,057
Necesidad de trabajar los maestros en la prevención del tabaquismo	Se han asumido varianzas iguales	-1,969	,510
Desarrollar actitudes preventivas en los alumnos/as	Se han asumido varianzas iguales	-1,874	,062

Tabla 15. T-student opinión EPS en la escuela fumador/no fumador.

En este caso no existen diferencias significativas en las variables estudiadas ($p > 0,05$). El consumo de tabaco no ha influido en las respuestas.

2.4.2. Existirán diferencias significativas en la importancia de la asignatura de Educación para la salud en relación a los fumadores y no fumadores. La importancia de la asignatura de Educación para la salud, la valoramos con tres cuestiones que mostramos a continuación:

- “Importancia de incluir la asignatura en el currículo”.
- “Grado de aplicación en el ejercicio de la profesión”.
- “Valoración socioeducativa de la Educación para la Salud”.

En la siguiente Figura mostramos los resultados obtenidos:

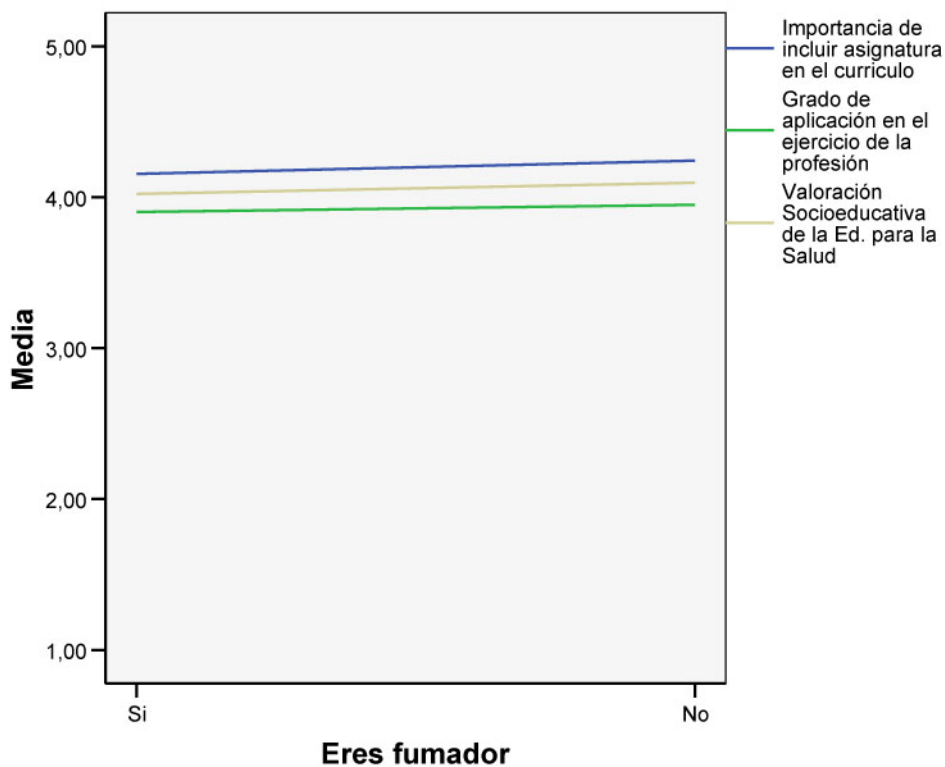


Figura 24. Importancia asignatura EPS fumador/ no fumador.

Según los datos presumiblemente no existen diferencias entre fumadores y no fumadores.

Tras aplicar la T-student, valoramos si existen diferencias significativas entre las variables y mostramos los resultados en la siguiente Tabla:

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias	
		t	Sig. (bilateral)
Importancia de incluir asignaturas en el currículo	Se han asumido varianzas iguales	-,695	,488
Grado de aplicación en el ejercicio de la profesión	Se han asumido varianzas iguales	-,418	,676
Valoración Socioeducativa de la Educación para la Salud	Se han asumido varianzas iguales	-,623	,534

Tabla 16. T-student importancia asignatura EPS /fumador/no fumador.

En este caso, no existen diferencias significativas ($p > 0,05$) entre fumadores y no fumadores, el consumo de tabaco no ha influido en sus respuestas.

Hipótesis 3:

3.1 Existirán diferencias significativas entre alumnos/as formados y no formados en relación a la variable conocimiento.

Para el análisis de las diferencias significativas en la variable conocimiento respecto a los alumnos/as formados y no formados, en primer lugar realizamos un análisis descriptivo para valorar las medias y posteriormente, mediante la utilización de la T-student, estudiamos si existen diferencias significativas entre las variables medidas.

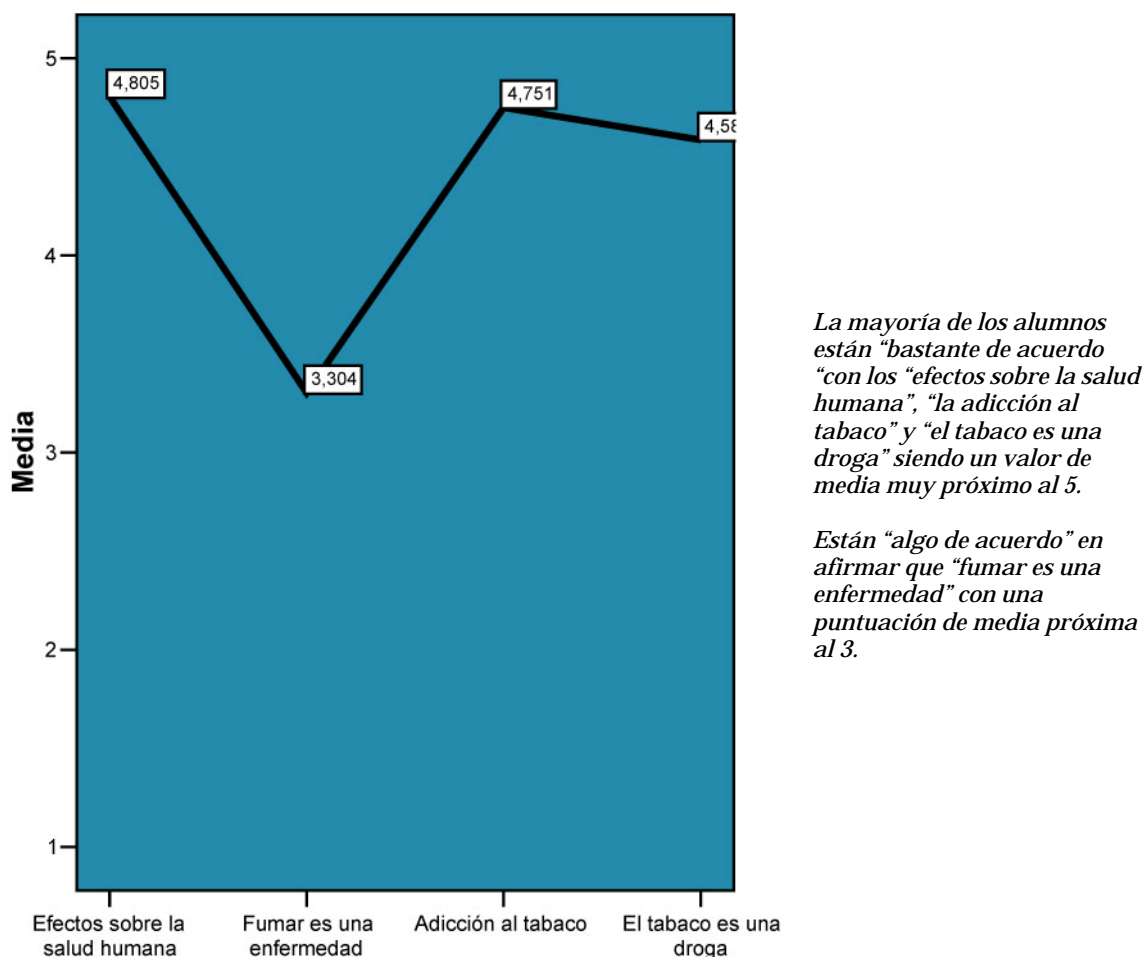


Figura 25. Conocimientos efectos del tabaco

Tras conocer el grado de conocimiento de los encuestados respecto al tabaquismo, a continuación en la siguiente Figura mostramos el análisis de la variable conocimiento respecto al consumo de tabaco entre alumnos/as formados y no formados:

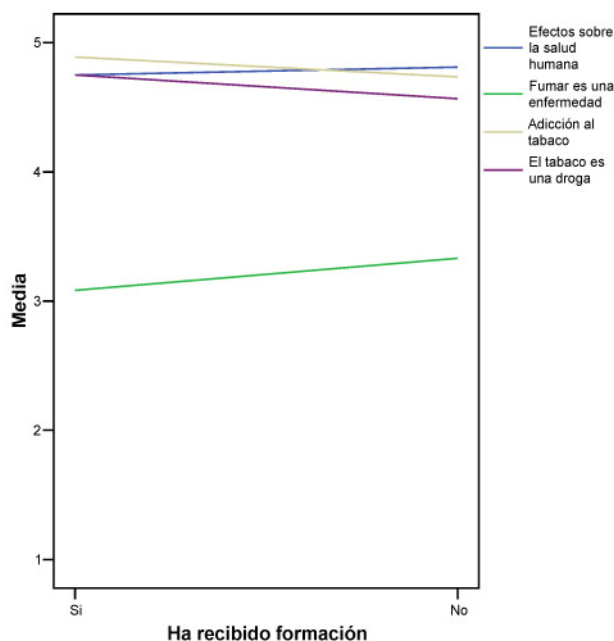


Figura 26. Variable conocimientos tabaquismo formado /no formado.

La Figura nos muestra como los valores de las medias respecto a los conocimientos entre formados y no formados en tabaquismo son similares, presumiblemente no van a existir diferencias. Para analizar si existen diferencias significativas entre aquellos alumnos/as que están formados y los que no están formados en relación al conocimiento que manifiestan sobre el tabaquismo, realizamos la T-student que nos compara las medias e identifica si las diferencias son significativas o no, respecto a los valores “efectos sobre la salud humana”, “fumar es una enfermedad”, “adicción al tabaco” y “el tabaco es una droga”.

En la siguiente Tabla, mostramos los resultados obtenidos:

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias	
		t	Sig. (bilateral)
Efectos sobre la salud humana	Se han asumido varianzas iguales	-,375	,708
Fumar es una enfermedad	Se han asumido varianzas iguales	-,949	,343
Adicción al tabaco	Se han asumido varianzas iguales	1,185	,237
El tabaco es una droga	Se han asumido varianzas iguales	1,180	,239

Tabla 17. T-student conocimientos tabaquismo formado/ no formado.

Los datos arrojados ponen de manifiesto cómo no existen diferencias significativas entre las variables analizadas, por tanto, en este caso la formación en tabaquismo que presentan los estudiantes no ha influido en sus conocimientos respecto a “los efectos del tabaco en la salud humana”, “fumar es una enfermedad”, “adicción al tabaco” y “el tabaco es una droga”.

3.2. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as formados y no formados en relación a la variable actitud.

En la siguiente Figura mostramos los resultados del análisis descriptivo obtenido en relación a la variable actitud en los encuestados:

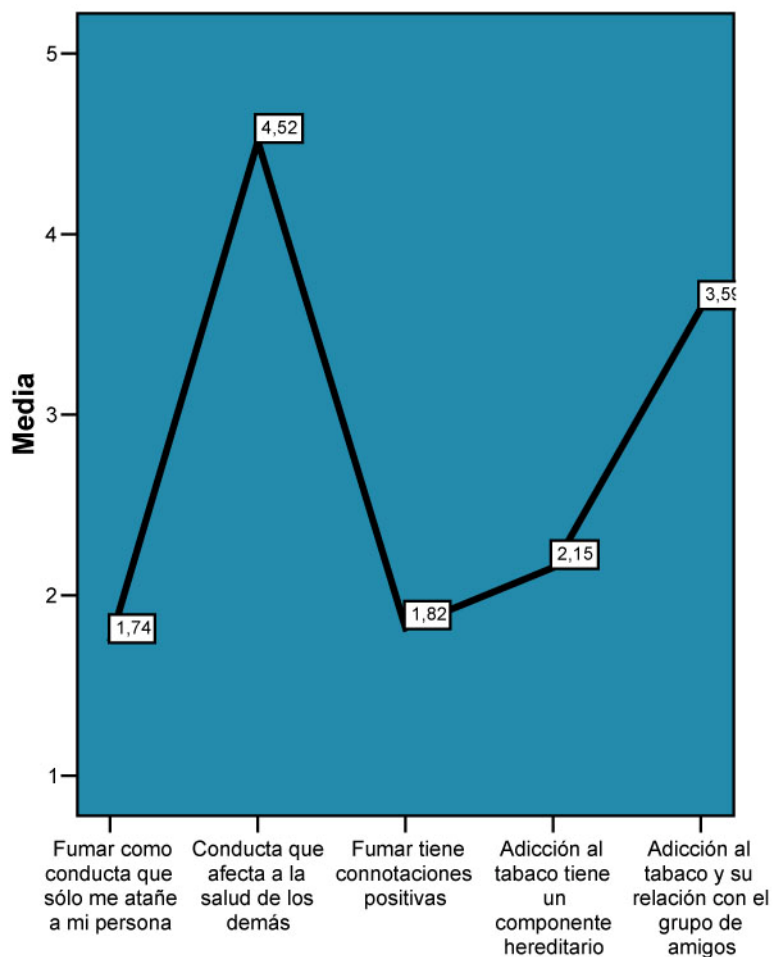


Figura 27. Variable actitud/ tabaquismo

Los datos expresados en la Figura 27 son los siguientes:

- Los alumnos/as están “bastante de acuerdo” en afirmar que “fumar es una conducta que afecta a la salud de los demás”, destacando con un valor de media superior a las demás variables.

- Las variables “fumar como conducta que sólo atañe a mi persona” y “fumar tiene connotaciones positivas”, presentan un valor de media inferior significando estos resultados que los alumnos/as “no están nada de acuerdo” en afirmarlo. Dato que nos parece interesante porque puede modificar su conducta respecto al tabaquismo.
- En relación a la variable “adicción al tabaco se refuerza con los modelos parentales”, afirman que están “muy poco de acuerdo”.
- En la variable “adicción al tabaco y su relación con el grupo de amigos” los encuestados están “algo de acuerdo” en afirmarlo. Reconocemos la importancia de la pertenencia al grupo de iguales, conociendo bien las influencias que los jóvenes tienen por el grupo de iguales.

A continuación mostramos los resultados de la variable actitud relacionado con el grado de formación recibida en el siguiente Figura.

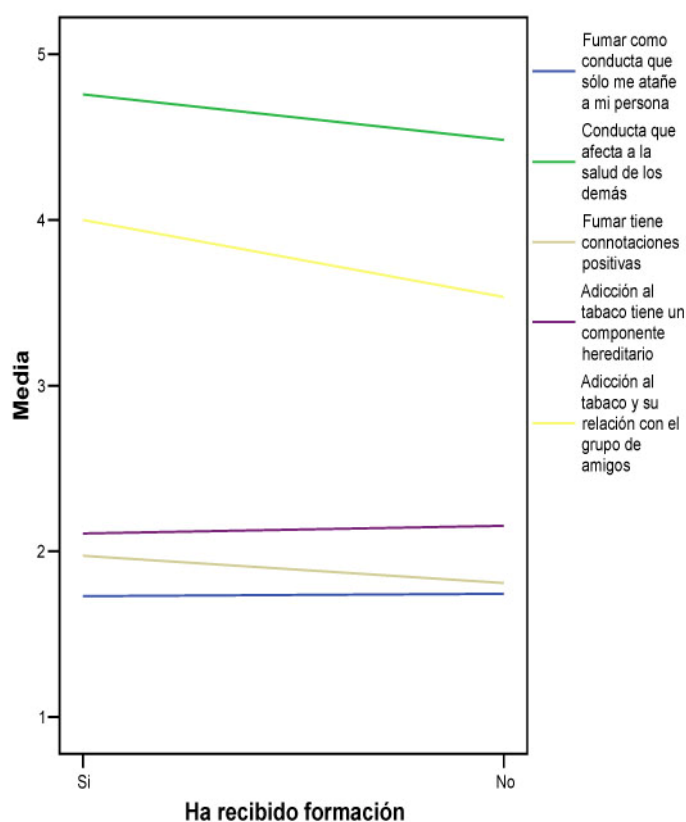


Figura 28. Variable actitud/ formación recibida.

En general todos los ítems muestran unos valores similares de media, destacando como en el ítem “adicción al tabaco y su relación con el grupo de amigos”y “fumar implica una conducta que puede afectar a la salud de los demás, los valores de medias son diferentes con unos valores más altos en el grupo de los alumnos/as formados.

Trasladamos los datos a la siguiente Tabla, para a través de T-student valorar si existen diferencias significativas entre las cuatro cuestiones propuestas en relación a los alumnos/as formados y no formados en prevención del tabaquismo.

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias	
		t	Sig. (bilateral)
Fumar implica una conducta que solo atañe a la persona que lo realiza	Se han asumido varianzas iguales	-,030	,976
Fumar implica una conducta que puede afectar a la salud de los demás	Se han asumido varianzas iguales	1,591	,113
Fumar tiene connotaciones positivas	Se han asumido varianzas iguales	,841	,401
La adicción al tabaco se refuerza con los modelos parentales	Se han asumido varianzas iguales	-,247	,805
La adicción al tabaco se relaciona con la conducta de fumar del grupo de amigos	Se han asumido varianzas iguales	2,110	,036

Tabla 18. T-student variable actitud formado/no formado.

No existen diferencias significativas en la variable actitud en relación al tabaquismo entre los alumnos formados y no formados, excepto en la variable “adicción al tabaco relacionado con el grupo de amigos al que pertenecen”, en la que se observa que la formación en tabaquismo influye en los alumnos/as ($p=0,036$).

3.3. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as formados y no formados en relación a la variable creencia.

3.3.1. Existirán diferencias significativas en relación a la disminución del consumo de tabaco entre formados y no formados. A continuación mostramos lo valores obtenidos de las medias en relación a la variable creencia de los encuestados, observando como en general presentan una media similar en todos los ítems planteados.

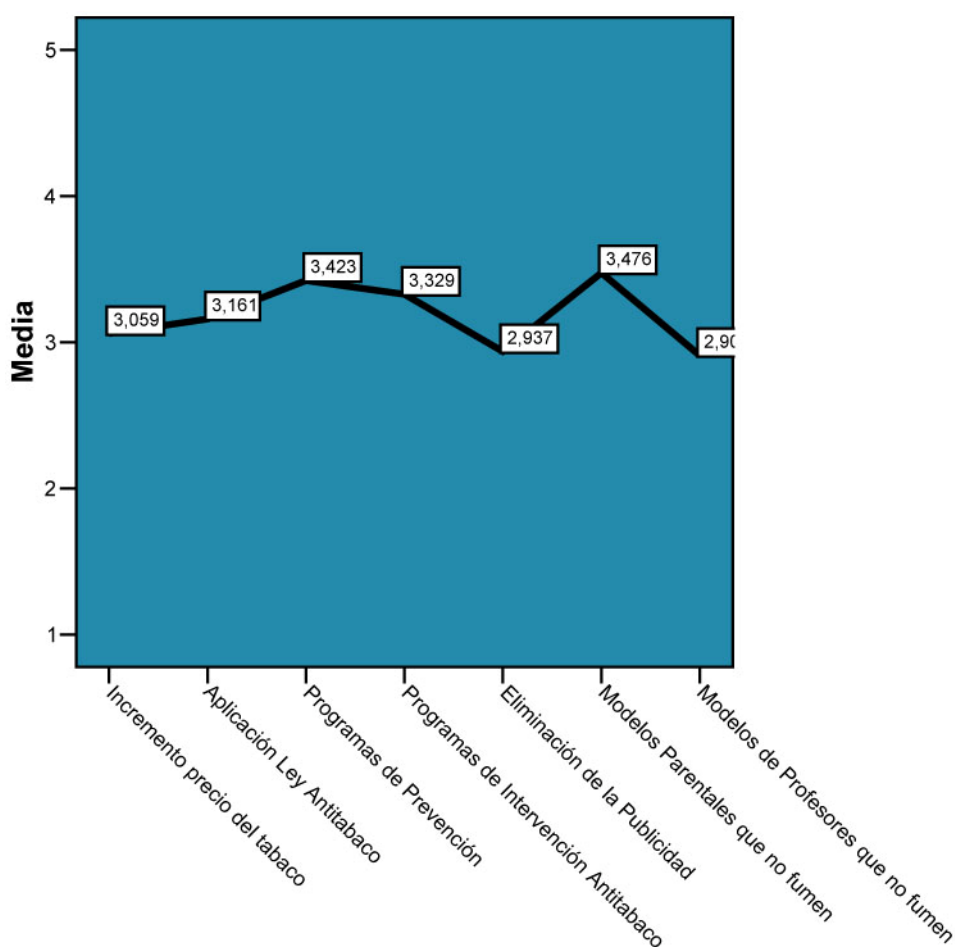


Figura 29. Variable creencia/ disminución consumo.

Analizamos a continuación la variable creencia en relación a los alumnos/as formados y no formados mostrando los resultados en la siguiente Figura:

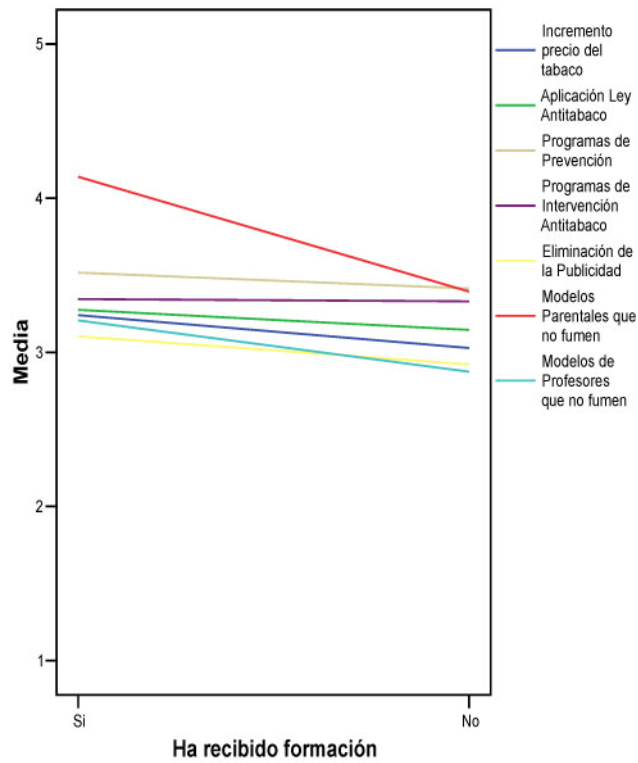


Figura 30. Variable creencia formado / no formado.

Observamos en la figura, como muestra unos valores de medias similares, desviándose de ésta el ítem “modelos parentales que no fumen”, presumiblemente no van a existir diferencias. Para valorar si existen diferencias significativas realizamos el análisis inferencial con la T-student, mostrando el resultado en la siguiente Tabla:

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias	
		t	Sig. (bilateral)
Incremento del precio del tabaco	Se han asumido varianzas iguales	,54	,58
Aplicación de la Ley Antitabaco	Se han asumido varianzas iguales	,72	,47
Programas de prevención	Se han asumido varianzas iguales	,24	,81
Programas de intervención antitabaco	Se han asumido varianzas iguales	-	,88
Eliminación de la publicidad	Se han asumido varianzas iguales	,90	,85
Modelos parentales que no fumen	Se han asumido varianzas iguales	2,9	,00
Modelos de profesores que no fumen	Se han asumido varianzas iguales	1,3	,16

Tabla 19. T-student disminución consumo tabaco formado/no formado..

Tras realizar la T-student se aprecia cómo no existen diferencias significativas entre formados y no formados en relación a la disminución del consumo de tabaco excepto en el ítem “modelos parentales que no fumen” en la que sí existen diferencias significativas ($p=0,00$), la formación en tabaquismo si ha influido en las respuestas.

3.3.2. Existirán diferencias significativas en la opinión de la prohibición de fumar en relación a formados y no formados.

Mostramos los valores de las medias de la variable creencia medida a través de la opinión de la prohibición de fumar:

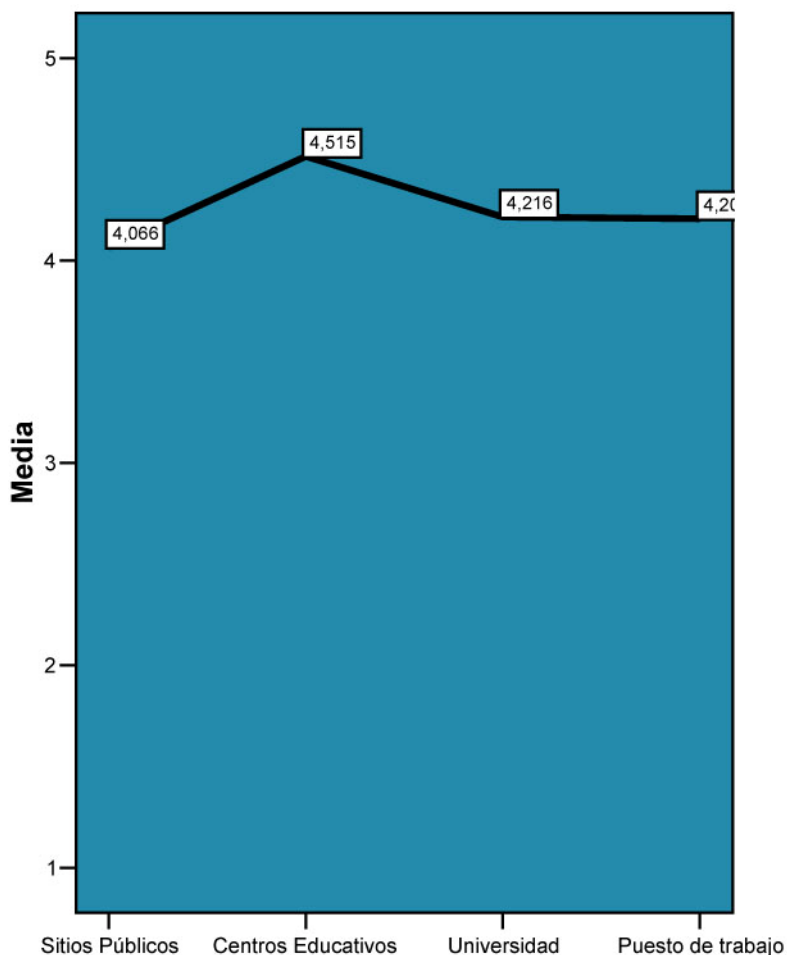


Figura 31. Variable creencia opinión prohibición de fumar

Los alumnos/as están “bastante de acuerdo” en la opinión de prohibición de fumar en sitios públicos, centros educativos, Universidad y puestos de trabajo.

A continuación analizamos la variable creencia en relación a los alumnos/as formados y no formados.

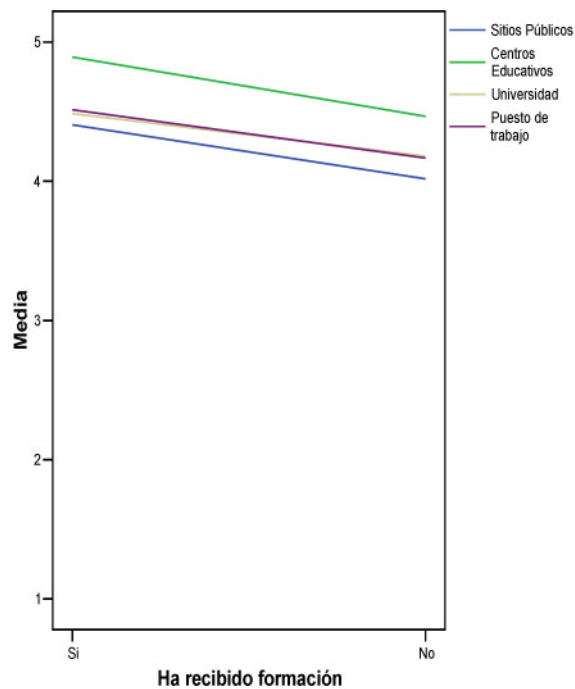


Figura 32. Opinión prohibición fumar/ formación.

Observamos cómo los valores de la media son más altos en el grupo de los formados, presumiblemente pudieran existir diferencias.

Para valorar si existen diferencias significativas, realizamos el análisis inferencial con T-student y lo trasladamos a la Tabla 20:

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias	
		t	Sig. (bilateral)
Sitios Públicos	Se han asumido varianzas iguales	1,563	,119
Centros Educativos	Se han asumido varianzas iguales	2,103	,036
Universidad	Se han asumido varianzas iguales	1,313	,190
Puesto de trabajo	Se han asumido varianzas iguales	1,575	,058

Tabla 20. T-student opinión prohibición de fumar formado /no formado..

Al analizar la prohibición de fumar en Centros educativos comprobamos que existen diferencias significativas ($p=0,036$) respecto a otros lugares valorados como sitios públicos, Universidad y puestos de trabajo. Las diferencias se observan en el grupo de los alumnos/as formados.

3.3.3. Existirán diferencias significativas sobre la opinión de la nueva Ley 28/2005 entre formados y no formados.

Hemos analizado la variable creencia en relación a la opinión que presentan los alumnos/as ante la nueva “Ley 28/2005 del 26 de diciembre en medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco” que mostramos en la siguiente Figura:

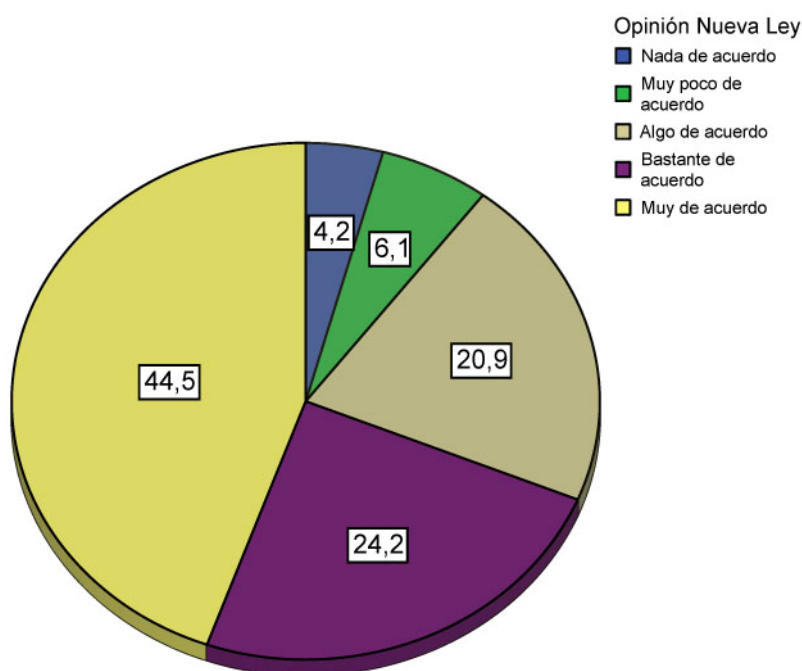


Figura 33. Opinión nueva Ley

En la Figura 33 aparecen los siguientes datos: un 44,5% de los encuestados están “muy de acuerdo” con la nueva Ley; un 24,2% están “bastante de acuerdo”; un 20,9% están “algo de acuerdo”; un 6,1% están “muy poco de acuerdo” y un 4,2% están “nada de acuerdo”.

Nos parece interesante conocer como la formación en tabaquismo ha influido en la opinión que tienen de la nueva Ley. Los datos presentan valores muy próximos entre sí, presumiblemente no van a existir diferencias.

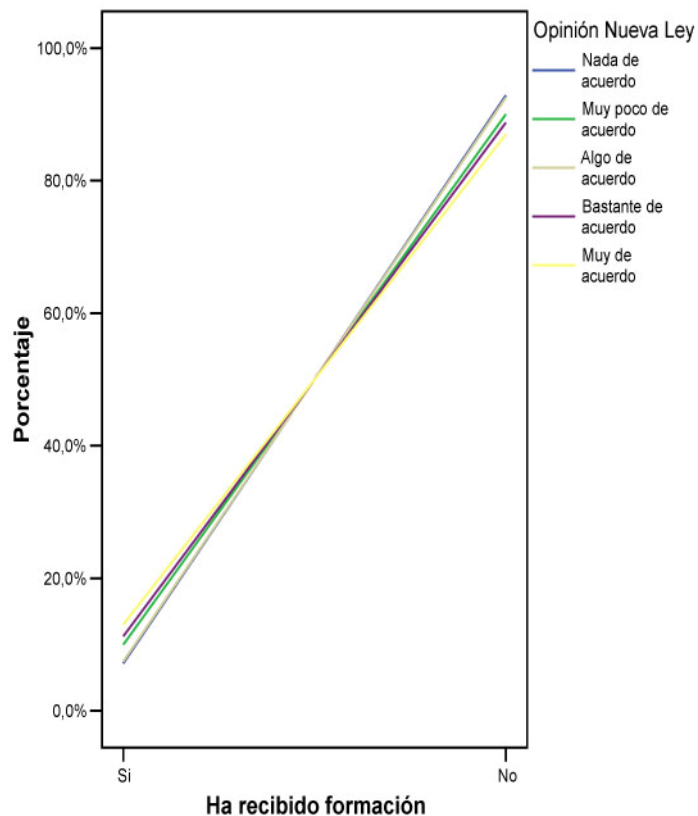


Figura 34. Opinión nueva Ley formado / no formado

Realizamos el análisis inferencial mediante T-student para valorar si existen diferencias significativas entre las variables planteadas, mostrando los datos en la siguiente Tabla:

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias	
		t	Sig. (bilateral)
Opinión Nueva Ley	Se han asumido varianzas iguales	1,143	,254

Tabla 21. T-student opinión nueva Ley formado/no formado.

No existen diferencias significativas en relación a la opinión de la nueva Ley y el grado de formación en tabaquismo ($p=0,254$).

3.4. Existirán diferencias significativas entre formados y no formados en relación a la variable Educación para la Salud.

Como en casos anteriores valoramos la variable Educación para la salud mediante dos subhipótesis: “la opinión de Educación para la salud” y “la importancia de la asignatura de Educación para la salud”.

3.4.1. Existirán diferencias significativas en relación a la opinión de Educación para la salud en la escuela respecto a los alumnos formados y no formados en prevención del tabaquismo. Respecto a la opinión de EPS en la escuela, consideramos tres ítems para valorar el grado de conformidad de los encuestados/as:

- “Necesidad de trabajar como área transversal”.
- “Necesidad de trabajar los maestros en prevención del tabaquismo”.
- “Desarrollo de actitudes preventivas en los alumnos/as”.

Se observa como los tres ítems analizadas presentan unos valores muy similares de medias, pues los encuestados están “bastante de acuerdo” en considerar “la necesidad de trabajarla como área transversal”, “necesidad trabajar los maestros en prevención del tabaquismo”, y “desarrollar actitudes preventivas en los alumnos/as”, como mostramos en la Figura 35.

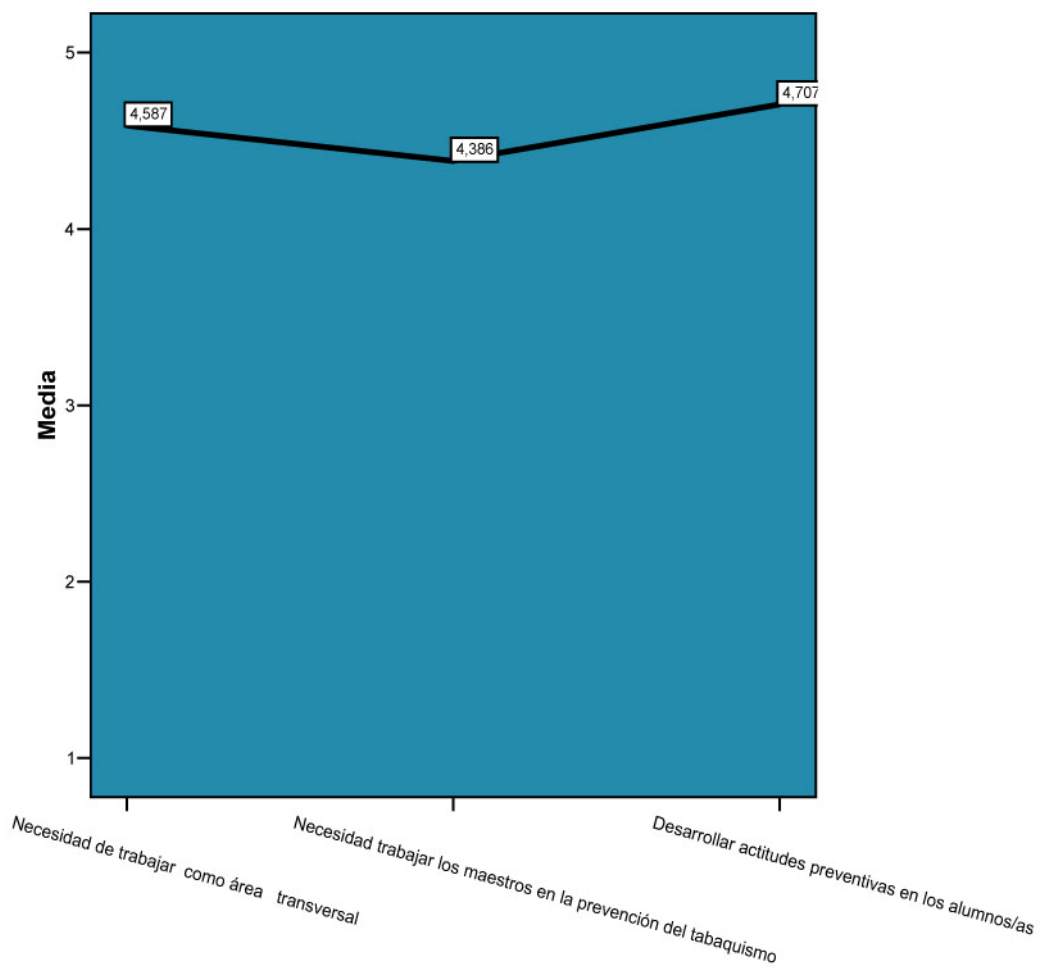


Figura 35. Opinión asignatura EPS.

Mostramos los resultados de la opinión de la Educación para la Salud en la escuela entre alumnos/as formados y no formados en tabaquismo:

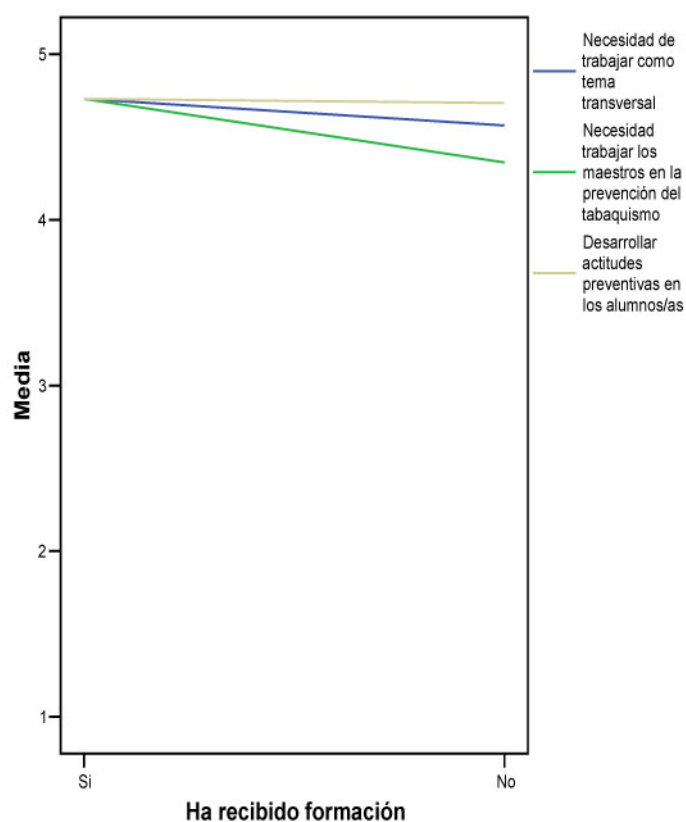


Figura 36. Opinión asignatura EPS formado/no formado.

En la Figura anterior se comparan los valores de las medias respecto a formados y no formados en tabaquismo, observándose que están muy próximos entre sí, por tanto, presumiblemente no existirán diferencias entre formados y no formados, excepto en la variable “necesidad de trabajar los maestros en prevención”, que muestra unos valores que se desvían de la media.

Realizamos el análisis inferencial para valorar si existen diferencias significativas entre alumnos/as formados y no formados, mediante T-student que compara medias y valora si las diferencias observadas son significativas, los valores en la siguiente Tabla:

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias	
		t	Sig. (bilateral)
Necesidad de trabajar como área transversal	Se han asumido varianzas iguales	- 1,193	,234
Necesidad de trabajar los maestros en prevención	Se han asumido varianzas iguales	2 ,560	,011
Desarrollar actitudes preventivas en los alumnos/as	Se han asumido varianzas iguales	,218	,828

Tabla 22. T-student opinión EPS formado/no formado.

En el ítem denominado “necesidad de trabajar los maestros en prevención del tabaquismo” existen diferencias significativas respecto a los demás ($p=0,011$), dato que consideramos de importante relevancia porque de su formación dependerá la posterior educación de sus futuros alumnos/as. Sin embargo, no se obtienen diferencias significativas en el ítem denominada “necesidad de trabajar como tema transversal” ni en la denominada “desarrollo de actitudes preventivas en los alumnos/as”. Podemos considerar como la formación en tabaquismo ha influido en las respuestas.

3.4.2. Existirán diferencias significativas en relación a la importancia de la asignatura en Educación para la Salud respecto a los alumnos/as formados y no formados.

Para enriquecer el análisis de la Variable Educación para la Salud, valoramos la opinión que tiene los encuestados respecto a la importancia de la asignatura. En la siguiente Figura mostramos los resultados:

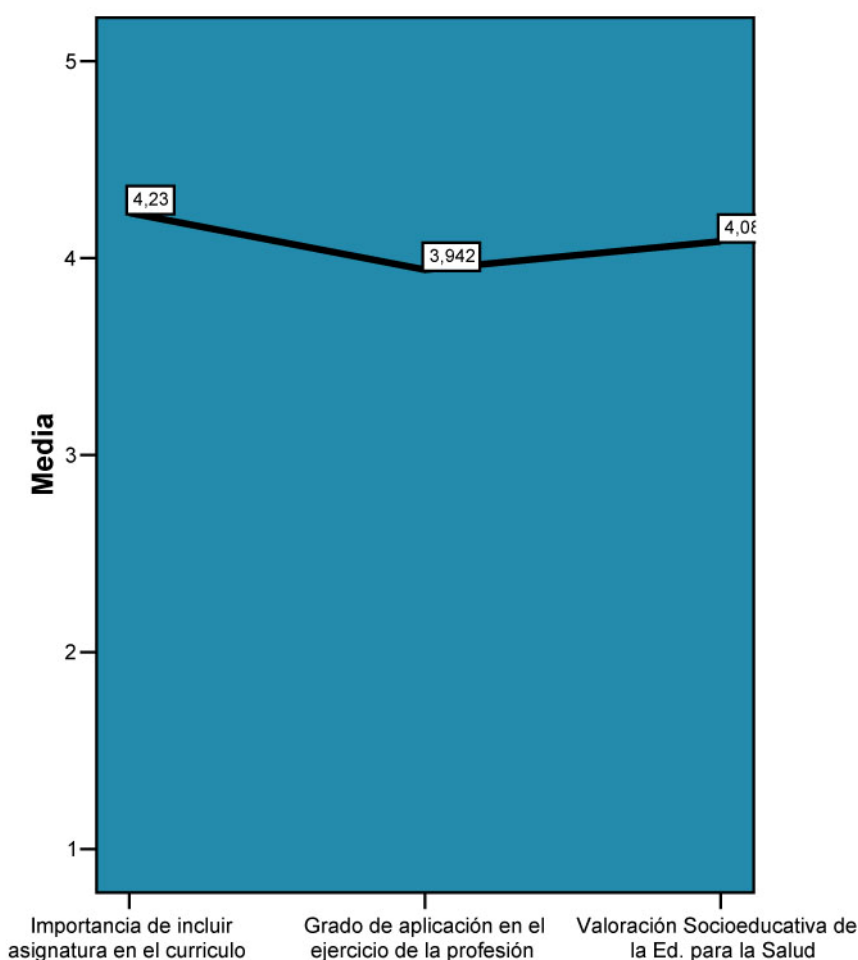


Figura 37. Importancia de la asignatura de EPS.

En general muestran unos valores de medias similares, estando “bastante de acuerdo” con los tres ítems planteados relacionados con la importancia de la asignatura de Educación para la Salud, como aparece reflejado en la Figura 37.

La opinión que muestra la importancia de la asignatura de Educación para la Salud, entre formados y no formados, aparece reflejada en la siguiente Figura:

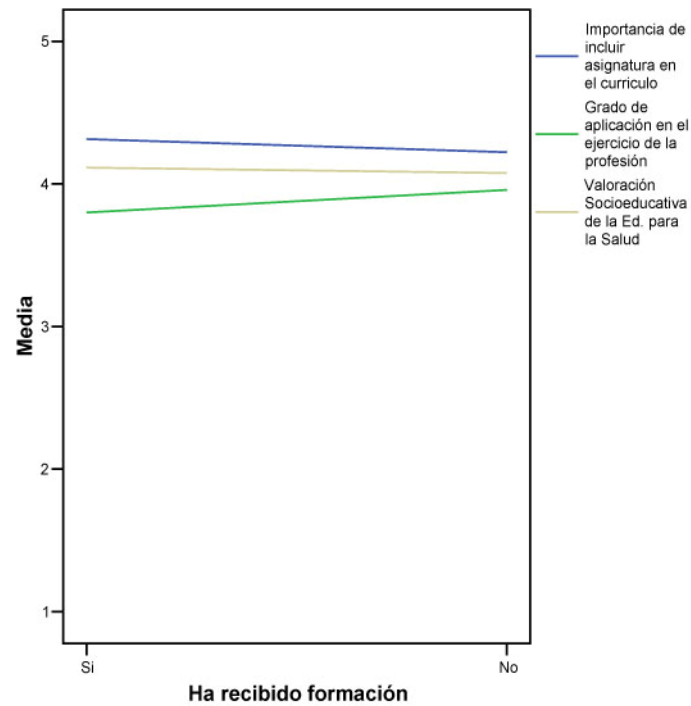


Figura 38. Importancia de la asignatura EPS formado/no formado.

Observamos como existen unos valores de medias similares, presumiblemente no van a existir diferencias. Como en casos anteriores, realizamos el análisis inferencial de los datos, para valorar si existen diferencias significativas, obteniéndose que no existen diferencias significativas en relación a las variables analizadas con un valor de $p > 0,05$, como se describe en la Tabla 23:

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias	
		t	Sig. (bilateral)
Importancia de incluir asignatura en el currículo	Se han asumido varianzas iguales	,549	,583
Grado de aplicación en el ejercicio de la profesión	Se han asumido varianzas iguales	- ,935	,350
Valoración socioeducativa de la Educ. para la salud	Se han asumido varianzas iguales	,222	,824

Tabla 23. T-student importancia asignatura EPS formado/no formado.

Los resultados desprendidos de la Tabla anterior, muestran cómo no existen diferencias significativas, la formación en tabaquismo no ha influido en las repuestas.

Hipótesis 4.

4.1. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as de las diferentes Especialidades en relación a la variable conocimiento.

A continuación mostramos los resultados obtenidos de estas hipótesis sobre la variable conocimiento, que desarrollamos en cuatro subapartados en relación a las diferentes Especialidades:

- “efectos sobre la salud”
- “fumar es una enfermedad”.
- “el tabaco produce adicción” y
- “el tabaco es una droga”.

Realizaremos como en casos anteriores una descripción de las medias en la Figura 39 y posteriormente, al tratarse de comparaciones múltiples, veremos si existen diferencias significativas ($p < 0,05$) utilizando Anova.

4.1.1. Efectos sobre la salud / Especialidades:

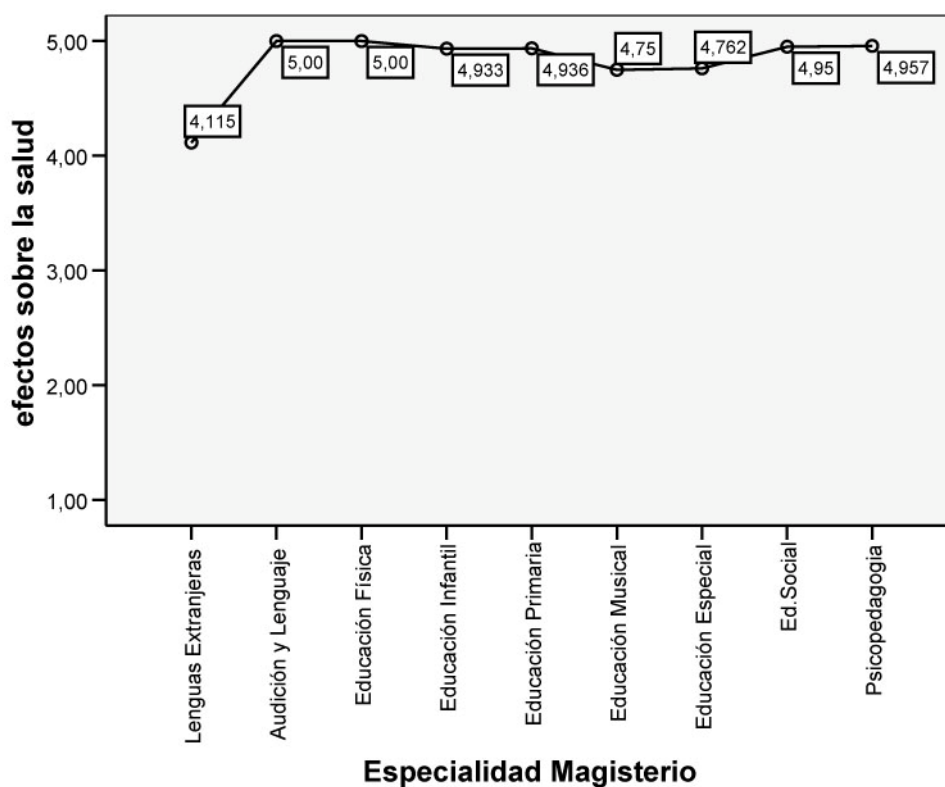


Figura 39. Efectos salud/Especialidades.

Observamos como los valores de las medias son bastante similares en todas las Especialidades analizadas, destacando Lenguas Extranjeras con una media inferior.

4.1.2. Fumar es una enfermedad/Especialidades:

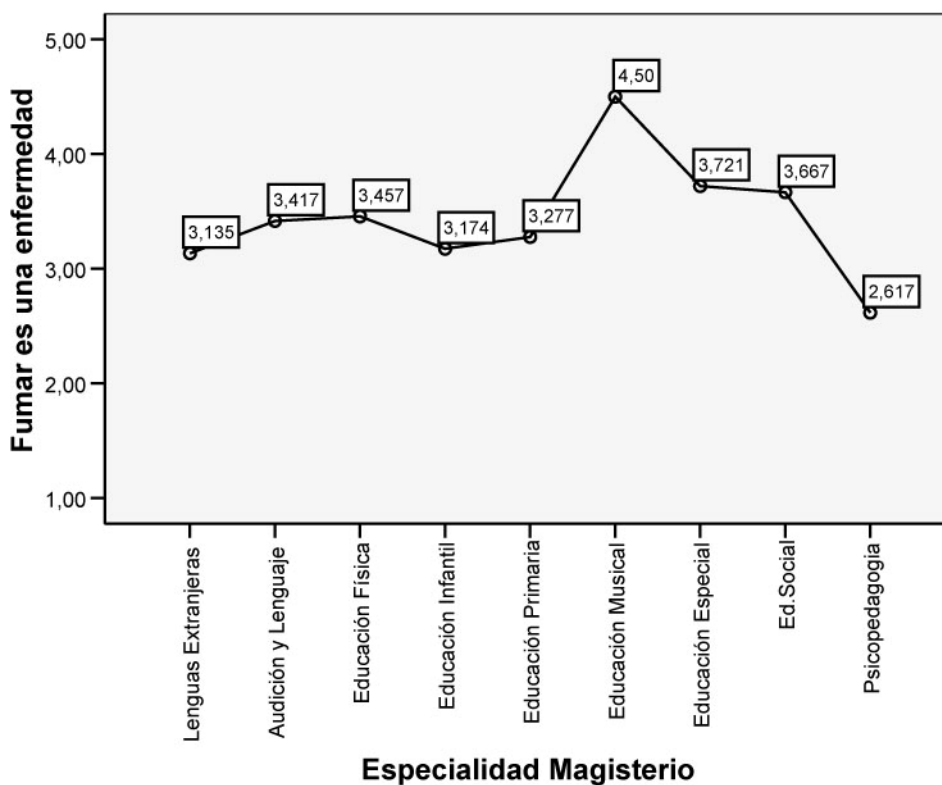


Figura 40. Fumar enfermedad/Especialidades.

En este caso presumiblemente pudieran existir diferencias, ya que los valores de las medias difieren entre las diversas Especialidades, destacando Educación Musical con un valor de media superior.

4.1.3. El tabaco produce adicción/ Especialidades:

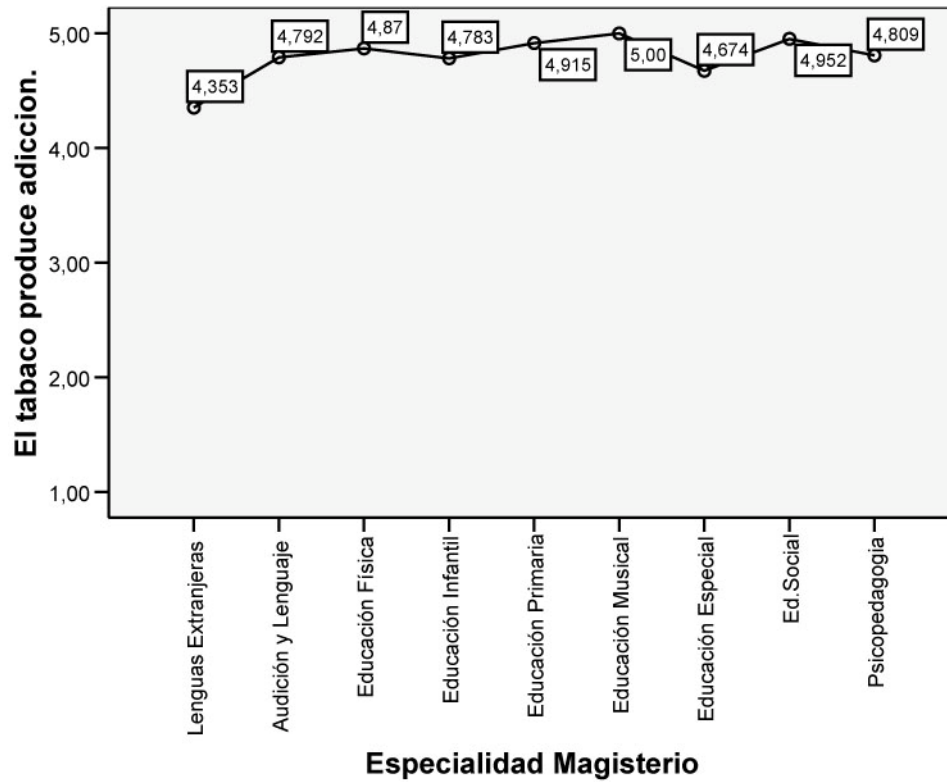


Figura 41. El tabaco provoca adicción/Especialidades.

La Figura muestra valores similares de medias, presumiblemente no van a existir diferencias

4.1.4. El tabaco es una droga/Especialidades: Las medias son bastante homogéneas, presumiblemente no van a existir diferencias.

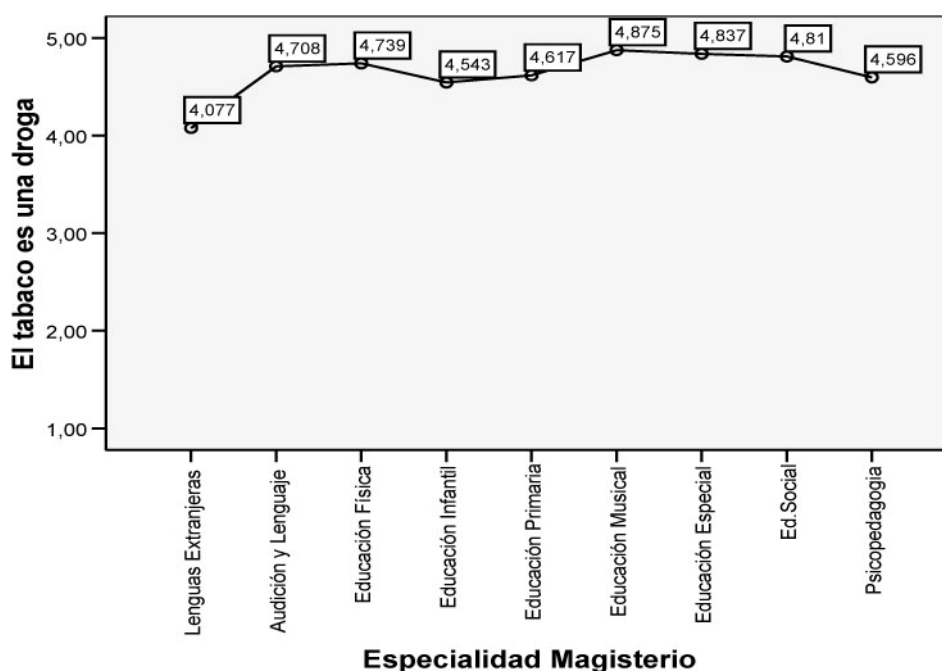


Figura 42. El tabaco es una droga/ Especialidades.

Para analizar si existen diferencias significativas entre la variable conocimiento y las diversas Especialidades, aplicamos Anova en la siguiente Tabla:

Anova		F	Sig.
Efectos sobre la salud humana	Inter-grupos	10,515	,000
Fumar es una enfermedad	Inter-grupos	3,175	,002
Adicción al tabaco	Inter-grupos	2,994	,003
El tabaco es una droga	Inter-grupos	3,450	,001

Tabla 24. Anova conocimientos sobre tabaco/ Especialidades.

En este caso, al realizar las comparaciones múltiples, observamos como existen diferencias significativas ($p < 0,05$) en los cuatro items estudiados:

Respecto a los “efectos sobre la salud humana” existen diferencias significativas entre las diversas Especialidades, el estadístico Scheffé muestra que existen diferencias significativas entre Lenguas Extranjeras y Audición y Lenguaje ($p=0,001$), Lenguas Extranjeras y Educación Física ($p=0,002$), Lenguas Extranjeras y Educación Primaria ($p=0,001$), Lenguas Extranjeras y Psicopedagogía ($p=0,003$), Lenguas Extranjeras y Educación Especial ($p=0,001$) y, Lenguas Extranjeras y Educación Social ($p=0,002$).

Respecto a “fumar es una enfermedad” existen diferencias significativas entre Educación Musical y Psicopedagogía ($p=0,002$), Educación Especial y Psicopedagogía ($p=0,001$). En este caso hemos utilizado el estadístico Bonferroni.

Respecto a “el tabaco produce adicción” existen diferencias significativas entre Lenguas Extranjeras y Educación Física ($p=0,004$), y Lenguas Extranjeras y Educación Primaria ($p=0,003$). Hemos utilizado estadístico Bonferroni.

Respecto “el tabaco es una droga”, existen diferencias significativas entre Lenguas Extranjeras y Educación Especial ($p=0,001$). Hemos utilizado el estadístico Scheffé.

4.2. Existirán diferencias significativas en alumnos/as de las diferentes Especialidades en relación a la variable actitud.

En este caso la variable actitud presenta las siguientes subhipótesis:

- “Fumar es una conducta que sólo atañe a mi persona”.
- “Fumar es una conducta que afecta a los demás”.
- “Fumar tiene connotaciones positivas”.
- “La adicción al tabaco se refuerza con los modelos parentales”.
- “La adicción al tabaco en relación con el grupo de amigos”.

4.2.1. Fumar es una conducta que afecta a la persona/ Especialidades:

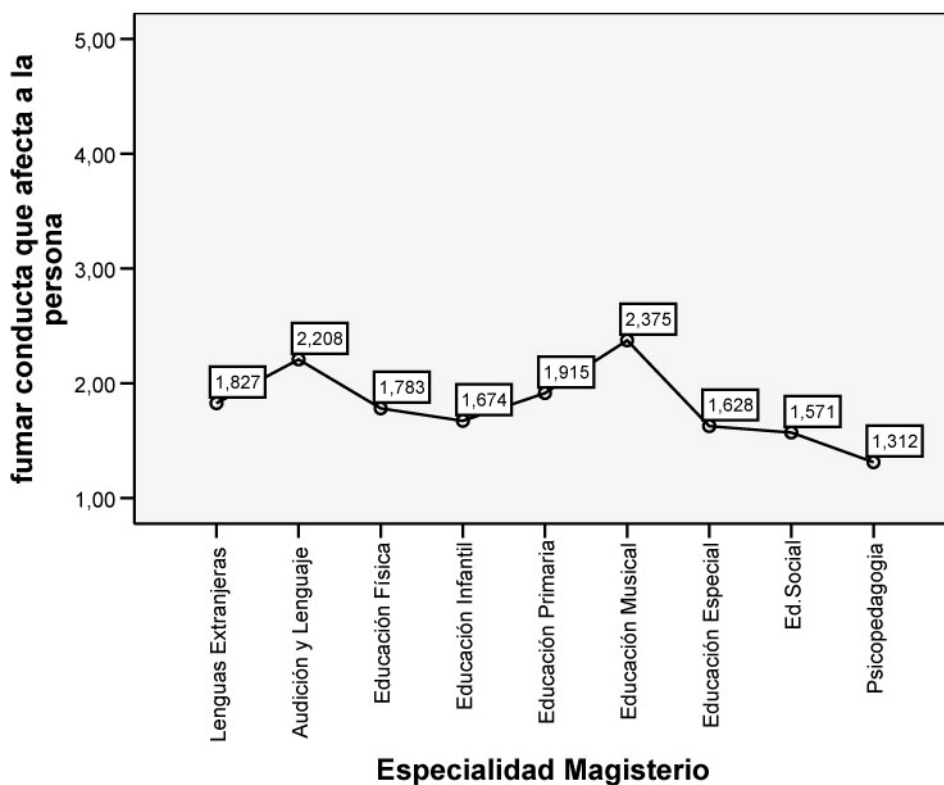


Figura 43. Fumar es una conducta que afecta a la persona/ Especialidades.

4.2.2. Fumar es una conducta que afecta a los demás/ Especialidades:

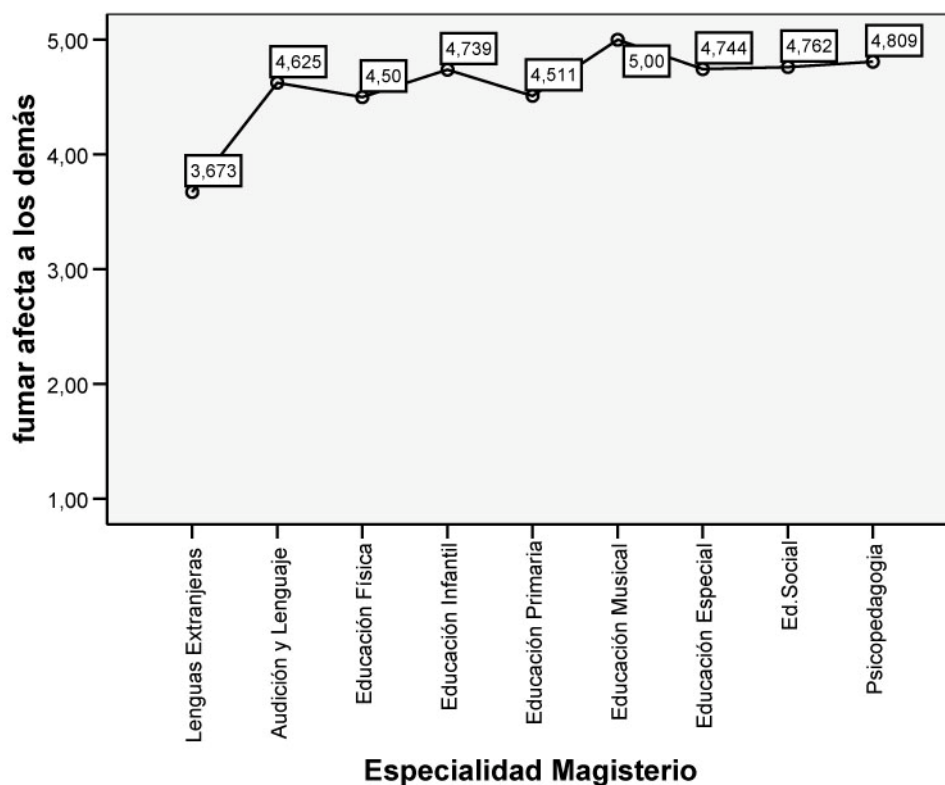


Figura 44. Fumar es una conducta que afecta a los demás /Especialidades.

Observamos como los valores de la media son bastante homogéneos en todas las Especialidades, en Lenguas Extranjeras los valores son los que más se desvían de la media, presentando un valor inferior al resto.

4.2.3. Fumar tiene connotaciones positivas/Especialidades:

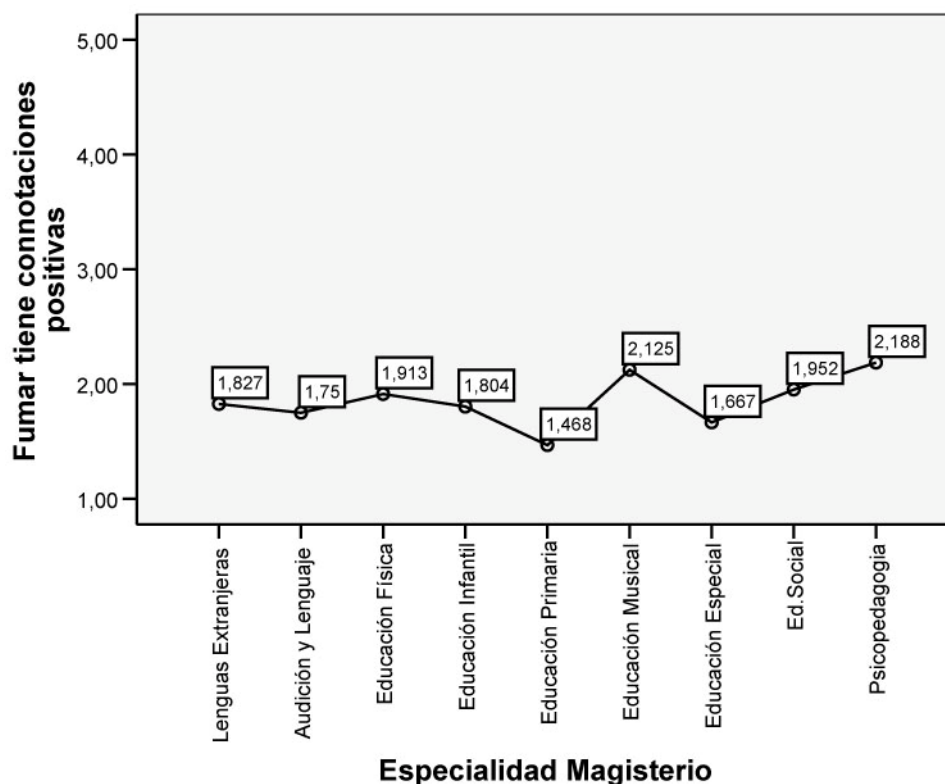


Figura 45. Fumar tiene connotaciones positivas/Especialidades.

Observamos como los valores de la media son bastante homogéneos en todas las Especialidades. Las Especialidades de Educación Musical y Psicopedagogía, los valores son los que más se desvían de la media. Educación Primaria muestra unos valores inferiores de media.

4.2.4. La adicción al tabaco reforzado por los modelos parentales/ Especialidades.

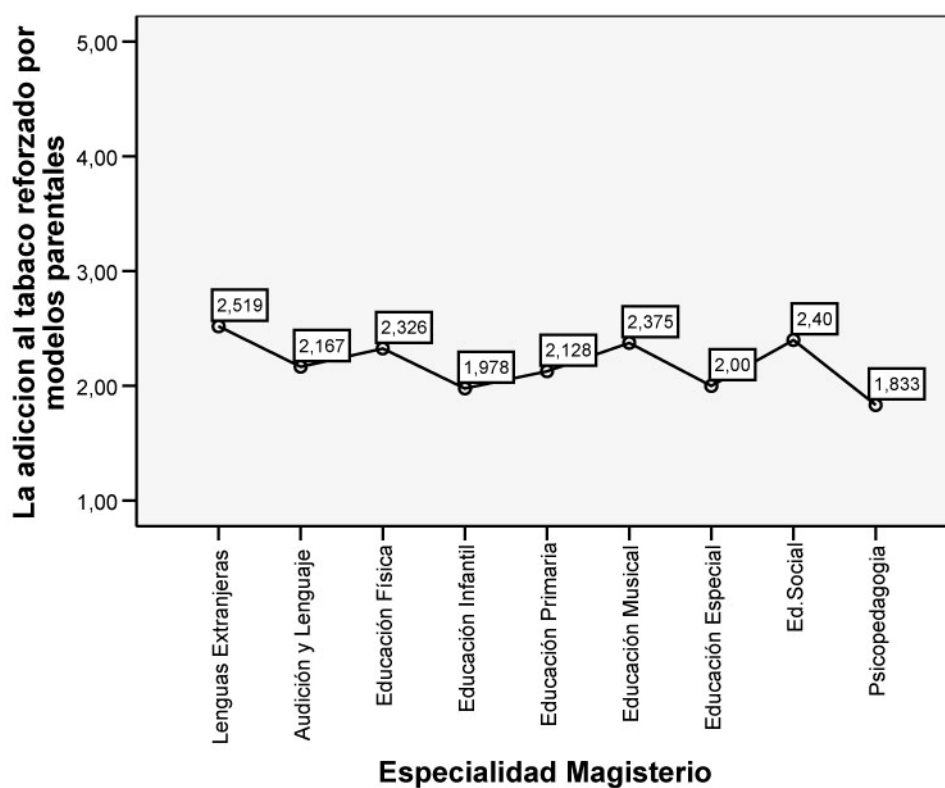


Figura 46. La adicción al tabaco reforzada por modelos parentales/ Especialidades.

Los valores de la media son bastante homogéneos en todas las Especialidades, destacando Lenguas Extranjeras y Psicopedagogía por mostrar unos valores que son los que más se desvían de la media.

4.2.5. La adicción al tabaco y su relación con el grupo de amigos/Especialidades.

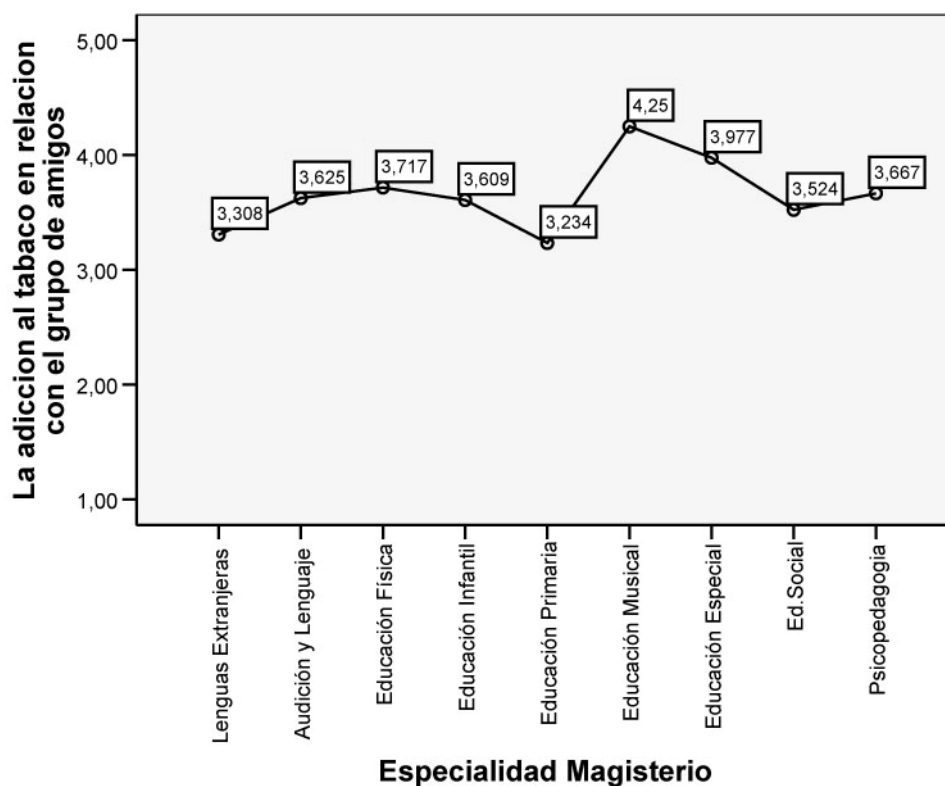


Figura 47. La adicción al tabaco en relación con el grupo de amigos/Especialidades.

Los valores de la media son bastante homogéneos en todas las Especialidades, excepto en Educación Musical que presenta unos valores de media más elevados. Educación Primaria muestra los valores inferiores de media.

Valoramos si existen diferencias significativas entre la variable actitud y las diferentes Especialidades, mostrando los resultados tras la realización de las comparaciones múltiples en la siguiente Tabla:

		F	Sig.
Fumar como conducta que solo me atañe a mi persona	Inter-grupos	2,057	,040
Conducta que afecta a la salud de los demás	Inter-grupos	7,461	,000
Fumar tiene connotaciones positivas	Inter-grupos	1,670	,105
Adicción al tabaco se refuerza con los modelos parentales	Inter-grupos	1,346	,220
Adicción al tabaco y su relación con el grupo de amigos	Inter-grupos	1,680	,102

Tabla 25: Anova actitudes/Especialidades.

Al realizar las comparaciones múltiples existen diferencias significativas ($p < 0,05$) en los siguientes:

Respecto a “fumar es una conducta que sólo atañe a mi persona,” al realizar el estadístico Scheffé existen diferencias significativas entre la Especialidad de Audición y Lenguaje y Psicopedagogía ($p = 0,048$).

Respecto a “fumar es una conducta que afecta a la salud de los demás” existen diferencias significativas entre Lenguas Extranjeras y:

- Audición y Lenguaje ($p = 0,023$).
- Educación Física ($p = 0,011$).
- Educación Especial ($p = 0,000$).
- Psicopedagogía ($p = 0,000$).

En este caso también hemos utilizado el estadístico Scheffé.

4.3. Existirán diferencias significativas entre el alumnado incluido de las diferentes Especialidades en relación a la variable creencia, que hemos dividido en tres grupos:

4.3.1 “Importancia que le otorga a la disminución del consumo”, 4.3.2. “Opinión de la prohibición de fumar” y 4.3.3. “Opinión de la nueva Ley 28/2005”.

4.3.1. La importancia que le otorgan a la disminución del consumo de tabaco, la hemos analizado con 7 subhipótesis que mostramos a continuación: “Incremento del precio”; “Aplicación de la Ley 28/2005”; “Programas de prevención”; “Programas de intervención”; “Eliminación de la publicidad”; “Modelos parentales que no fumen” y “Modelos de profesores que no fumen”.

1. Incremento del precio/ Especialidades:

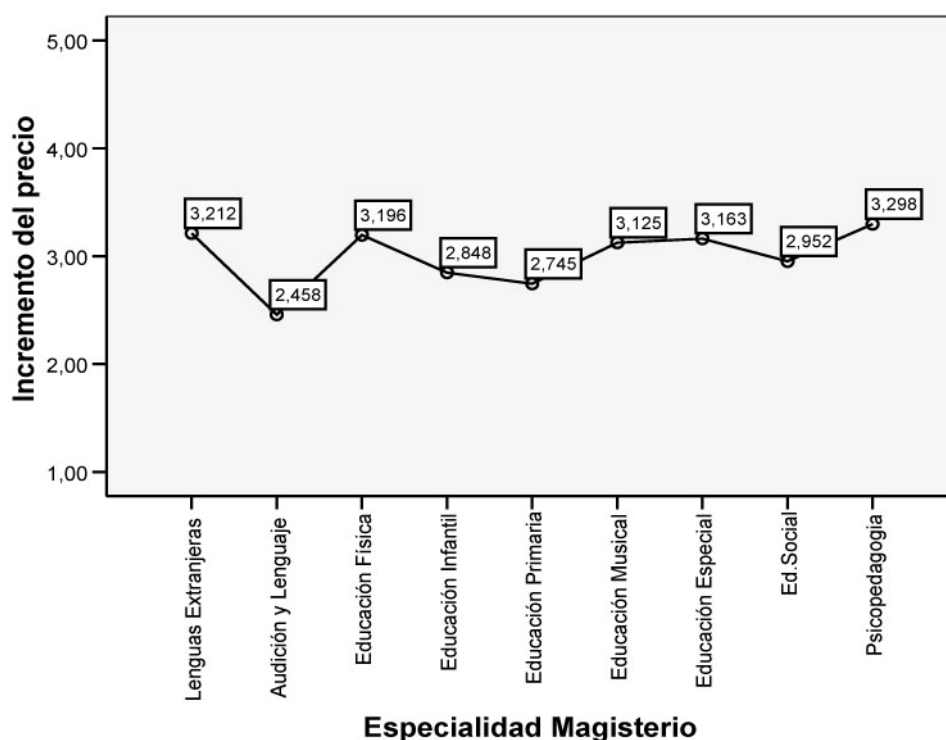


Figura 48. Incremento precio del tabaco /Especialidades.

Los valores de las medias son bastante homogéneos, siendo la Especialidad de Audición y Lenguaje la que presenta un valor menor de media.

2. Aplicación de la Ley 28/2005/ Especialidades:

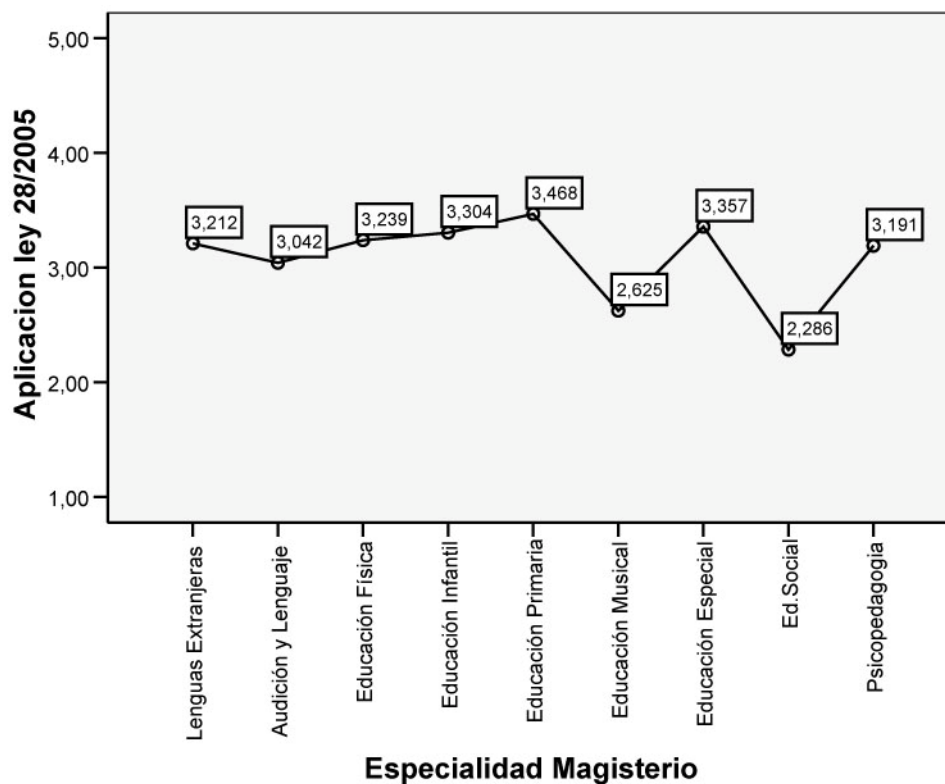


Figura 49. Aplicación de Ley/Especialidades.

Los valores de las medias no son homogéneos, siendo la Especialidad de Educación Social la que presenta un valor menor de media, seguida de Educación Musical.

3. Programas de Prevención/ Especialidades:

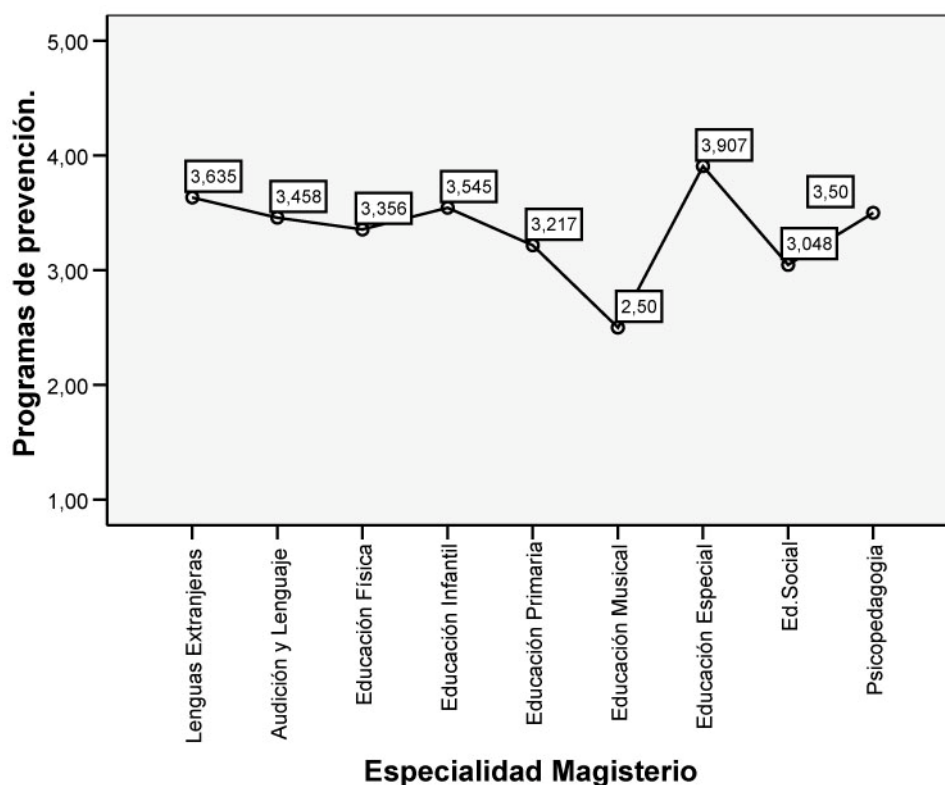


Figura 50. Programas de prevención/Especialidades.

Los valores de las medias no son homogéneos, destacando la Especialidad de Educación Musical en el menor valor de media. El valor más alto corresponde a Educación Especial.

4. Programas de Intervención/ Especialidades:

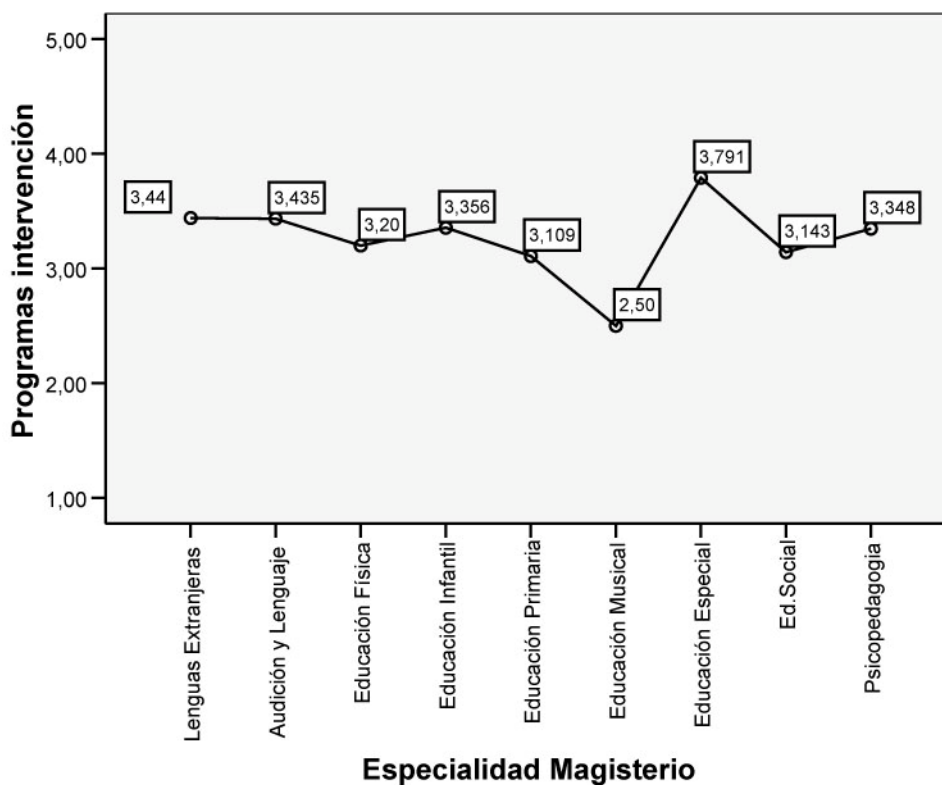


Figura 51. Programas de intervención/Especialidades.

Las medias no son muy homogéneas, destacando la Especialidad de Educación Musical con un valor de media inferior, frente a Educación Especial con un valor superior al resto.

5. Eliminación de la publicidad/ Especialidades:

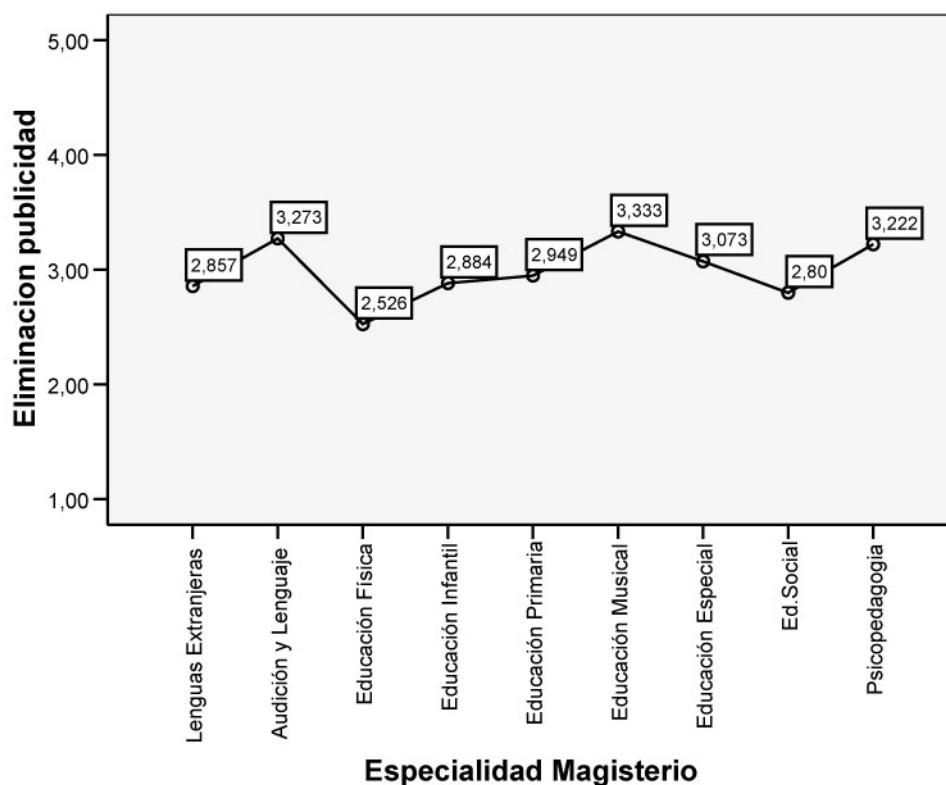


Figura 52. Eliminación de la publicidad/Especialidades.

Las medias no son muy homogéneas, destacando la Especialidad de Educación Física con un valor de media inferior, frente a Educación Musical con un valor superior al resto.

6. Modelos parentales que no fumen/ Especialidades:

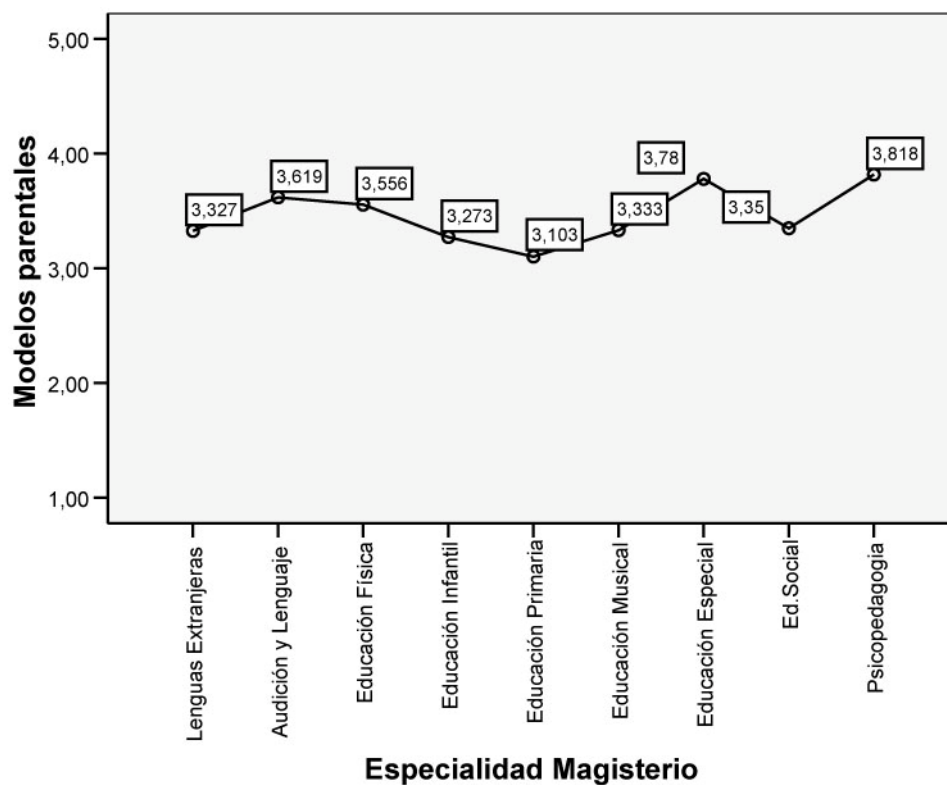


Figura 53. Modelos parentales que no fumen/Especialidades.

Las medias son más homogéneas que en casos anteriores, destacando la Especialidad de Psicopedagogía con un valor de media superior, frente a Educación Primaria con un valor inferior al resto.

7. Modelos de profesores que no fumen/Especialidades:

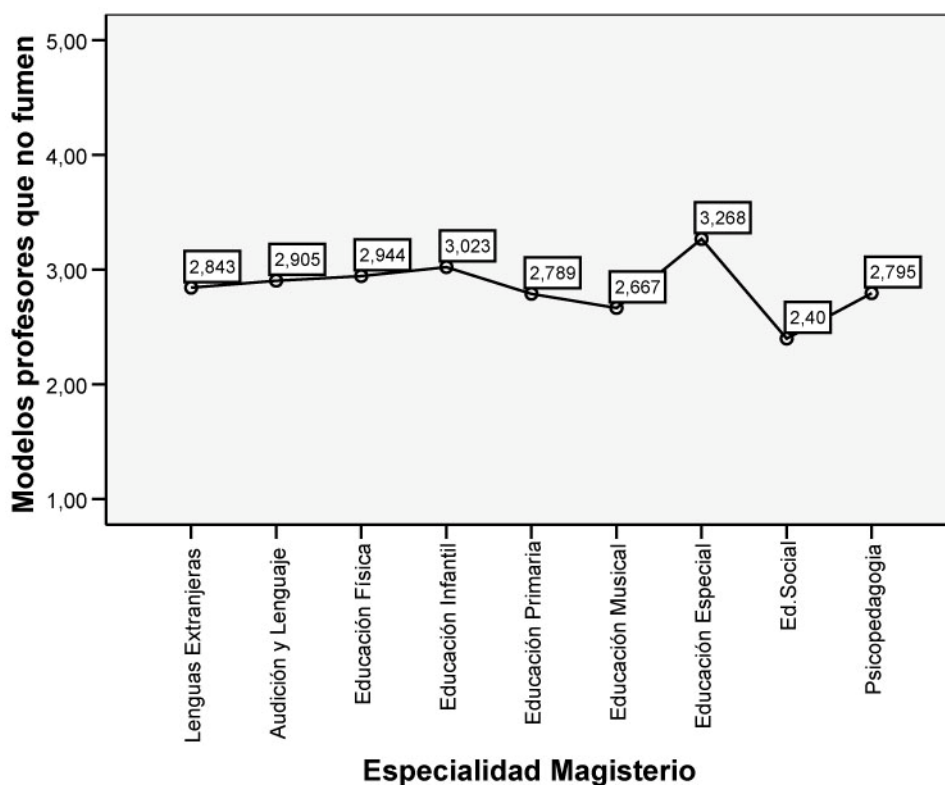


Figura 54. Modelos profesores que no fumen/Especialidades.

Las medias son más homogéneas que en casos anteriores, destacando la Especialidad de Educación Especial con un valor de media superior, frente a Educación Social con un valor inferior al resto.

Para valorar si existen diferencias significativas entre las variables planteadas, utilizamos Anova para realizar las comparaciones múltiples, obteniendo los siguientes resultados:

		F	Sig.
Incremento precio del tabaco	Inter-grupos	1,360	,213
Aplicación Ley Antitabaco	Inter-grupos	1,657	,108
Programas de Prevención	Inter-grupos	1,982	,048
Programa de Intervención Antitabaco	Inter-grupos	1,601	,123
Eliminación de la Publicidad	Inter-grupos	,767	,632
Modelos Parentales que no fumen	Inter-grupos	1,082	,375
Modelos de Profesores que no fumen	Inter-grupos	,670	,718

Tabla 26. Anova creencia /Especialidades.

Existen diferencias significativas en el ítem denominado “Programas de prevención” ($p=0,048$). Sin embargo al calcular el estadístico Sheffé para realizar comparaciones múltiples no existen diferencias significativas.

4.3.2. Opinión de prohibición de fumar.

En este caso hemos considerado la existencia de cuatro subhipótesis para valorar la opinión de la prohibición de fumar: sitios públicos, Centros educativos, Universidad y puestos de trabajo, respecto a las diferentes Especialidades.

1. Opinión de prohibición de fumar en sitios públicos/ Especialidades:

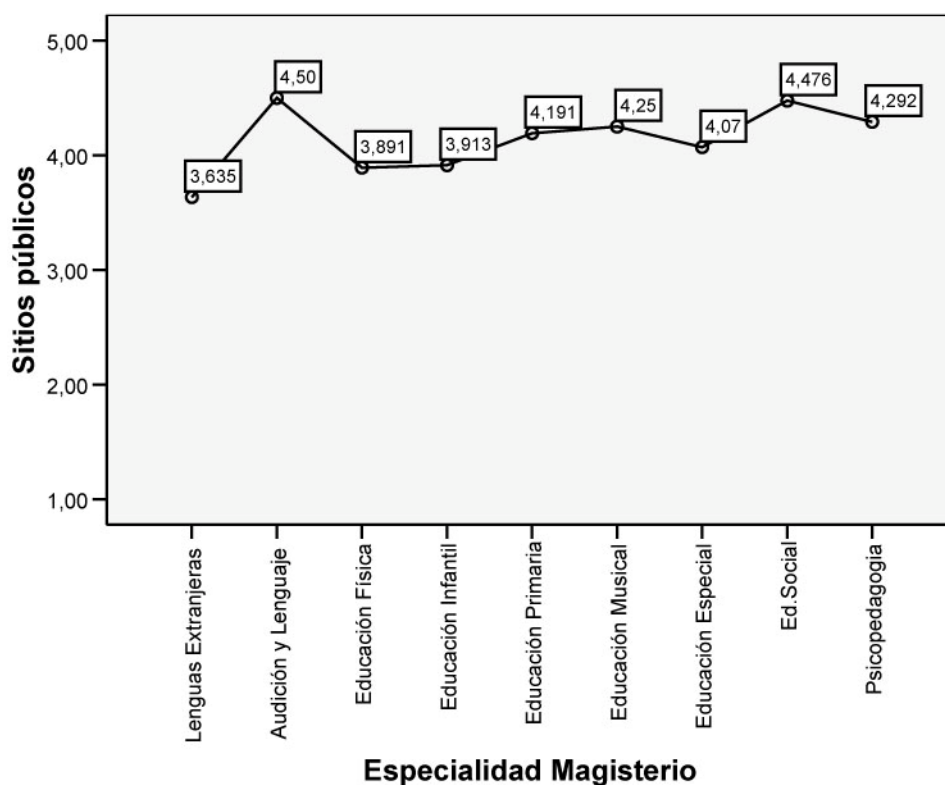


Figura 55. Opinión prohibición fumar en sitios públicos/Especialidades.

Destaca el valor de media superior en la Especialidad de Audición y Lenguaje respecto al resto de las demás Especialidades.

2. Opinión de prohibición de fumar en centros educativos/ Especialidades:

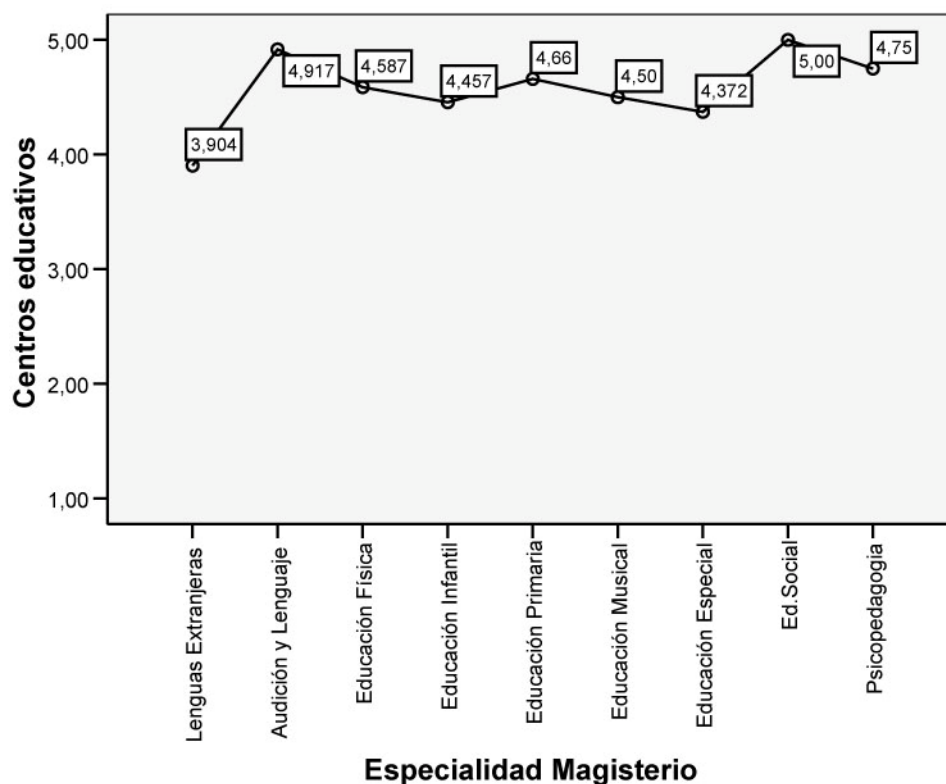


Figura 56. Opinión prohibición fumar en centros educativos/Especialidades

Destaca el valor de media inferior en la Especialidad de Lenguas Extranjeras respecto a todas las demás. Educación Social muestra la media más alta.

3. Opinión de prohibición de fumar en la Universidad/ Especialidades:

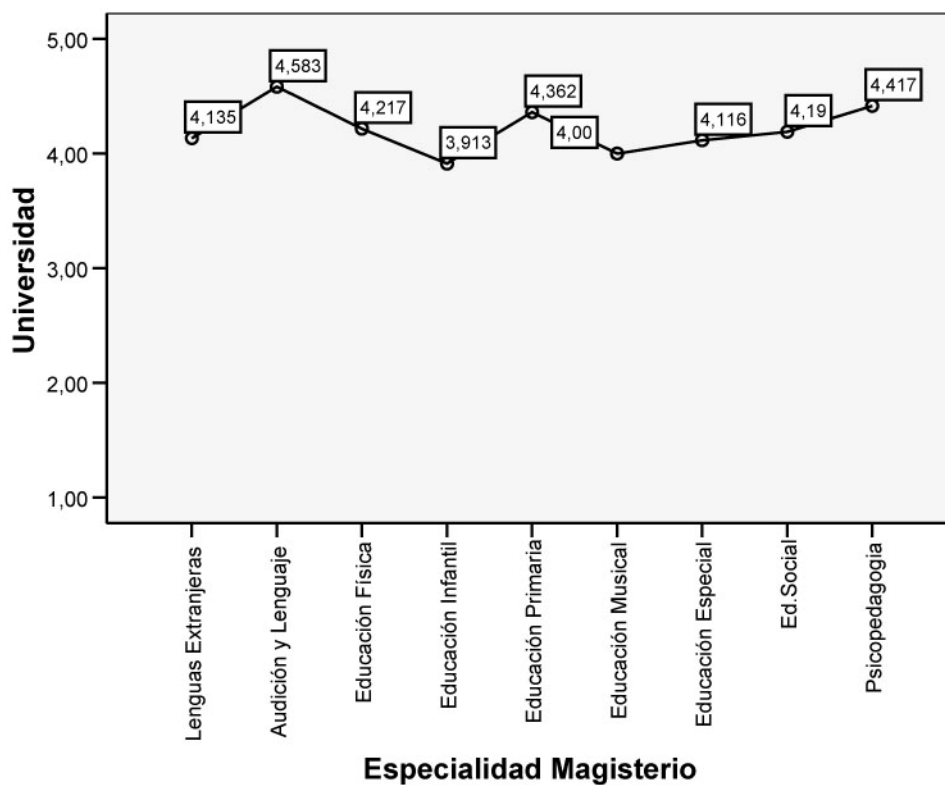


Figura 57. Opinión prohibición de fumar en Universidad /Especialidades.

Destacamos la Especialidad de Educación Infantil con un valor de media inferior.

4. Opinión de prohibición de fumar en puesto de trabajo/ Especialidades:

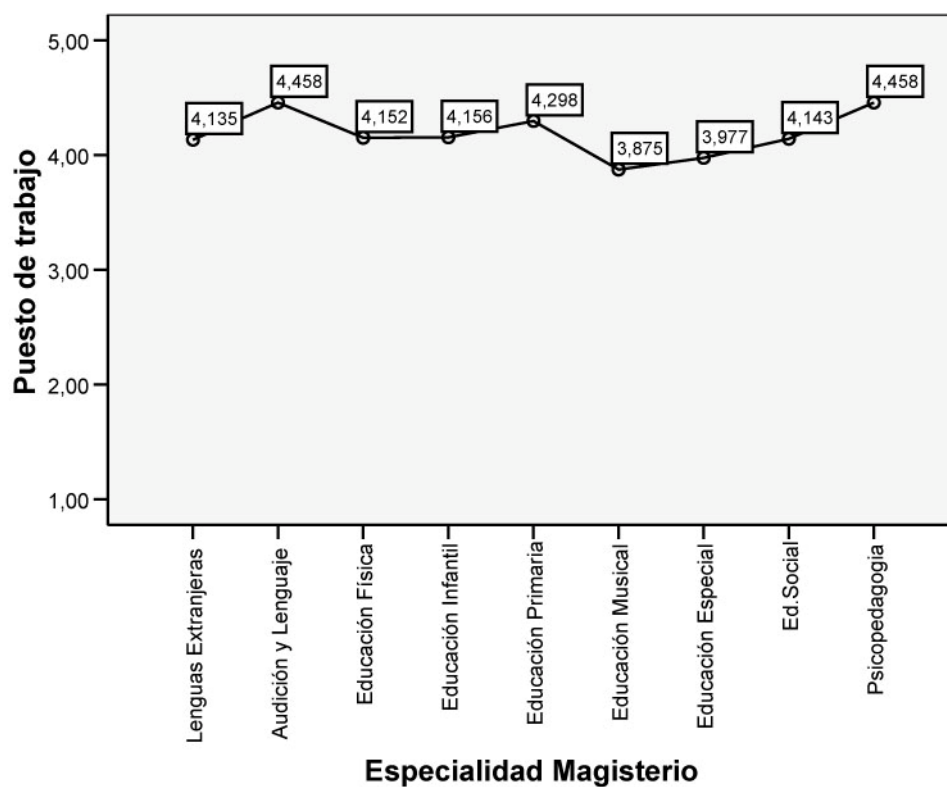


Figura 58. Opinión prohibición fumar en puesto de trabajo/Especialidades.

Destaca la Especialidad de Educación Musical con el valor más inferior de media.

Para valorar si existen diferencias significativas, realizamos el análisis inferencial mediante Anova, mostrando los resultados en la siguiente Tabla.

		F	Sig.
Sitios Públicos	Inter-grupos	1,477	,164
Centros Educativos	Inter-grupos	3,258	,001
Universidad	Inter-grupos	,821	,585
Puesto de trabajo	Inter-grupos	,678	,711

Tabla 27. Anova opinión prohibición de fumar/ Especialidades.

Observamos como existen diferencias significativas solamente en la “opinión de fumar en centros educativos” ($p=0,001$).

Al realizar las comparaciones múltiples con el estadístico Bonferroni, observamos cómo existen diferencias significativas entre:

- Lenguas Extranjeras y Audición y Lenguaje ($p=0,011$).
- Lenguas Extranjeras y Educación Primaria ($p=0,035$).

4.3.3. Opinión nueva Ley: La Especialidad de Educación Musical presenta una media más alta.

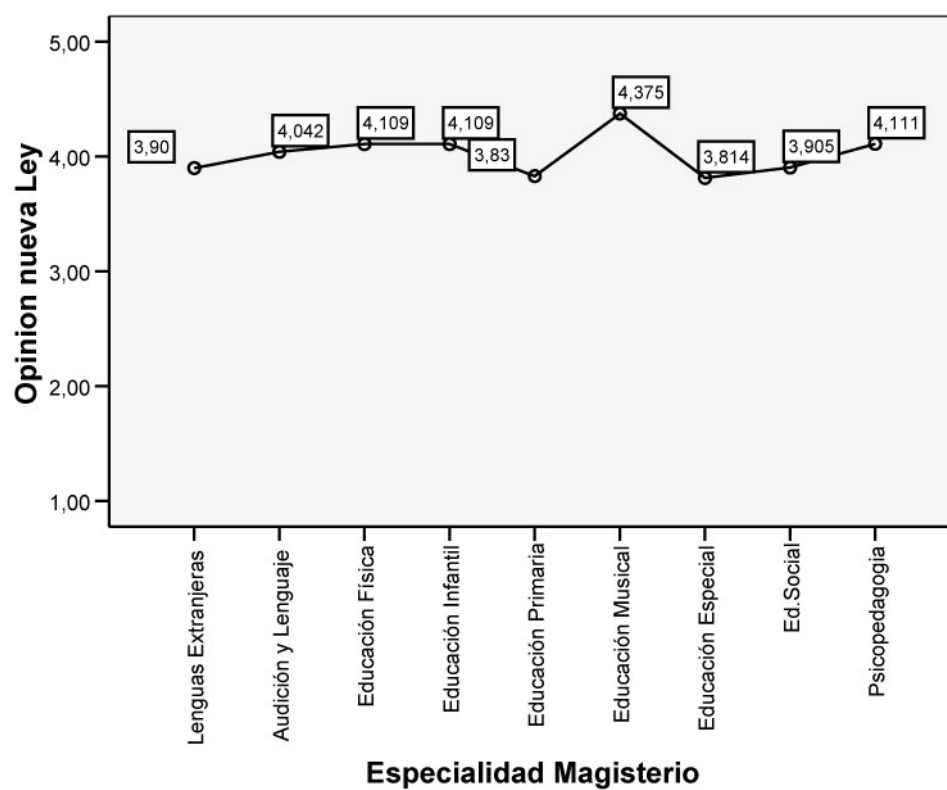


Figura 59. Opinión nueva Ley/Especialidades.

Para valorar si existen diferencias significativas en la opinión de la nueva Ley y las diversas Especialidades, utilizamos Anova:

		F	Sig.
Opinión Nueva Ley	Inter-grupos	,608	,771

Tabla 28. Anova opinión nueva Ley/Especialidades.

En este caso no existen diferencias significativas entre las diferentes Especialidades en la opinión de la nueva Ley 28/2005 ($p=0,771$).

4.4. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as de las diferentes Especialidades en relación a la variable Educación para la Salud.

Hemos considerado el análisis de las siguientes cuestiones para valorar la variable Educación para la Salud:

- -Formación en prevención del tabaquismo.
- -La opinión de la Educación para la Salud en la escuela, que engloba tres subhipótesis:
 1. “es necesario trabajar para la prevención del tabaquismo desde la Educación para la salud”,
 2. “los maestros necesitan estar formados en prevención del tabaquismo” y
 3. “desarrollo de actitudes preventivas en los alumnos/as en los Centros escolares”.
- -La importancia de la asignatura de Educación para la Salud que engloba tres cuestiones:
 1. “Importancia de la asignatura”.
 2. “Grado de aplicación en el ejercicio de la profesión”.
 3. “Valoración socioeducativa de Educación para la Salud”.

4.4.1. Formación en prevención/ Especialidades:

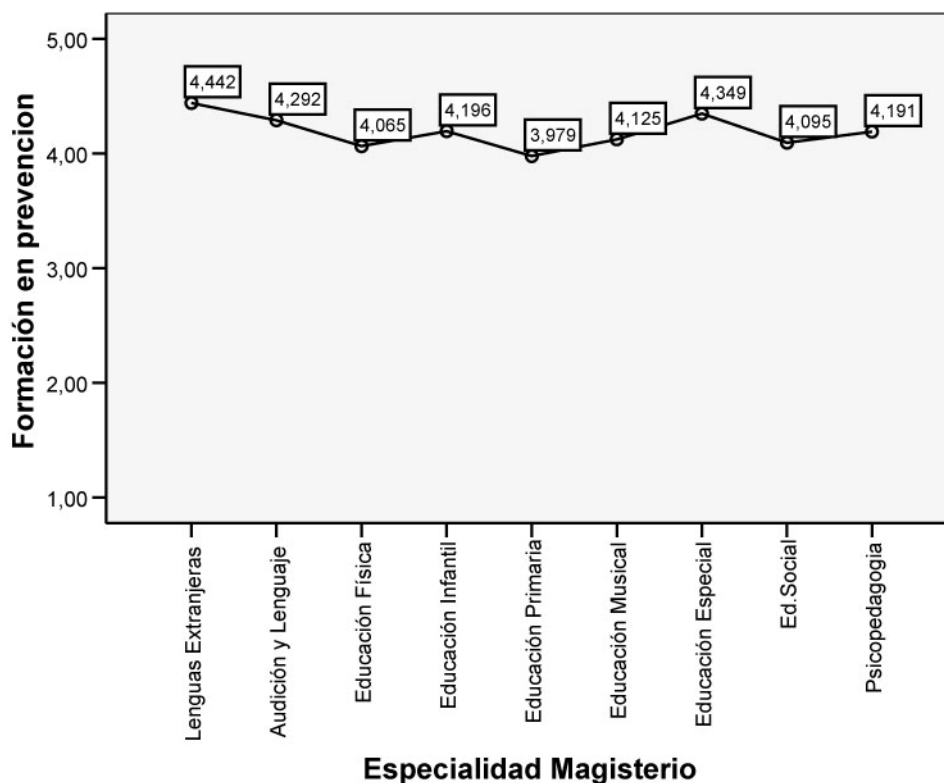


Figura 60. Formación en prevención / Especialidades.

Las medias son bastante homogéneas. Para valorar si existen diferencias significativas, utilizamos Anova, mostramos los resultados en la siguiente Tabla:

		F	Sig.
Formación en la prevención del tabaquismo	Inter-grupos	1,103	,360

Tabla 29. Anova formación en prevención/Especialidades.

No existen diferencias significativas entre las diversas Especialidades y la formación en prevención (p=0,360).

Para finalizar la formación en prevención, a continuación mostramos el recuento de alumnos/as formados/no formados según las diferentes Especialidades:

*Tabla de contingencia Especialidad Magisterio * Ha recibido formación*

<i>Recuento</i>		Ha habido formación	
		Si	No
Especialidad Magisterio	Lenguas Extranjeras	3	49
	Audición y Lenguaje	2	22
	Educación Física	5	41
	Educación Infantil	2	44
	Educación Primaria	1	44
	Educación Musical	1	7
	Educación Especial	5	38
	Educación Social	4	17
	Psicopedagogía	14	33

Tabla 30. Recuento formación/Especialidades.

Los datos desprendidos de la Tabla de recuento de alumnos/as formados/no formados en las diversas Especialidades, nos muestra como una gran mayoría no ha recibido formación, destacando en número los alumnos/as de Psicopedagogía los que han recibido formación respecto al resto.

4.4.2. La Opinión de Educación para la Salud en la escuela engloba tres cuestiones:

4. “Es necesario trabajar para la prevención del tabaquismo desde la Educación para la Salud”.
5. “Los maestros necesitan estar formados en prevención del tabaquismo”.
6. “Desarrollo de actitudes preventivas en los alumnos/as en los Centros escolares”.

1. Es necesario trabajar para la prevención del tabaquismo desde la Educación para la Salud/ Especialidades:

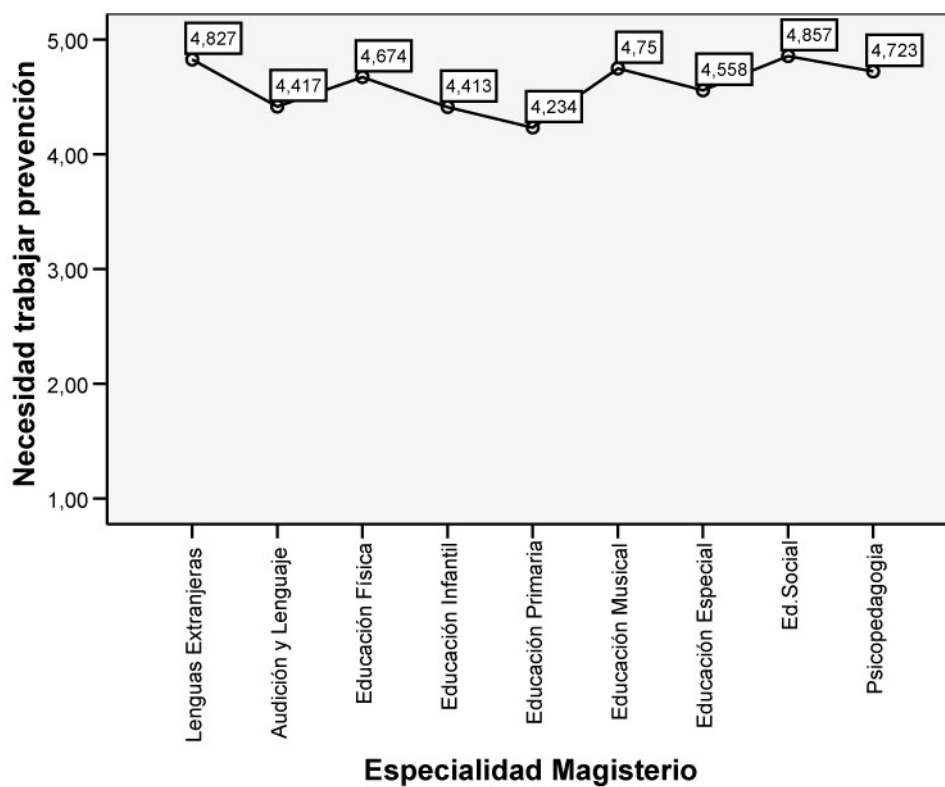


Figura 61. Necesidad trabajar maestros prevención tabaco / Especialidades.

Las medias muestran unos valores que no son muy homogéneos.

2. Los maestros necesitan estar formados en prevención del tabaquismo /Especialidades:

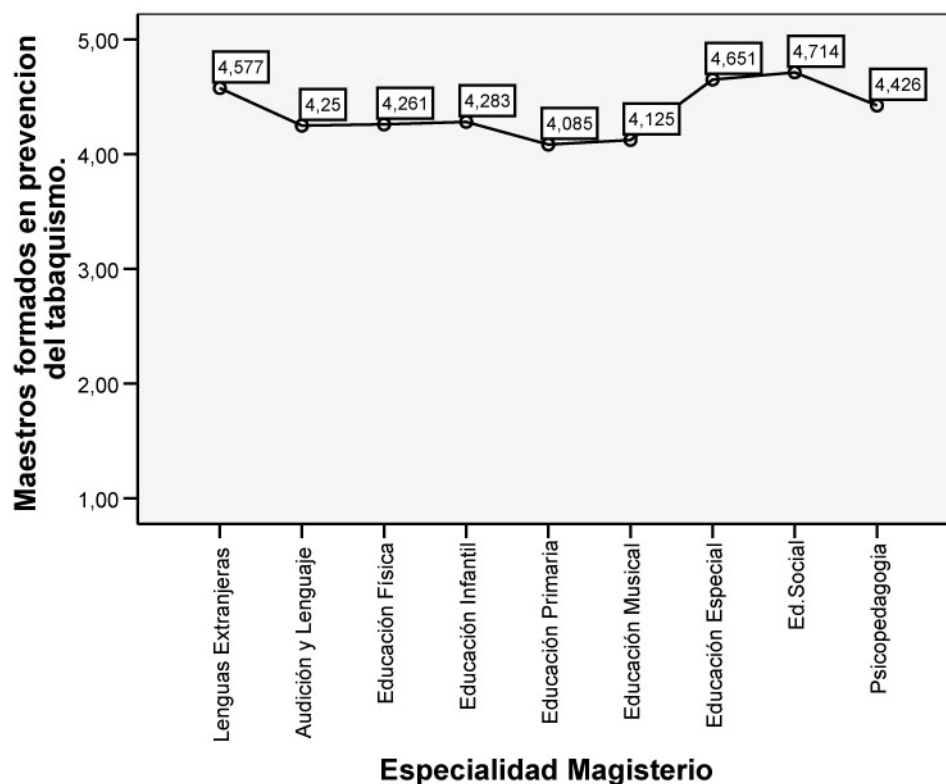


Figura 62. Necesidad existencia maestros formados / Especialidades.

Las medias muestran unos valores que no son muy homogéneos.

3. Desarrollo de actitudes preventivas en los alumnos/as en los Centros escolares/ Especialidades:

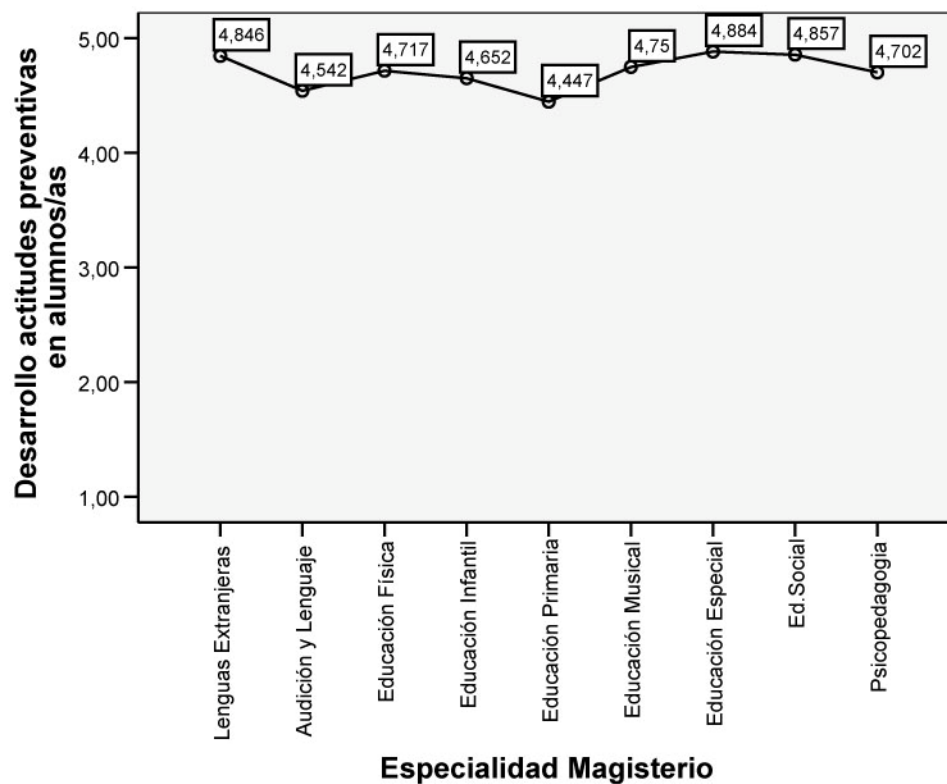


Figura 63. Desarrollo actitud prevención /Especialidades.

Las medias muestran unos valores que no son muy homogéneos.

Para valorar si existen diferencias significativas, realizamos el análisis inferencial utilizando anova. Existen diferencias significativas en las tres subhipótesis planteadas, como mostramos en la siguiente Tabla:

		F	Sig.
Necesidad de trabajar para la prevención del tabaquismo desde la EPS.	Inter-grupos	3,094	,002
Los maestros necesitan estar formados en prevención.	Inter-grupos	2,346	,018
Desarrollar actitudes preventivas en los Centros Escolares	Inter-grupos	2,092	,036

Tabla 31. Anova opinión EPS/Especialidades.

Para valorar donde existen diferencias significativas, realizamos las comparaciones múltiples y con estadístico de Bonferroni obtenemos que en la primera de ellas “necesidad de trabajar para la prevención del tabaquismo desde la EPS” existen diferencias entre Lenguas Extranjeras y Educación Primaria ($p=0,004$).

En el segundo caso “los maestros necesitan estar formados en prevención”, existen diferencias significativas entre Educación Primaria y Educación Especial ($p=0,049$).

En el tercer caso “desarrollo de actitudes preventivas en centros escolares”, las diferencias obtenidas se refieren a Educación Especial y Educación Primaria ($p=0,047$).

4.4.3. Importancia de la asignatura de Educación para la Salud, dentro del cual hemos considerado tres subhipótesis: “Importancia de la asignatura en el currículo de magisterio”, “Grado de aplicación en el ejercicio de la profesión” y “Valoración socioeducativa de Educación para la Salud”.

1. Importancia de la asignatura en el currículo de magisterio/Especialidades:

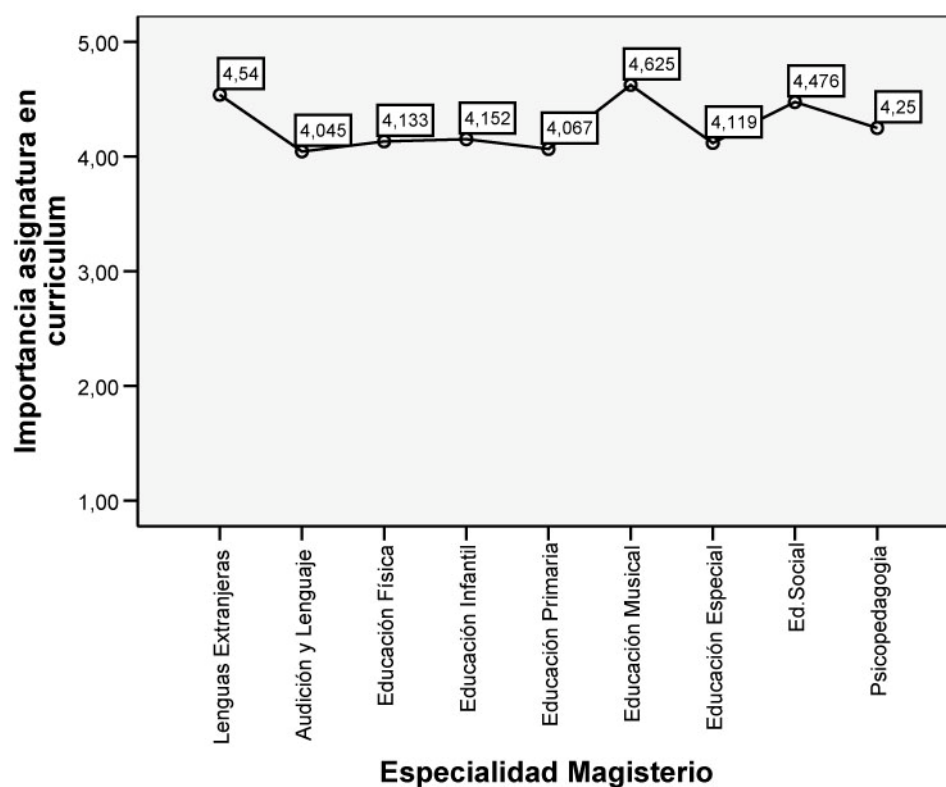


Figura 64. Importancia asignatura EPS/ Especialidades.

Destaca la Especialidad de Educación Musical con un valor de media superior.

2. Grado de aplicación en el ejercicio de la profesión/ Especialidades:

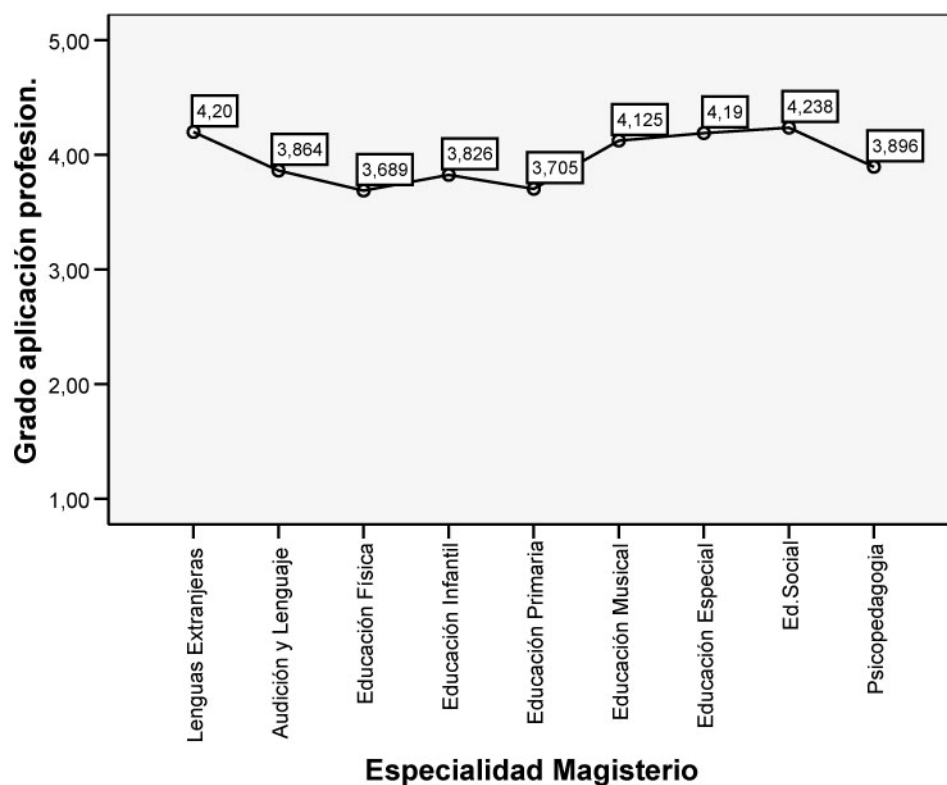


Figura 65. Grado aplicación profesorado/Especialidades.

Destaca la Especialidad de Educación Física con una media inferior al resto y Educación Social con una media superior.

3. Valoración socioeducativa de Educación para la Salud/ Especialidades:

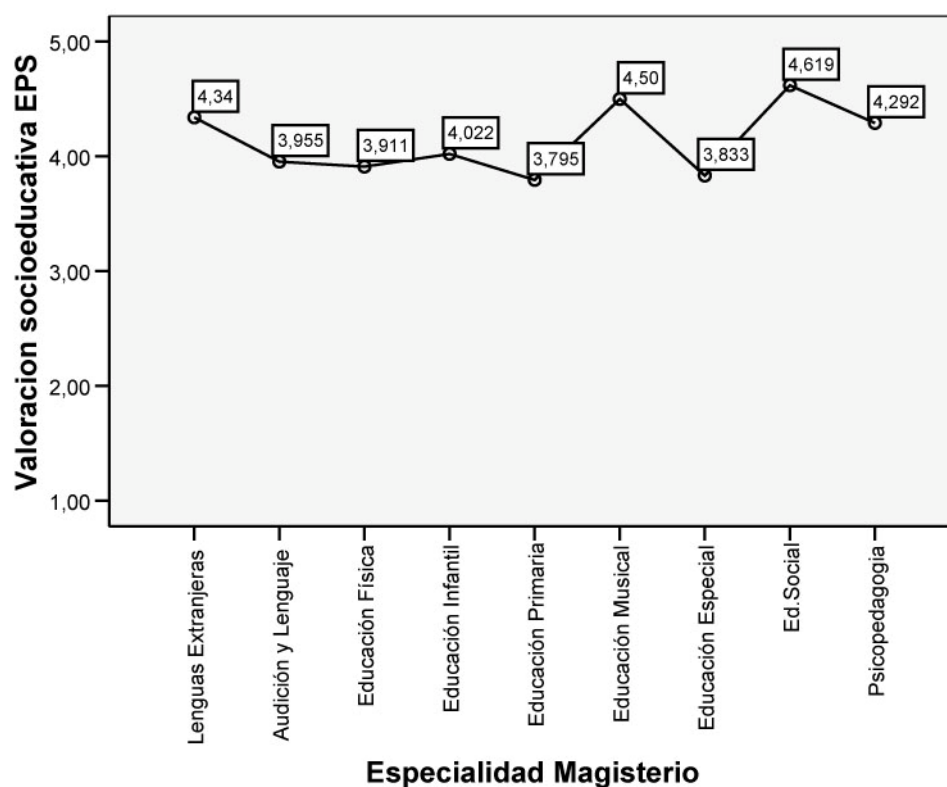


Figura 66. Valoración socioeducativa EPS/Especialidades.

Los valores de las medias no son homogéneos, siendo Educación Social la que presenta una media más alta que las demás.

Valoramos si existen diferencias significativas entre las variables estudiadas mostramos los resultados en la siguiente Tabla:

		F	Sig.
Importancia de incluir asignatura en el currículo	Inter-grupos	1,620	,118
Grado de aplicación en el ejercicio de la profesión	Inter-grupos	2,048	,041
Valoración socioeducativa de la Educación para la salud.	Inter-grupos	3,043	,003

Tabla 32. Anova importancia asignatura EPS/Especialidades.

Existen diferencias significativas en el “grado de aplicación en el ejercicio de la profesión ($p=0,041$) y en “valoración socioeducativa de Educación para la Salud” ($p=0,003$),

Respecto al “grado de aplicación en el ejercicio de la profesión” tras realizar las comparaciones múltiples no encontramos diferencias significativas.

Respecto a la “valoración socioeducativa de Educación para la Salud” tras realizar la comparación múltiples encontramos diferencias significativas entre Educación Primaria y Educación Social ($p=0,033$).

CAPÍTULO 6

Discusión

La base de ésta Tesis Doctoral ha sido la confección e interpretación de una Encuesta para la realización de un estudio epidemiológico y descriptivo, en la que se planteaban una serie de variables que permitieron conocer el estado de la cuestión del tabaquismo en Extremadura, en el contexto universitario. El objeto de la investigación eran los futuros profesores y profesoras de Magisterio y Psicopedagogía responsables de la educación de los niños/as extremeños /as en los años futuros, así como los Educadores sociales preocupados por la educación permanente, formación profesional y ocupacional. Nos parecía importante investigar previamente estas particulares parcelas educativas para obtener los datos necesarios que permitieran a partir de ellas conseguir posteriormente una inversión de la situación del consumo de tabaco en la región, uno de los más altos del país. Independientemente de la actuación imprescindible de los Neumólogos en el contexto preventivo, patológico y de tratamiento de los síntomas derivados del consumo de tabaco, nos parecía significativo conocer la formación en tabaquismo de los futuros profesores que ha permitido demostrar la precariedad de las acciones preventivas en relación al consumo de tabaco en espacios educativos y por extensión también valorar en los alumnos/as conocimientos, actitudes y creencias preventivas antitabáquicas en relación a su salud relacionadas con hábitos de vida saludables.

Las Encuestas fueron administradas durante el período lectivo del curso escolar 2006-2007, de forma anónima y autoadministrable y fueron bien aceptadas por el alumnado con un alto índice de colaboración (100%). Antes de pasar la encuesta desarrollamos una breve intervención con los alumnos /as en el aula sobre el objeto de estudio que íbamos a llevar a cabo, para motivar al alumnado e implicarles de una manera más eficaz en el desarrollo de esta técnica. Elegimos como colaboradores y también como responsables de su cumplimentación a especialistas universitarios en Didáctica, pues nos parecían los profesionales más adecuados para el éxito de esta fase del proceso de elaboración de esta Tesis Doctoral. Las hipotéticas diferencias que pudieran influir en los resultados obtenidos de las diversas Especialidades educativas encuestadas en los dos distritos de la Universidad de Extremadura constituían parte de nuestro objeto de investigación. El factor diferenciador de los tres

grupos (fumadores/ formados en tabaquismo/ Especialidad educativa) más importante independientemente del contexto familiar y social que nos planteábamos, era la educación específica en la asignatura de Educación para la Salud desarrollada sólo de forma desigual- optativa- en estas aulas universitarias seleccionadas. Nuestra investigación nos ha permitido detectar la insuficiencia de la formación recibida, o el desinterés del alumnado seleccionado para decidirse por ésta asignatura de Educación para la Salud, aspectos que pueden haber influido en los resultados obtenidos en estas dos Facultades de la UEX, (Formación del Profesorado de Cáceres y Facultad de Educación de Badajoz). Las variables empleadas que han dado contenido a la encuesta han sido seleccionadas de forma rigurosa y con unos objetivos claros. La división en tres grandes grupos de estudio en fumadores/ formados en tabaquismo/ Especialidad, ha sido fundamental para valorar la existencia de diferencias significativas en la obtención de resultados. Queremos señalar finalmente que la Educación para la Salud ocupa solamente un pequeño espacio dentro del currículo pues sólo pocos alumnos/as pueden elegir esta disciplina que se imparte minoritariamente en estos centros universitarios al existir múltiples optativas y así como mnumerosos entre los alumnos/as.

Hemos desarrollado este apartado teniendo en cuenta los objetivos e hipótesis planteadas.

Objetivo 1: Analizar conocimientos, creencias y actitudes respecto al tabaquismo.

Respecto al conocimiento del tabaquismo que tienen los alumnos/as hemos podido constatar que están “bastante de acuerdo” en considerar el “tabaquismo como una droga”. Sin embargo, al plantearse la pregunta de si “fumar es una enfermedad”, sólo están “algo de acuerdo”, destacando del conjunto investigado el alumnado de la Especialidad de Educación Musical que sí está “bastante de acuerdo”, frente a los futuros/as Psicopedagogos/as que están “muy poco de acuerdo”. En general todas las Especialidades consultadas están “bastante de acuerdo” en afirmar, cuando se les preguntaba, que el “tabaco produce adicción”, destacando de nuevo los alumnos/as de Educación

Musical que estaban “muy de acuerdo”. Concluimos que los encuestados presentan algunos conocimientos aunque no suficientes y desconocen la consideración del tabaquismo como una enfermedad (Manual de Diagnóstico y Estadística de los trastornos mentales (DSMIV) y Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)), y no han asumido adecuadamente el concepto de enfermedad que supone el tabaquismo. Podemos destacar como es la Especialidad de Educación Musical la que muestra una concepción más próxima a la realidad que supone el problema del tabaquismo.

-Respecto a la creencia que tienen los encuestados sobre el consumo de tabaco y los “efectos sobre la salud humana”, en general se muestran “bastante de acuerdo” en afirmarlo conociendo que el consumo de tabaco produce enfermedad, sin embargo, el análisis de las patologías derivadas del tabaquismo arroja datos diferentes, ya que el 74,8% de los alumnos/as desconoce que puede producir otro tipo de patologías y un 17% de los encuestados no sabe que el consumo de tabaco produce enfermedades pulmonares y cardiovasculares. Objetivándose en estos resultados de nuevo una falta de conocimiento específico en los encuestados que viven a principios del siglo XXI en la sociedad de la información.

-Al analizar las posibles medidas que planteábamos en la Encuesta que pudieran favorecer la disminución del consumo de tabaco (eliminación de la publicidad, los modelos parentales y de profesores que no fumen, incremento del precio del tabaco, Programas de intervención y prevención antitabaco) están “muy poco de acuerdo” en la “eliminación de la publicidad”, pues consideran que aunque se suprima ésta, el consumo de tabaco no disminuye. Están “algo de acuerdo” en el modelo ejemplarizante que suponen “los modelos parentales y de profesores que no fumen”; de la misma forma que respecto a las preguntas que hacen referencia al “incremento del precio del tabaco” y a los “Programas de intervención y prevención antitabaco”. Los resultados nos han permitido destacar la importancia del entorno social y familiar respecto a la iniciación al consumo de tabaco. El alumnado se ha mostrado “muy de acuerdo” en la aplicación de la nueva Ley 28/2005, del 26 diciembre en medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la

publicidad de los productos del tabaco, aunque, la considera insuficiente para disminuir el consumo de tabaco y precisa de otras acciones preventivas puntuales.

-El análisis de la “opinión de la prohibición de fumar” muestra cómo los encuestados están “bastante de acuerdo” en considerarla positiva en sitios públicos, Centros educativos, Universidad y puestos de trabajo.

-Respecto a las actitudes los alumnos/as encuestados se muestran “bastante de acuerdo” en considerar que “fumar es una conducta que afecta a los demás”. Están “algo de acuerdo” en considerar cómo la “adicción al tabaco se refuerza con la conducta de fumar del grupo de amigos al que pertenecen”. No están “nada de acuerdo” en afirmar que fumar es una “conducta que sólo atañe a mi persona y que fumar tiene connotaciones positivas”. Por tanto podemos señalar que, sin duda, muestran una actitud negativa hacia el consumo de tabaco, aunque en muchas ocasiones no se corresponde con su actitud real hacia el tabaquismo, ya que existe una alta prevalencia en estos alumnos/as.

Objetivo 2: Conocer la prevalencia del tabaquismo.

-Respecto a la prevalencia de tabaquismo en los encuestados existe un elevado porcentaje de fumadores (27,5%). La prevalencia en la mujer es superior (29,3%) a la del hombre (19,3%). Por Especialidades, existen diferencias, los alumnos/as que más fuman son los de Educación Especial (44 %), frente a los de Audición y Lenguaje (12,5%), que han resultado los menos fumadores.

-Del total de los encuestados, el 67,8% son no fumadores. La mayoría son varones (80,6%), correspondiendo el mayor porcentaje a la Especialidad de Audición y Lenguaje (83,3%) y el menor a Educación Especial (51,1%).

-Un 4,8% se considera exfumador. No existe ningún hombre exfumador, pero sí mujeres (5,8%). El mayor porcentaje de exfumadores por Especialidades corresponde a Educación Social (9,5%).

-El campus de Cáceres aporta unos datos de prevalencia en tabaquismo superiores al campus de Badajoz (33%/24%), existiendo un mayor porcentaje de exfumadores en Cáceres (7,8%). Sin embargo, el número de alumnos /as no fumadores es superior en el de Badajoz.

-Respecto a la edad inicio del consumo de tabaco un 20% ha comenzado a fumar antes de los 13 años, correspondiendo el 79,1% a los que han comenzado a fumar después de esta edad.

-El 12,4% de los encuestados declaran un consumo de tabaco de 7 años de duración, seguido de un 18,1% que refieren entre 4 y 7 años. Solamente el 3,1% de los mismos llevan fumando menos de 1 año.

-Respecto al consumo/día de cigarrillos, los alumnos/as que refieren fumar más de 20 cigarrillos/día constituyen un 5,2% frente a un 45,4 % que señalan que han fumado entre 11 y 20 cigarrillos/día. Casi la mitad de los encuestados (48,5%) reconocen consumir menos de 10 cigarrillos/día. El mayor consumo de tabaco se corresponde con el menor porcentaje.

-Un 26,6 % de los encuestados no se han planteado aún abandonar el consumo, frente a un 72,5 % que sí lo ha hecho, dentro de los cuales solamente un 3,8% ha recibido ayuda médica y un 1,3% ayuda psicológica. Un 64,8% de los casos no ha tenido éxito al intentar el abandono del consumo.

Objetivo 3: Conocer el grado de formación recibida en prevención y la importancia que le otorgan a la Educación para la Salud. (Opinión de Educación para la salud e importancia de la asignatura de Educación para la Salud).

-El análisis de la formación recibida nos muestra cómo solamente un 11,1% de encuestados ha recibido formación a lo largo de sus estudios universitarios, considerando esta cifra como poco significativa. Si la formación recibida se compara con el ítem “consumo de tabaco”, concluimos que sólo 9 alumnos/as fumadores han recibido formación respecto a 25 no fumadores. En el caso de las

diferentes Especialidades analizadas, son los alumnos/as de Psicopedagogía los que han recibido una mayor formación, siendo por el contrario los alumnos/as de los Educación Primaria y Educación Musical los menos formados

-Respecto a la opinión que muestran sobre la Educación para la Salud los encuestados están “bastante de acuerdo” en considerar la “necesidad de trabajar como área transversal” esta disciplina, “la necesidad de que los maestros trabajen en prevención” y el “desarrollo de actitudes preventivas en los alumnos/as”.

-Respecto al análisis de la importancia de la asignatura de Educación para la Salud los resultados muestran cómo los alumnos/as están “bastante de acuerdo” en considerar la “importancia de incluir la asignatura en el currículo”, también en “el grado de aplicación en el ejercicio de la profesión” y en “la valoración socioeducativa de Educación para la Salud”. Observamos la buena disposición hacia la Educación para la Salud y el deseo de incorporación a las aulas universitarias, algo que contrasta en la práctica con las elecciones optativas que realizan.

Las Hipótesis planteadas nos han permitido obtener la siguiente discusión:

HIPÓTESIS 1.

1.1.1. Existirán diferencias significativas respecto a la edad de inicio de consumo en los encuestados en relación a la Especialidad que cursan.

Respecto a la “edad de inicio consumo de tabaco”/ Especialidad, hemos podido concluir que en la mayoría de las Especialidades analizadas, el alumnado comienzan a fumar después de los 13 años, sin embargo el mayor número de alumnos/as que han comenzado a fumar después de 13 años cursan la Especialidad de Educación Especial. La Especialidad de Educación Infantil, por el contrario, muestra un mayor número de alumnos /as que comenzaron a fumar antes de los 13 años. Audición y Lenguaje muestra el menor número de alumnos/as que han comenzado a fumar antes de los 13 años. Sin embargo, no encontramos diferencias significativas en las dos variables medidas.

1.1.2. Existirán diferencias significativas respecto a la edad de inicio y el sexo.

Respecto a la “edad de inicio”/sexo, encontramos un mayor número de mujeres fumadoras que comienzan a consumir tabaco tanto antes de los 13 años (80%) como después de los 13 años (20%). Sin embargo no existen diferencias significativas entre las dos variables estudiadas.

1.2.1. Existirán diferencias significativas respecto al consumo diario de tabaco en relación al sexo.

El mayor consumo de tabaco se produce en la mujer, pues un 80% de las encuestadas consume más de 20 cig/día, siendo un 84,1% las que consumen entre 10-20 cig/día. Sin embargo el mayor porcentaje (93,6%) corresponde a las que consumen menos de 10 cig/día. Los hombres fumadores significan el 20% y corresponden a los que consumen más de 20 cig/día. No encontramos diferencias significativas respecto al consumo diario / sexo.

1.2.2. Existirán diferencias significativas respecto al consumo de tabaco en relación a la Especialidad.

El consumo diario en la Especialidad de Lenguas Extranjeras muestra los datos más altos, siendo los de menor consumo los señalados por los alumnos/as de Educación Física. Sin embargo no existen diferencias significativas entre las variables valoradas.

HIPÓTESIS 2

2.1. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as fumadores y no fumadores en relación a la variable conocimiento.

En esta variable, observamos diferencias significativas ($p < 0,05$) solamente en los indicadores “adicción al tabaco” y el “tabaco es una droga”. Los no fumadores presentan más conocimientos, aunque no suficientes ya que no consideran el “tabaquismo como una enfermedad” ni conocen “los efectos sobre la salud”.

2.2. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as fumadores y no fumadores en relación a la variable actitud.

El análisis de la variable actitud nos muestra diferencias significativas entre fumadores y no fumadores ($p < 0,05$) en los indicadores “fumar es una conducta que afecta a la salud de los demás” y “fumar es una conducta que atañe a la persona”, diferencias sólo mostradas por los no fumadores. No hemos encontrado diferencias en los ítems “fumar tiene connotaciones positivas”, “adicción al tabaco se refuerza con los modelos parentales” y “adicción al tabaco reforzada por el grupo de amigos”. Pensábamos presumiblemente que los no fumadores tendrían que tener una actitud más negativa hacia el consumo de tabaco.

2.3. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as fumadores y no fumadores en relación a la variable creencia.

2.3.1. Analizada la “disminución del consumo de tabaco” hemos observado que existen diferencias significativas ($p < 0,05$), en relación a las siguientes subhipótesis: “aplicación Ley antitabaco”, “eliminación de la publicidad”, “modelos parentales que no fumen” y “modelos de profesores que no fumen”. Los encuestados consideran que todas estas medidas pueden disminuir el consumo y las diferencias se objetivan sólo en el grupo de los no fumadores. Sin embargo, no consideran importante “el incremento del precio del tabaco” o “los Programas de Prevención y los Programas de intervención antitabaco” orientados a disminuir el consumo.

2.3.2. Respecto a la “opinión de la prohibición de fumar” en diversos lugares planteados en la encuesta, observamos que existen diferencias significativas ($p < 0,05$) en el grupo de los no fumadores, en la opinión de prohibición de fumar en “sitios públicos”, “Universidad” y “puestos de trabajo”. Nos parece interesante destacar cómo en el ítem de “prohibición de fumar” en Centros Educativos, no existen diferencias significativas, cuando consideramos que deberían considerar importante la prohibición de fumar en los propios Centros Educativos.

2.3.3. Existen diferencias significativas en los encuestados respecto a la “opinión que tienen sobre la Ley 28/2005 del 26 diciembre en medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco”, pues los no fumadores tiene una opinión más favorables sobre esta Ley.

2.4. Existirán diferencias significativas entre fumadores y no fumadores en relación a la variable Educación para la Salud.

2.4.1. Respecto a la “opinión que tiene los alumnos/as encuestados sobre la Educación para la Salud en la escuela”, no existen diferencias significativas entre fumadores y no fumadores en todos los items: “necesario trabajar para la prevención del tabaquismo desde la Educación para la salud como área transversal”, “los maestros/as necesitan estar formados en la prevención del tabaquismo” y “desarrollar actitudes preventivas en los alumnos/as en los Centros Escolares”. El consumo de tabaco no influyó en la opinión que tienen sobre Educación para la Salud.

2.4.2. En la valoración de la importancia de la asignatura Educación para la Salud como relevante, no existen diferencias significativas entre fumadores y no fumadores en los tres subhipótesis planteadas: “importancia de la asignatura en el currículo de Magisterio”, “grado de aplicación en el ejercicio de la profesión” y “valoración socioeducativa de la Educación para la Salud “. El grado de tabaquismo de los encuestados no influye en la percepción de la importancia de la asignatura de Educación para la Salud.

HIPÓTESIS 3.

3.1. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as formados y no formados en relación a la variable conocimiento.

No existen diferencias significativas en la variable conocimiento analizada en las cuatro subhipótesis: “efectos del tabaco sobre la salud humana”, “fumar es una enfermedad”, “adicción al tabaco” y “el tabaco es una droga”, entre alumnos/as formados y no formados. La formación en tabaquismo que

presentan los encuestados, según los resultados, no ha influido en sus conocimientos, probablemente por ser esta escasa o no estar suficientemente motivados, o ser cursadas por otra causa que nada tiene que ver con su elección. Consideramos que deberían existir diferencias producidas por el grado de formación.

3.2. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as formados y no formados en relación a la variable actitud.

No existen diferencias en la variable actitud respecto al tabaquismo entre los alumnos/as formados y no formados, excepto en la variable “adicción al tabaco relacionado con el grupo de amigos al que pertenecen”, en la que se observa que la formación en tabaquismo sí influye en los alumnos/as. Destacamos la importancia del que tiene la pertenencia al grupo de amigos y la influencia que tiene en el inicio y mantenimiento de la adicción. Datos que son comparables a los existentes en la literatura específica.

3.3. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as formados y no formados en relación a la variable creencia.

3.3.1. Respecto al análisis de la disminución del consumo de tabaco mediante la serie de ítems planteados observamos que no existen diferencias significativas entre formados y no formados, excepto en la subhipótesis “modelos parentales que no fumen”. La formación recibida, aunque pensamos que insuficiente, sí ha influido en las creencias, siendo la diferencia observada sólo en el grupo de formados. Destacamos la importancia del entorno familiar en la iniciación al consumo de tabaco.

3.3.2. La “opinión de la prohibición de fumar” en sitios públicos, Universidad, puesto de trabajo y Centros educativos, nos ha permitido constatar diferencias significativas en los Centros Educativos respecto al resto de los otros lugares planteados. En la opinión de prohibición de fumar en Centros Educativos la formación recibida sí ha influido, siendo la diferencia observada en el grupo de formados.

3.3.3. La formación en tabaquismo de los alumnos/as no influye en la opinión que muestran ante la nueva Ley, ya que las diferencias no son significativas.

3.4. Existirán diferencias significativas entre formados y no formados en relación a la variable Educación para la Salud.

3.4.1. Respecto a la opinión que muestran los encuestados sobre la Educación para la Salud en la escuela, en el ítem denominado “necesidad de trabajar los maestros en prevención del tabaquismo” existen diferencias significativas respecto a los demás. Sin embargo, no se obtienen diferencias significativas en el ítem denominada “necesidad de trabajar como tema transversal”, ni en el denominado “desarrollo de actitudes preventivas en los alumnos/as”. En este caso la formación recibida sí ha influido en los alumnos/as.

3.4.2. No existen diferencias significativas en relación a la importancia que dan a la asignatura de Educación para la Salud en relación a los ítems analizados: “importancia de la asignatura en el currículo de magisterio”, “grado de aplicación en el ejercicio de la profesión” y “valoración socioeducativa de la Educación para la Salud”, entre los alumnos/as formados y no formados. El grado de formación recibida no ha conferido importancia a la asignatura.

HIPÓTESIS 4.

4.1. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as de las diferentes Especialidades en relación a la variable conocimiento.

Al realizar las comparaciones múltiples entre las diversas especialidades educativas, observamos cómo existen diferencias significativas ($p < 0,05$) en los cuatro ítems estudiados: “efectos sobre la salud”, “fumar es una enfermedad”, “el tabaco produce adicción” y “el tabaco es una droga”, entre la variable conocimiento y las diversas Especialidades. Los resultados nos han permitido valorar que los alumnos/as más formados son los de Psicopedagogía (29,78%) y los menos formados los de Educación Primaria (2,22%). Los alumnos/as con

más conocimientos son los de Educación Social, seguidos de Educación Especial, teniendo los menores conocimientos los de Educación Física.

Respecto a la primera cuestión analizada “los efectos sobre la salud” se observa que existen diferencias significativas entre las diversas Especialidades. Las diferencias observadas se producen entre Lengua Extranjera y: Audición y Lenguaje ($p=0,001$), Educación Física ($p=0,002$), Educación Primaria ($0,004$), Psicopedagogía ($p=0,001$), Educación Especial ($p=0,002$) y Educación Social ($p=0,001$).

Respecto a “fumar es una enfermedad” existen diferencias significativas entre Educación Musical y Psicopedagogía ($p=0,002$) y entre Educación Especial y Psicopedagogía ($p=0,001$), siendo esta última la que presenta la media mas baja y Educación Musical la media más alta.

Respecto a la cuestión “el tabaco produce adicción” existen diferencias significativas entre Lengua Extranjera y Educación Física ($p=0,004$), y Lengua Extranjera y Educación Primaria ($p=0,003$), siendo Lenguas Extranjeras la que presenta la media más baja.

En la cuestión “el tabaco es una droga”, existen diferencias significativas entre Lengua Extranjera y Educación Especial ($p=0,001$), siendo Lengua Extranjera la que presenta la media más baja.

4.2. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as de las diferentes Especialidades en relación a la variable actitud. Existen diferencias significativas en dos de los cuatro items que analizamos:

- Respecto a “fumar es una conducta que sólo atañe a mi persona,” existen diferencias significativas entre Audición y Lenguaje/Psicopedagogía ($p= 0,048$) que presenta la media más baja.
- Respecto a “fumar es una conducta que afecta a la salud de los demás” existen diferencias significativas entre Lengua

Extranjera y: Audición y Lenguaje ($p=0,023$), Educación Física ($p= 0,011$), Educación Especial ($p=0,000$) y Psicopedagogía ($p=0,000$).

4.3. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as de las diferentes Especialidades en relación a la variable creencia.

4.3.1. Respecto a la importancia otorgada a la disminución del consumo de tabaco existen diferencias significativas ($p<0,05$) en el ítem denominado “Programas de prevención”. Sin embargo al calcular el estadístico Sheffé para realizar comparaciones múltiples no existen diferencias significativas por ser muy próximo el valor a 0,05.

4.3.2. Respecto a la opinión de la prohibición de fumar, observamos como en la “opinión de fumar en Centros educativos” existen diferencias significativas ($p<0,05$). Observamos también como existen diferencias entre Lenguas Extranjera y Audición y Lenguaje ($p=0,011$) y entre Lengua Extranjera y Educación Primaria ($p=0,035$), siendo los alumnos/as más fumadores los de Educación Especial seguidos de los de Educación Social. En este caso la especialidad de Lenguas Extranjeras presenta la media más baja.

4.3.3. Respecto a la “Opinión que tiene sobre la nueva Ley 28/2005 del 26 diciembre en medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco”, no existen diferencias significativas entre las diferentes Especialidades ($p>0,05$), como hemos observado,

4.4. Existirán diferencias significativas entre alumnos/as de las diferentes Especialidades en relación a la variable Educación para la Salud.

4.4.1. La Educación para la salud en la escuela engloba tres subhipótesis: “necesidad de trabajar en prevención como tema transversal”, “maestros formados en prevención del tabaquismo” y “desarrollo de actitudes preventivas en los centros escolares”, existiendo diferencias significativas en las tres subhipótesis:

- "necesidad de trabajar en prevención como tema transversal" existen diferencias entre Lengua Extranjera y Educación Primaria ($p= 0,004$), siendo Lengua Extranjera la que presenta una media más alta.
- "los maestros deben estar formados en prevención", existen diferencias significativas entre Educación Primaria y Educación Especial ($p=0,049$). Educación Primaria presenta una media más baja.
- "desarrollo de actitudes preventivas en centros escolares", las diferencias obtenidas se refieren a Educación Especial y Educación Primaria ($p= 0,047$). Educación Primaria presenta una media más baja.

4.4.2. La Asignatura de Educación para la Salud engloba tres cuestiones: "importancia de la asignatura", "grado de aplicación en el ejercicio de la profesión" y "valoración socioeducativa de Educación para la salud"

- En la "valoración socioeducativa de Educación para la Salud" existen diferencias significativas, que tras realizar la comparación múltiples aparecen entre Educación Primaria y Educación Social ($p=0,033$). Educación Primaria presenta una media más baja.

CAPÍTULO 7

Conclusiones

Podemos señalar que el consumo de tabaco de los encuestados ha influido en la variable conocimiento, actitud, creencias y en la aplicación de la nueva Ley 28/2005, sin embargo no ha influido en la variable Educación para la Salud. Los alumnos/as no fumadores/as presentan más conocimientos en relación a los ítems denominados “adicción al tabaco” y “el tabaco es una droga” que los fumadores, también mostrando una actitud más negativa y de rechazo hacia el consumo de tabaco que los fumadores, existiendo sólo diferencias en la consideración de que “fumar es una conducta que afecta a la salud de los demás” y “fumar es una conducta que afecta a mi persona”, en el grupo de los no fumadores. La variable creencias también se ha visto influenciada por el consumo de tabaco, ya que los alumnos/as no fumadores están de acuerdo en considerar como medida para disminuir el consumo de tabaco “la aplicación de la Ley”, “la eliminación de la publicidad”, “los modelos parentales que no fumen” y, por supuesto, “los modelos de profesores que no fumen”. La prohibición de fumar en diversos lugares también ha sido valorada de forma positiva por los no fumadores. El consumo de tabaco no ha influido en la variable Educación para la Salud de los encuestados.

El grado de formación en tabaquismo no ha influido demasiado en los conocimientos de los encuestados, probablemente por ser deficitaria ésta formación específica. Por otra parte al ser una asignatura optativa en todas las Especialidades comentadas es cursada sólo por una pequeña parte del alumnado, el cual dispone además de una amplia oferta de optativas. La formación en tabaquismo ha influido en la variable actitud respecto a la “adicción al tabaco en relación con el grupo de amigos al que pertenece”, en el grupo de los alumnos/as formados/as. La formación en tabaquismo ha influido en la variable creencias en relación a los “modelos parentales que no fumen” diferencias observadas en el grupo de los formados/as. La “opinión de la prohibición de fumar en Centros Educativos” ha presentado una valoración positiva solamente en el grupo de los formados/as. La formación en tabaquismo no ha influido en la opinión que tiene sobre la nueva Ley 28/2005. El grado de formación recibida ha influido en la opinión que muestran sobre la Educación para la Salud, al considerar la “necesidad de trabajar los maestros en prevención

del tabaquismo”, sin embargo el grado de formación no ha influido en la importancia de la asignatura de Educación para la Salud, las diferencias se objetivan en el grupo de los alumnos/as formados.

El análisis de los conocimientos por Especialidades, nos permite conocer que los alumnos/as de Educación Social, presentando un grado de formación intermedia (19%), muestran una media más elevada de conocimientos de forma global que el resto. Los alumnos/as más formados, son los de Psicopedagogía (29,78%), sin embargo éstos no muestran el mayor grado de conocimiento, probablemente, porque como ya hemos señalado, la formación es deficitaria o no han cursado la asignatura optativa.

Los alumnos/as de Lenguas Extranjeras muestran el menor grado de conocimiento respecto a los “efectos del tabaco sobre la salud”, siendo los de Audición y Lenguaje y Educación Física los que muestran mayor nivel de conocimiento. Los alumnos/as de Psicopedagogía muestran el menor grado de conocimiento respecto a “fumar es una enfermedad”, a pesar de ser los más formados. Los alumnos/as de Educación Musical presentan el mayor grado de conocimiento respecto a “fumar es una enfermedad”. Los alumnos/as de Lenguas Extranjeras muestran el menor grado de conocimiento respecto a “adicción al tabaco”, sin embargo una vez más son los alumnos/as de Educación Musical los que presentan el mayor grado de conocimiento respecto al ítem “adicción al tabaco”. Los alumnos/as de Lenguas Extranjeras muestran el menor grado de conocimientos respecto al ítem “tabaco es una droga”, siendo los de Educación Musical los que presentan más conocimientos en este ítem, a pesar de ser siendo los alumnos/as más fumadores/as.

Se han encontrado diferencias entre las diversas Especialidades y la variable actitud, siendo los alumnos/as de Psicopedagogía los que muestran una media inferior al resto de los encuestados al valorar “el consumo de tabaco como conducta que afecta a la persona”. Los alumnos/as de Lenguas Extranjeras muestran unos valores de media inferiores en relación a “fumar es una conducta que afecta a los demás”. No han existido diferencias al analizar la consideración de que “fumar tiene connotaciones positivas”.

Respecto a las creencias en “la opinión de la prohibición de fumar en Centros Educativos” han existido diferencias significativas entre las diversas Especialidades, presentando Lenguas Extranjeras la media inferior. Respecto a “la opinión de la nueva Ley 28/2005”, no hemos detectado diferencias significativas entre las diversas Especialidades.

Respecto a la variable Educación para la Salud han existido diferencias entre las diversas Especialidades, en el ítem la “necesidad de trabajar los maestros en prevención”, obteniendo diferencias entre Lenguas Extranjeras y Educación Primaria, mostrando ésta la media más baja, siendo además ambas Especialidades las que han presentado menor grado de formación (5,76%, 2,22%), pero evidentemente muy sensibilizadas por el tema, pues todos los encuestados están bastante de acuerdo. Respecto al ítem “los maestros deben estar formados en prevención” las diferencias se obtienen entre Educación Especial (11,62%) y Educación Primaria (2,22%). Ante el ítem denominado “desarrollo de actitudes preventivas”, se muestran muy de acuerdo en considerarlo, aunque se observen diferencias significativas entre Educación Especial y Educación Primaria, a favor de la primera. Los alumnos/as de Educación Primaria aunque no son de los que presenten más formación muestran sin embargo una mayor sensibilidad hacia el problema planteado.

Respecto a la asignatura de Educación para la Salud, los encuestados se muestran bastante de acuerdo, por lo que sólo existen diferencias significativas en el ítem denominado “valoración socioeducativa de Educación para la Salud”, encontrándose la diferencia entre Educación Primaria y Educación Social, siendo esta la que muestra la media más baja. En el resto de los ítems planteados, no existen diferencias significativas.

ANEXO 1

Cuestionario

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE PREVALENCIA DEL TABAQUISMO

1. Sexo:

- Hombre
- Mujer

2. Especialidad Magisterio:

- Lenguas Extranjeras
- Audición y Lenguaje
- Educación Física
- Educación Infantil
- Educación Primaria
- Educación Musical
- Educación Especial
- Psicopedagogía
- Educación social.

3. Campus Universitario:

- Badajoz
- Cáceres

4. ¿Eres fumador/a?

- Si
- No
- Exfumador (más 1 año sin fumar)

5. Edad de inicio.

- 13 años.
- > 13 años

6. ¿Cuánto tiempo hace que fumas?

- No fumo
- Menos de 1 año
- 1-3 años
- 4-7 años
- más de 7 años

7. ¿Cuál es el consumo diario de cigarrillos?

- menos 10
- Entre 10-20
- Más 20

8. ¿Te has planteado alguna vez dejar de fumar?

- si
- no

9. ¿Cómo?

- solo
- ayuda médica
- ayuda psicológica
- otros. Especificar

10. ¿Lo has conseguido?

- si
- no

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y CREENCIAS SOBRE TABAQUISMO

11. Señale su opinión con las siguientes afirmaciones, siendo:

- 1: Nada de acuerdo
 2: muy poco de acuerdo
 3: Algo de acuerdo
 4 Bastante de acuerdo
 5: Muy de acuerdo

	Conformidad				
	1	2	3	4	5
Fumar provoca efectos perjudiciales en la salud humana					
Fumar es una enfermedad					
El tabaco produce adicción					
El tabaco es una droga					

12. ¿Qué enfermedades cree que puede producir el tabaco (puede señalar una o más opciones si lo estima oportuno)?

- Ninguna
- Cáncer
- Enfermedades pulmonares
- Enfermedades cardiovasculares
- Otras.

13. De los aspectos que se muestran a continuación, indique la importancia que le otorga en relación a la disminución o cesación del hábito tabáquico, Siendo:

- 1: nada
2: poco
3: algo
4: bastante
5: mucho.

	Importancia disminución				
	1	2	3	4	5
Incremento precio del tabaco					
Aplicación Ley antitabaco. 28/2005					
Programas de prevención en Educación para la salud					
Programas de intervención antitabaco					
Eliminación de la Publicidad					
Modelos parentales que no fuman					
Modelos de profesores que no fuman					

14. Señale el grado de conformidad con las siguientes afirmaciones, siendo:

- 1: Nada de acuerdo
2: muy poco de acuerdo
3: Algo de acuerdo
4 Bastante de acuerdo
5 Muy de acuerdo:

	Conformidad				
	1	2	3	4	5
Fumar implica una conducta que sólo atañe a la persona que la realiza					
Fumar implica una conducta que puede afectar a la salud de los demás					
Fumar tiene connotaciones positivas en la sociedad y es una conducta muy aceptada					
La adicción al tabaco se refuerza con los modelos parentales					
La adicción al tabaco se relaciona en gran medida con la conducta de fumar del grupo de amigos al que se pertenece					

15. ¿Qué opinión le merece la prohibición de fumar en los siguientes lugares?

- 1: Nada de acuerdo
 2: muy poco de acuerdo
 3: Algo de acuerdo
 4 Bastante de acuerdo
 5 Muy de acuerdo

	Conformidad				
	1	2	3	4	5
Sitios públicos					
Centros Educativos					
Universidad					
Puesto de trabajo					
Otros					

16. ¿Qué opinión te merece la Nueva Ley “LEY 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco”?

- Nada de acuerdo
 Muy poco de acuerdo
 Algo de acuerdo
 Bastante de acuerdo
 Muy de acuerdo

17. ¿Crees que la aplicación de la nueva Ley es suficiente para que disminuya el consumo de tabaco en los estudiantes?

- si
 no

FORMACIÓN Y PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

18. Señale la importancia que le otorga a la formación en la prevención del tabaquismo en su formación como docente:

- Nada
- Poco
- Algo
- Bastante
- Mucho

19. ¿Ha recibido a lo largo de la Carrera formación específica para la prevención del tabaquismo en el contexto educativo? ¿De qué tipo? ¿Duración?

- si
- no

20. Considera útil y suficiente la formación recibida.

- Nada
- Poco
- Algo
- Bastante
- Mucho

21. Señale el grado de conformidad con las siguientes afirmaciones; siendo:

- 1: Nada de acuerdo
- 2: muy poco de acuerdo
- 3: Algo de acuerdo
- 4 Bastante de acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

	Conformidad				
	1	2	3	4	5
Es necesario trabajar para la prevención del tabaquismo desde la educación para la salud como área transversal					
Los maestros necesitan estar formados en la prevención del tabaquismo					
Desarrollo actitudes preventivas en los alumnos/as en los Centros Escolares					

22. En relación a la asignatura “Educación para la Salud”, señale su opinión sobre las siguientes cuestiones:

	Educación para la Salud				
	1	2	3	4	5
Importancia de la asignatura en el currículo de magisterio					
Grado de aplicación en el ejercicio de la profesión					
Valoración socioeducativa de la Educación para la Salud.					

23. ¿Qué profesionales considera que deberían trabajar en la prevención del tabaquismo (puede señalar una o más opciones si lo estima oportuno)?

- Profesores/Maestros.
- Orientadores.
- Otros.
- Profesionales Sanitarios.
- Educadores Sociales.
- varios de los anteriores en equipo

24. A través de la formación universitaria recibida hasta el momento, ¿En general, se considera formado para trabajar en la prevención del tabaquismo en el contexto educativo?

- Nada
- Poco
- Algo
- Bastante
- Mucho

25. ¿En qué medida se siente formado para diseñar y aplicar un programa de prevención de tabaquismo en un Centro Educativo?

- Nada
- Poco
- Algo
- Bastante
- Mucho.

26. En caso negativo, ¿En qué considera que necesita formarse?

si

no

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Bibliografía del Capítulo 1.

1. Wyser C, Bollinger CT. Smoking-related disorders. En: Bollinger CT, Fagerström KO, eds, *The tobacco epidemic (progress in respiratory research)* vol. 28. Basel; Karger 1997. p. 78-106.
2. Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. En: Koop CE., Pearson CE., Schwach MR, eds. *Critical issues in global health*. San Francisco, Calif.; Jossey-Bass, 2001.
3. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C. *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
4. Álvarez Gutiérrez FJ. El tabaquismo como problema de salud pública. En: Barrueco Ferrero M, eds. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid; Ergon, 2003.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General—executive summary. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2000; 49 (R.R/16) 1-27.
6. Clemente P, Fleitmann S, Hirsch A. *Lisbon Declaration 2000 on smoking prevention in Europe*. Lisboa. European Network for smoking Prevention; 2000.
7. US Department of Health and Human Services. *The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General*. Rockville, Md: DHHS (CDC), 1990.
8. World Health Organization. Tobacco Free Initiative. URL: <http://tobacco.who.int/en/advocacy/wntd2001a.html>.

9. Ministerio de Sanidad y Consumo (España). Encuesta Nacional de Salud (1993). Madrid MS y C, 1993.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo (España). Encuesta Nacional de Salud (1995). Información y Estadísticas Sanitarias, Madrid, MS Y C, 1996.
11. Salleras LI, Pardell H, Saltó E, Tresseras R, Guayta R, Taberner JL, et al. 16 Anys de lluita contra el tabac a Catalunya (1982-1998). Barcelona. Fundació Catalana de Pneumologia. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999
12. Mendoza Berjano R, Batista Foguet JM, Sánchez García M, Carrasco González AM. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. *Gac Sanitaria* 1998; 12: 263-267.
13. Altet MN, Alcaide J, Plans P, Taberner JL, Salto E, Folguera LI, et al. Passive smoking and risk of pulmonary tuberculosis in children onmediately following infection. A case control study. *Tubercie Lung Dis* 1996; 77; 537-544.
14. Salto E, Plans P, Fuentes M, Pardell H, Salleras LI. Epidemiología del hábito tabáquico entre los escolares y jóvenes de Cataluña. *An Esp Pediat* 1993, 33 (supl 55): 146-148.
15. Korta J, Izudaire J, Rodríguez E, Arrazola A., Gabiola AJ, et al. Exposición pasiva al humo del tabaco en un espectáculo deportivo. *An Esp Ped* 1996; supl 77, 62.
16. Barrueco M, Cordobilla R, Hernández Mezquita MA, De Castro J, González JM, Rivas P. et al. Diferencias entre sexos en la experimentación y consumo de tabaco por niños, adolescentes y jóvenes. *Arc Bronconeum* 1998; 34; 199-203.

17. King A, World B, Tudor-Smith C, Harel Y. The health of youth. A cross-national survey. Copenhagen: World Health Organization, 1996.
18. Suris JC, Parera N. Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de la ciutat de Barcelona 1993. Barcelona; Fundació Santiago Dexeus Font 1994.
19. Villalbí JR, Vives R, Nebot M, Diez E, Ballestín M. El tabaquismo y los escolares: contexto, opiniones y comportamiento. Med. Clin. (Barc) 1998; 110; 579-81.
20. Ariza C, Nebot M. Factores asociados al consumo de tabaco en una muestra de escolares de enseñanza primaria y secundaria. Gac Sanit 1995; 9; 101-9.
21. Suárez RG, Galván C, Oliva C, Doménech E, Barroso F. Prevalencia del tabaquismo en el adolescente. Relación con otros hábitos tóxicos. An Esp Ped. 1998, supl 110; 41.
22. Camping Martí M, Glans Blasi J, Hereu Boher P, Rosello Urgell J, Vaque Rafart J. Consumo y actitudes de los adolescentes frente a sustancias aditivas; encuesta de prevalencia. An Esp Ped 1996, 45; 475-478.
23. Leandro Liberato SV, Hernández Galindo M, Martínez Hernández N, Ciriza Lalaguna ME. Tabaco en adolescentes; factores asociados y tendencias actuales. Acta pediátrica Española 1997, 55(5):210-216, 38 ref. 35.
24. Casas Anguita J, Lorenzo Martínez S, López Lizana JP. Tabaquismo, factores implicados en su adquisición y su mantenimiento. Med. Clin. (Barc) 1996, 107. 706-710.

25. Kressler DA, Wilkenfeld JP, Thomson LJ, Norma de la food and Drug administration sobre el tabaco; armonizar la ciencia con la ley. *Pediatrics* (ed esp) 1997; 43; 395-398.
26. Diez E, Varonil J, Nebot M, Juárez O, Martín M, Villalbí JR. Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria; relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol, cannabis. *Gac. Sanitaria* 1998; 12; 272-280.
27. Bailey SL, Adolescents multisubstance use patterns: the role of heavy alcohol and cigarette use. *Am J., Public Health* 1992; 12 272-280.
28. Carrión Valero, Hernández Hernández JR. El tabaquismo pasivo en adultos. *Arch Bronconemol.* 2002, 38; 137-46.
29. US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary smoking: A report of the surgeon general. Washington DC: US Department of Health and Human Services, Office of Smoking and Health, 1986. Publication PHS 87-8398.
30. Richmond RL, Kehoe L. Multivariant models for predicting abtention following intervention to stop smoking by general practitioner. *Addiction* 1993; 88; 1127-35.
31. Prochaska JO, Diclemente CC. Stage and process of self-change smoking: toward and integrativemodel of change. *Consult Clin Psychology* 1983; 51; 390-5.
32. Johnson LD, O' Malley PM, Bachean JG, Monitoring the future nacional results on adolescents drugs use: overwive of Key findinnng 2001 (NIH publication n°02-5105).
33. Stead M, Hasting G, Tudor Smith C. Preventing adolescents smoking: a rewiew of options. *Healh Educ J*, 1996; 55; 31-54.

34. Moolchan E, Ernst M, Hennigfield J, A review of tobacco smoking in adolescent; Treatment implications: J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005; 39; 682-93.
35. Observatorio español sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre consumo de drogas (1995/2003).
36. Observatorio español sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre consumo de drogas (1994/2004).
37. Sánchez S. Humo de tabaco ajeno y mujeres en Europa. International Network of Women against Tobacco-Europe(INWAT- Europe), 2006.
38. Conde F, Gabriel G. Las concepciones de la salud de los jóvenes. Informe 2004. Documentos técnicos de Salud Pública nº 94. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Madrid, 2005.
39. Ministerio de Sanidad y Consumo. Tabaco a debate. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2005.
40. CEE. Attitudes of europeans towards tobacco. Special Eurobarometer 239/waves 64,1-64,3-TNS. Opinión&Social January 2006.
41. Center for diseases control and prevention. Best practices for compresive tobacco control programs. Sustaining stage programs for tobacco control. Data Highlights 2004: Atlanta. GA. USDHHS, CDC, OSH. 2005.
42. Riesco Miranda JA. Ley antitabaco en España; aun queda mucho por hacer,..., claro ejemplo, los lugares de ocio y hosteleria. Prev tab 2006; vol. 8 nº4, octubre –diciembre 2006.
43. Pirkle JL, Flegal KM, Bernert JT, Brody DJ, Etzel RA, Maurer KR. Exposure of the US population to environmental tobacco smoke. The

- Third National Health and Nutrition Examination Survey 1988 to 1991. *JAMA* 1996, 275:1233-1240.
44. López MJ, Nebot M. Tabaquismo pasivo en España; situación actual y perspectivas de futuro. *Prev tab* 2005; 7(4); 299-303.
45. Vineis P, Airoidi L, Veglia F, Oligiati L, Pastorelli H, Autrup H. et al. Humo del tabaco en aire ambiente y riesgo de cáncer de vías respiratorias y enfermedad pulmonar obstructiva crónica en exfumadores o no fumadores en el estudio retrospectivo EPIC. *Br Med J.* 2005; 330; 277-81.
46. Jané M, Nebot M, Rojano X, Artazcoz L, Sunyer J, Fernandez E et al. Exposure to environmental tobacco smoke public places in Barcelona, Spain. *Tob Control* 2002; 11: 83-4.
47. Boffetta P, Agudo A, Ahrens W, Benhamou E, Benhamou S, Darby SC et al. European multicenter case-control study of lung cancer in non-smokers. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1998. IARC Technical Report N° 33.
48. California Environmental Protection Agency. Office of Environmental Health Hazard Assessment; Proposed Identification Environmental Tobacco Smoked as a Toxic Air Contaminant. Sacramento, California. United States , 2005
49. World Health Organization. Policies to reduce exposure to environmental tobacco smoke. Report on a WHO working group meeting. Copenhagen: World Health Organization, 2000.
50. World Health Organization. Tobacco Free Initiative URL: <http://Tobacco.who.int/en/advocacy/wntd2001a.html>
51. Jamzonik K. An estimated of deaths attributable to passive smoking in Europe. In: Smoke free partnership. Lifting the smokescreen; 10 reasons for a smoke free Europe. Brussels: ERSJ Ltd; 2006. p 17-41.

52. World Health Organization. Tobacco or health: A global status report. Geneva, GHO, 1997.
53. Importancia social y sanitaria del Tabaquismo. En Pardell Alenta H (coord) Manejo de fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Barcelona; Organización Médica Colegial. Mediana STM editores; 2002.
54. Global Youth Tobacco Survey collaboration group. Differences in worldwide tobacco use by gender; findings from the global. Youth Tobacco Survey. J Sch. Health 2003; 73; 207-215.
55. Alonso de la Iglesia B, Ortiz Marrón H, Saltó Cerezuela E, Toledo Pallares J. Epidemiología del tabaquismo: efectos sobre la salud, prevalencia, consumo y actitudes. Estrategias de prevención y control. Prev. Tab. 2006; 8 (supl 1): 2-10.
56. Serrano Peña MS, Rojo Moreno-Arrones B. Historia y epidemiología del tabaquismo. En Jiménez CA., Solano S, eds. Tabaquismo, Monografías. NeumoMadrid, Madrid Ergon; 2004.
57. Pérez Trullén A, Clemente Jiménez L, Marrón Tundidor R, Herrero Lobarga I, Machin Machin A. Valoración epidemiológica del tabaquismo. Madrid, 2004; 15-20.
58. Fernández E, Shiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí JR, Borrás JM. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de Encuestas Nacionales de Salud. Med. Clin. (Barc) 2003; 120 (1); 14-6.
59. Esteve E et al. Epidemiología del tabaquismo en Europa. Salud Pública de México. 2002; 44 (supl 1): 11-19, 39 ref.
60. Clemente P, Fleitmann S, Hirsch A. Lisbon declaration 2000 on smoking prevention in Europe. Lisboa. European Network for smoking Prevention, 2000.

61. Peto R, Lopez A. D, Borehan J, Thun M, Health C, Doll R. Mortality from smoking worldwide. *Br. Med. Bull* 1996 . Jan, 52(1);12-21.
62. Mortality data. Online version of the World Health Statistics Annual. WHO Statistical Information System. Disponible en: URL: <http://www.who.int/whosis/>.
63. Informe Tabaco y Salud. Informe FAO 2004.
64. World Health Organization, 1997.
65. CEE. Attitudes of europeans towards tobacco. Special Eurobarometer 239/waves 64,1-64,3-TNS. Opinión&Social. January 2006.
66. Consecuencias de la Ley 28/2005. *El Mundo* 1/1/ 2007;53
67. American Cancer Society. UICC: The tobacco Atlas-2nd edition. Atlanta, GA; ACS, 2006.
68. Molarius A, Parsons RW, Dobson AJ, Evans A, Fortmann SP, Jamrozik K. et al. Trends in cigarette smoking in 36 populations from the early 1980s to the Mid-1990: Findings from the WHO MONICA Project. *Am J Public Health* 2001; 91:206-212.
69. Corrao MA, Guindon GE, Cokkinides V, Sharma N. Building the evidence base for global tobacco control. *Bull WHO* 2000; 78: 884-890.
70. Cavelaars A, Kunst AE, Geurts JM, Crialesi R, Grötvedt L, Helmert U et al. Educational differences in smoking: International comparison. *BMJ* 2000; 320:1102-1107.
71. Joossens L. La igualdad se va con el humo. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. Bruselas: European Network for Smoking Prevention ;1999.

72. Villalbí JR et al. La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 1995, Barcelona, SG, Editores, 1995.
73. Borrás JM, Fernández Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C, Pattern of smoking initiation in Catalonia, Spain, from 1948 to 1992, *Am J Public Health* 2000, 90; 1459-1462.
74. Villalbí JR. Epidemiología del tabaquismo en mujeres. *Med. Clin. Monog. (Barc)* 2002 (supl 3): 10-13.
75. Valmayor S, Ariza C, Tomás Z, Nebot M. Evaluación de una intervención de prevención del tabaquismo en el entorno escolar. *Prevención del tabaquismo* 2004; 6:18-25.
76. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001
77. Salvador-Llivina T. Condicionantes del consumo de tabaco en España. *Adicciones* 2004; 16 (2 supl): 25-58.
78. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
79. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
80. Saltó E, Villalbí JR, Valverde A, Baranda L, Plasencia A. Políticas regulatorias y opinión pública: el caso del tabaco. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80; 1: 243-48.
81. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas 2001-2003. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud del SES. Elaboración: Conserjería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

82. Encuesta Domiciliaria Escolar sobre Drogas (2000). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Consejería de Sanidad y Consumo. Secretaría Técnica de Drogas.
83. Informe de Salud Pública año 2005. Junta de Extremadura.
84. American Cancer Society. UICC: The tobacco Atlas-2nd edition. Atlanta, GA; ACS, 2006.
85. Harkin AM, Anderson P, Goos C. Smoking, drinking and drugs taking in the European Region. Copenhagen: WHO regional Office for Europe. 1977.
86. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Am J Res Crit Care Med* 2000; 149:1145-47.
87. Tobacco or Health Programme. World Health Organization. Tobacco or Health: A Global Status Report. Country Profiles by Region, 1997. Office on Smoking and Health of the CDC's National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Disponible en: URL: <http://www.cdc.gov/tobacco/who/whofirst.htm>.
88. Saret JM. The risk of active and passive smoking. En: Slovic P, ed smoking: risk, perception and policy. pp 3-28. 2002. Sage publication.
89. Ezzati M, López A. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*; 2000, 362: 847-52.
90. La Vecchia C, Levi F, Lucchini F, Negri E. Trends in mortality from major diseases in Europe, 1980-1993. *Eur J Epidemiol* 1998; 1:1-8.
91. La Vecchia C, Boyle P, Franceschi S, Levi F, Maisonneuve P, Negri E. et al. Smoking and cancer with emphasis on Europe. *Eur J Cancer* 1991; 27: 94-104.
92. González Enríquez J, Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Tendencia de la

- mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109; 577-582.9.
93. González Enríquez J, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Díez Griñán L, Villar Alvarez F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin (Barc)* 2005; 124(20); 769-71.
 94. Márquez Pérez FL. Situación del tabaquismo en Extremadura. *Prev Tab* 2005; 7 (supl 2); 242-244.
 95. Encuesta Nacional de Salud 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
 96. Becoña Iglesias E, Vázquez González FL. Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 13-23.
 97. Huston P. The benefitts of smoking. *Can Med Assoc J* 1995;152: 143.
 98. Nuria Sánchez y Cols. Epidemiología del tabaquismo (2006). Junta de Extremadura.
 99. Plan de Salud de Extremadura 2001-2004.
 100. Santos Zarza EF, Valero Juan LF, Sáenz González MC. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en Castilla y León. *Aten Primaria* 2001; 27: 153-8.
 101. Valero Juan LF, Carrero Santos M, Nelia Lubián MI, Sáenz González MC. Mortalidad atribuible al tabaco en Extremadura. *Centro de Salud* 1999; 7: 250-4.
 102. Rodríguez Tapioles R, Bueno Cavanillas A, Pueyos Sánchez A, Espigares García M, Martínez González MA, Gálvez Vargas R.

- Morbilidad, mortalidad y años potenciales de vida perdidos atribuibles al tabaco. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 121-7.
103. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Vigilancia del consumo de tabaco y Mortalidad atribuible. *Bol Epidemiol Comunidad de Madrid* 2001; 7 (Supp 1): 1-38.
104. Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez-Artalejo F, González Enríquez J, Graciani Pérez-Regadera A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med. Clin. (Barc)* 2001.
105. González Enríquez J, Salvador LLivina T, López Nicolás A, Antón de las Heras E, Musin A, Fernandez E et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento de tabaquismo en España. *Gac Sanit* 2002; 16: 308-17.
106. Bello Luján LM, Lorenzo Ruano P, Gil Muñoz M, Saavedra Santana P, Serra Majem LL. Evolución de la mortalidad atribuible al tabaco en las Islas Canarias (1975-1994). *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 71-80.
107. Nelson DE, Kirkendal RS, Lawton RL. Surveillance for smoking-attributable mortality and years of potential life lost by United States, 1990. *MMWR* 1994; 43 (SS-1): 1-8.
108. Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability cause 1990- 2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1948-1950.
109. Criado Álvarez JJ. Evolución de la mortalidad por cáncer en Castilla-La Mancha. (1975-1990). *Oncología* 1997; 20: 541-550.
110. US Environmental Protection Agency. Report No. EPA/600/6-90/006F, 1992. Hackshaw A K., Law M. R., Wald N. J .The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ*1997; 315: 980-8.

111. Encuesta Nacional de Salud de España 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Avances de Resultados 2003.
112. Camping M, Gasch J, Hereu P. Consumo y actitudes de los adolescentes frente a sustancias adictivas: encuesta de prevalencia. *An Esp Pediatr* 1996; 45: 475-78.
113. Barrueco M, Cordobilla R, Hernández Mezquita MA. Diferencias entre sexos en la experimentación y consumo de tabaco por niños, adolescentes y jóvenes. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 199-203.
114. De Onís M, Villar J. La Consommation de tabac chez le femme espagnole. *World Health Stat Q* 1991; 44: 80-8.
115. Mendoza R, Sagrera MR. Los escolares y la salud: Avance de los Resultados del Segundo estudio español sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. A Madrid 1991.
116. Barrueco M. Influencia familiar en la actitud del niño ante el tabaco. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 472-4.
117. Saltó E, Villalbí JR. Dimensiones del problema del tabaquismo a Catalunya. Barcelona: Departament de salut, Generalitat de Catalunya, maig 2006.
118. Marrón Tundidor, Pérez Trullen, Clemente Jiménez, Herrero Labarga. Factores de inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Prevención del tabaquismo vol. 5 n° 4, octubre –diciembre 2003.*
119. Wang M. Q. Social enviromental influences on adolescents smoking progresión. *Am J. Health Beba* 2001; 25: 418-25.

120. Encuesta Nacional sobre drogas en la Población Escolar 2000 y 2002. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta sobre drogas 2002-2004.
121. Corral S, Valero CE, Martínez S, Rodríguez ME. Consumo de alcohol y tabaco en escolares de 2º de la ESO en una población metropolitana. *El trabajo en nuestros centros escolares*, 1998; 698-701.
122. De la Cruz MA. Prevalencia del consumo de alcohol y tabaco en una población adolescente. *Rev Esp Drogodep* 1993; 18; 71-84.
123. Barrueco M, Vicente M, Garavis JL, García J, Blanco A, Rodríguez MC. Prevención del tabaquismo en la escuela: resultados de un programa realizado durante 3 años: *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 323-8.
124. BASP. Una mirada a la publicidad del tabaco. *Newsletter* 1989; 7 octubre-diciembre: 23-32.
125. Perula de Torres y cols. Consumo de tabaco en la población escolar. Factores relacionados. *Gac Sanit* 1998; 12: 249-253.
126. WK Joonsens, Sasco A, Salvador T, Villalbí J. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. *Rev Esp Salud Pública*. Vol 73, nº1. Madrid. 1999.
127. Warner KE, Slade J, Sweanor D. The emerging warket for long-term nicotine maintenance. *Jama*, 1997; 278: 1078-1092.
128. Álvarez FJ, Vellisco E, Calderón E, Sánchez J, Del Castillo D, Vargas R. et al. Tabaquismo escolar en la provincia de Sevilla. *Epidemiología e influencia del entorno personal y social (campana de prevención del tabaquismo 1998-1999)*. *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 118-23.

129. Prieto L, Escobar MA, Palomo L, Galindo A, Iglesias R, Estévez A. Consumo de tabaco en escolares en la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Atención primaria* 1999; 32; 326-31.
130. Suris JC, Parera N. Enquesta de salut als adolescents escolaris de ciutat de Barcelona. 1999. Barcelona. Fundació Santiago Dexeus Front 2000.
131. Casas J, Lorenzo S, López JP. Tabaquismo. Factores implicados en su adquisición y su mantenimiento. *Med Clin* 1996; 107; 706-10.
132. Pardell H, Salto E, Treserras H, Junca S, Fernández E, Vicente R et al. La evolución del hábito tabáquico en Cataluña, 1982-1994. *Med Clin (Barc)* 1997; 109; 125-9.
133. Tomeo CA, Field AE, Berkery CS. Weight concerns, Weight control behaviors and smoking imitation. *Pediatrics* 1999; 104: 918-24.
134. Ayesta FJ, De la Rosa L. ¿Porqué fuman más hoy en día la mujeres? *Prev Tab* 2001,3; 155-60.
135. Office of The Surgeon General. The Heath consequences of smoking. Nicotine report of the Surgeon Rockville: US Department of the Health and Human. 1988.
136. Office of The Surgeon General. The Heath consequences of smoking. Nicotine report of the Surgeon Rockville: US Department of the Health and Human. 1990
137. Pomerleau C, Ehrh E., Tate J, Marks J. The women control smoker: a profile. *J Substance Abuse* 1993; 5:391-400.
138. Corrao MA, Guindon GE, Cokknides V, Sharme N. Building the evidence base for global tobacco control. *Bull WHO*, 2000; 78: 884-90.

139. Borrel C, Rue M, Pasarin MI, Rolhfs I, Ferrando J, Fernandez E, Trends in social class inequalities in health status, health-related behaviors, and health services utilization in a Southern European urban area (1983-1994). *Prev Med* 2000; 31:691-701.
140. Comas A, Suárez R, López ML, Cueto A. Coste efectividad del consejo sanitario antitabaco. *Gaceta Sanitaria* 1998; 12: 126-132.
141. USDHHS Clinical Practice Guidelines nº18. Smoking cessation, Rockville, MD: US; Department of Human Services, 1996.
142. Samet JM, Yoon S-Y, eds. Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century. Ginebra: World Health Organization, 2001.
143. Planchuelo Santos MA. Mujer y Tabaco. *Prev Tab Vol 3*, nº3, sept 2001.
144. Pardell H, Saltó E, Joné M, Salleras L. Tabaquismo femenino. Informe técnico del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña. *Prev Tab vol3*, nº2, junio 2001.
145. Joonsens L, Some like it "light". Women and Tobacco in the European Union. Brussels. ENSP, 1999.
146. Pinn V. Women's health: prescribing change and addressing the issues. *JAMA*, 1992, 268: 1921-1922.
147. Feters JR, Peterson ED, Shaw LS, Newby LK, Califf RM. Sex-specific differences in coronary artery heart disease risk factors, evaluation, and the treatment have they been adequately evaluated?. *Am Heart J* 1996, 131: 796-813.
148. Mosca L, Gryndy SM, Judelson D, King K, Limancher M, Oparil S et al, Guide of preventive cardiology for women. *J Am Coll Cardiol*. 1999, 33; 1751-1755.

149. Blumenthal SJ. Critical women's health issues in the 21st century. *JAMA* 2000, 283-667.
150. Helmuth L. Women's health. Reposts see progress, problems in trials. *Science* 2000, 288; 1562-1563.
151. Walsh JME, Dolan NC, Charmey P. Update in women's health. *Ann Intern Med* 2000, 133: 808-814.
152. Doyal L. Gender equity and public health in Europe. A discussion document. Dublin: European Institute for women's health: 2000.
153. Annandale E, Hunt K. Gender inequalities in health, Buckingham; Open University Press, 2000.
154. Secretary of States for Health, and the secretaries of states for Scotland, Wales and Northern Ireland. Smoking Kills. A white paper on tobacco. London 1998.
155. Farley TNM, Merik O, Chang C, Pouter NR. Combined oral contraceptives, smoking and cardiovascular risk. *J Epidemiol Comm. Health* 1998; 52; 775-85.
156. Ayesta FJ, Castillo. Playing or not with the weight factor, most of them seem targeted to women. Communication 2nd European Conference, SRNT. London 1999.
157. Ayesta FJ, Fuentes-Pila MJ, Cortijo C. Tobacco ads target mainly at women in Spain. En Warne AK (ed). Tobacco counters health. New Delhi; Macmillan: 2000: p80-83.

Bibliografía del Capítulo 2.

1. Center for Diseases Control and Prevention. Best practices for compresive tobacco control programs. Sustaining stage programs for tobacco control. Data Highlights 2004: Atlanta. GA .USDHHS, CDC, OSH, 2005.
2. Saínz I, Rubio J, Espiga I, Alonso B, Blanco J, Cortés M, et al. Plan Nacional de Prevención y Control del tabaquismo 2003-2007. *Rev Esp Salud Publ* 2003, 77; 441-73.
3. Wold B, Curie C, Roberts C, Aaroe LE. National Legislation on smoking restrictions in eight European Countries. *Heath Promotion Internacional* 2004; 19(4): 482-489.
4. La epidemia del tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Organización Panamericana de Salud. 2000.
5. Camping M, Gasch J, Hereu P. Consumo y actitudes de los adolescentes frente a sustancias adictivas: encuesta de prevalencia. *An Esp Pediatr* 1996; 45: 475-78.
6. Barrueco M, Cordobilla R, Hernández Mezquita MA. Diferencias entre sexos en la experimentación y consumo de tabaco por niños, adolescentes y jóvenes. *Arch Bronconeumol* 1998; 34; 199-203.
7. Álvarez FJ, Vellisco E, Calderón E, Sánchez J, Del Castillo D. Vargas R, et al. Tabaquismo escolar en la provincia de Sevilla. Epidemiología e influencia del entorno personal y social (campaña de prevención del tabaquismo 1998-1999). *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 118-23.

8. Prieto L, Escobar MA, Palomo L, Galindo A, Iglesias R, Estévez A. Consumo de tabaco en escolares en la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Atención primaria*.1999; 32; 326-31.
9. Pérula LA, Ruiz R, Nora N, Mengual P, Rodríguez FC, Espejo J. Consumo de tabaco en la población escolar. Factores relacionados. *Gac Sanitaria* 1998; 12; 249.
10. José Maria Martín Moreno. Desde la evidencia en salud pública a la acción. La importancia del trabajo en equipo para el éxito del Plan Nacional de Prevención y Control del tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública* 2003 jul/ago vol 77, nº 4 .
11. Galbe Sánchez- Ventura J y grupo Previnfad. *PrevInfad (AEPap)/ PASS infancia y adolescencia*. Dic 2006.
12. Barrueco M. Situación actual del tabaquismo en España: oportunidad y necesidad de una nueva ley reguladora. *Prev Tab* 2005; 7(4): 266-268.
13. Proyecto de Ley reguladora de la venta, suministro y publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial de las Cortes Generales*; nº 36-1,9 de mayo de 2005
14. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
15. Real Decreto 1293/1988 de 4 marzo de 1988, sobre las limitaciones en la venta y uso de tabaco para la protección de la salud de la población. *BOE nº 59* de 9 marzo de 1988.
16. Real Decreto 1293/1999 de 23 julio, por el que se modifica el Real Decreto 192/1988, de 4 marzo, sobre limitaciones en la venta y el uso de tabaco para protección de la salud de la población. *BOE nº 188* de 7 agosto 1999.

17. Real Decreto 1079/2002, de 18 octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán, y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos de tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominación de los productos del tabaco. BOE nº 251 de 19 octubre 2002.
18. Orden SCPI/127/2004 de 22 de enero, por la que se desarrollan los artículos 4 y 6 del Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco. BOE nº 26 de 30 enero 2004.
19. López AD, Collishaw NE, Piha TA. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994, 3: 242-7.
20. Encuesta Nacional de Salud del 2006. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo ENSE 2006.
21. Ley General de Publicidad 34/1988 de 11 noviembre. BOE nº 274 de 15 noviembre de 1988.
22. Ley 25/1994, de 12 julio, por la que se incorpora el ordenamiento jurídico español la Directiva 89/522/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativos al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva. BOE nº 166 de 14 julio de 1994.
23. Real Decreto 192/1988 de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para la protección de la salud de la población.
24. Real Decreto 1293/1999 de 23 julio por el que se modifica el Real Decreto 192/1988 de 4 marzo sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para la protección de la salud de la población.

25. Álvarez Gutiérrez FJ. El tabaquismo como problema de Salud Pública. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid. 2003
26. Plan Nacional para el Control y Prevención del Tabaquismo. 2003.
27. Proyecto de Ley reguladora de la venta, suministro y publicidad de los productos del tabaco. Boletín Oficial de las Cortes Generales; nº 36-1,9 de mayo de 2005.
28. OMS. Estrategias de empresas tabaqueras para socavar las actividades de lucha antitabáquica. Informe de comité de expertos sobre los documentos de la industria del tabaco. Ginebra. OMS. 2000.
29. Granero LI, Villalbí J, Gallego R. ¿Quién se opone a la prevención? Un mapa de los actores pro tabaco en España. Gac Sanit 2004; 18(5): 374-9.
30. Ley 28/2005 de Medidas Sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
31. Allwright S, McLaughlin JP, Murphy D, Pratt I, Ryan M, Smith D. et al. Report on the health effects of environmental tobacco smoke (ETS) in the workplace. Dublín: Health and Safety Authority/ Office of Tobacco Control; 2003.
32. Márquez FL, Garrido JJ, Fuentes FJ. Asignatura de libre elección. “Abordaje del Tabaquismo” en la Facultad de Medicina de Badajoz. (Universidad de Extremadura). Prev Tab vol 7, nº4 oct-dic 2005.
33. Villalbí JR. De las propuestas del movimiento de prevención al consenso político: la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo. Gac Sanit 2006; 20(1): 1-3.

34. Villalbí JR, Tomás Z, López MJ, Rodríguez M, Nebot M. La cambiante epidemiología del tabaquismo: Barcelona, 2000-2001. *Rev Clin Esp* 2004; 204:312-6.
35. Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí JR, Borràs JM. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. *Med Clin (Barcelona)* 2003;120: 14-6.
36. López-Nicolás A. How important are tobacco prices in the propensity to start and quit smoking? An analysis of smoking histories from the Spanish National Health Survey. *Health Econ* 2002; 11:521-32.
37. Fernández E, Gallus S, Schiaffino A, López-Nicolás A, La Vecchia C, Barros H., et al. Price and consumption of tobacco in Spain over the period 1965-2000. *Eur J Cancer Prev* 2004; 13:207-11.
38. Villalbí JR, López V. La prevención del tabaquismo como problema político. *Gac Sanit* 2001; 15:265-72.
39. Martín M, Quiles MC, López C. Los sistemas de autorregulación como mecanismos de control de la publicidad de tabaco: evaluación mediante análisis empírico. *Gac Sanit* 2004; 18:366-73.
40. Montes J, Álvarez ML. Tabaco y medios de comunicación escritos en España: una atracción fatal. *Gac Sanit.* 2006;20 (1): 58-61.
41. Nebot M, López MJ, Tomas Z, Ariza C, Borrell C, Villalbí JR. Exposure to environmental tobacco smoke at work and at home: a population based survey. *Tob Control* 2004; 13:95.
42. Twose J, Schiaffino A, García M, Martí M, Fernández E, por el grupo de Investigadores del Estudio de Seguimiento de la Encuesta de Salud de Cornellà. Prevalencia de la exposición al humo ambiental del tabaco en Cornellà de Llobregat. *Med Clin (Barc)* 2004;123:496-8.

43. Villalbí JR , Ballestín M. Developing smoking control policies in schools. *Health Promot Int* 1994; 9:99-104.
44. Batlle E, Boixet M, Agudo A, Almirall J, Salvador T. Tobacco prevention in hospitals: long-term follow-up of a smoking control programme. *Br J Addict.* 1991; 86:709-17.
45. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Programa atenció primària sense fum. Generalitat de Catalunya.
46. Disponible en:<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/jusenfum>. PDF
47. Méndez E, García M, Margalef M, Fernández E, Peris M. Iniciativas para el control del tabaquismo: la Red Catalana de Hospitales Libres de Humo. *Gac Sanit.* 2004; 18:150-2.
48. Valmayor S, Ariza C, Tomás Z, Nebot M. Evaluación de una intervención de prevención del tabaquismo en el entorno escolar. *Prev Tab* 2004; 6:18-25.
49. Artazcoz L, Brotons M, Brotons A. Impacto de la implantación de una política de trabajo libre de humo en una empresa. *Gac Sanit* 2003; 17:490-3.
50. López A, Domínguez A, Alcahud F, González E. Evaluación de la actividad de prevención del tabaquismo del Ayuntamiento de Murcia. *Boletín Epidemiológico de Murcia.* 2003; 24:37-40.
51. Nerín I, Crucelaegui A, Más A, Villalba JA, Guillén D, Gracia A. Resultados de un programa integral de prevención y tratamiento del tabaquismo en el entorno laboral. *Arch Bronconeumol* 2005; 41:197-201.

52. Sala M, Serra I, Serrano S, Corbella T, Kogevinas M. Evaluación de un programa de deshabitación tabáquica en el medio laboral. *Gac Sanit* 2005; 19:386-92.
53. Pierce JP, García M, Salto E, Schiaffino A, Fernández E. La publicidad del tabaco ¿incrementa el hábito de fumar entre los adolescentes? Datos desde California. *Gac Sanit* 2002; 16 Supl 2:69-76.
54. Raaijmakers T, Van den Borne I. Relación coste-beneficio de las políticas sobre consumo de tabaco en el lugar de trabajo. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77:97-116.
55. Becoña E, coordinador. Libro blanco de prevención del tabaquismo. Barcelona: Glosa Ediciones; 1998. Disponible en: http://www.cnpt.es/fr_info.html
56. Observatorio de la Comunicación Científica y Médica de la Universitat Pompeu Fabra. Medicina, comunicación y sociedad. Informe Quiral 1999. Barcelona: Rubes; 2000. p. 121.
57. Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Recomendaciones del Comité Nacional de Prevención del tabaquismo. En: Becoña E., coordinador. Libro blanco de prevención del tabaquismo. Barcelona: Glosa Ediciones; 1998. p.253-8. Disponible en: http://www.cnpt.es/fr_info.html.
58. Saiz I, Rubio J, Espiga I, Alonso B, Blanco J, Cortés M. et al. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública*. 2003; 77:441-73.
59. Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ*. 2004; 328:977-83.

60. Allwright S, Paul G, Greiner B, Mullally BJ, Pursell L, Kelly A., et al. Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study. *BMJ*. 2005; 331:1117-23.
61. García Ortiz JM. "Desarrollo de la Educación para la Salud en la Comunidad Autónoma de Extremadura en el ámbito escolar".2003.
62. García Ortiz JM et al. Proyectos de Educación para la Salud en Centros Docentes y ONGs en la Comunidad Autónoma de Extremadura (2001-02).
63. Adame M. Evaluación de la eficacia de un programa de prevención del consumo de tabaco en adolescentes.(Tesis Doctoral).Granada.Universidad de Granada; 2005.
64. Soria Esojo et al. Intervención Educativa sobre tabaquismo en estudiantes de Málaga. *Arch Bronconeumol* 2005, 41, 654-658.
65. Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo. Promoción de la Salud, Glosario. 1998. Disponible en [www. msc .es](http://www.msc.es).
66. García Fernández J et al. Evaluación de una intervención educativa en estudiantes de enseñanza secundaria. *Enfermería científica*. 2002: 5-11, 15 ref
67. Barrueco M et al. Prevención del tabaquismo en la escuela. Resultado de un Programa realizado durante tres años. *Arch Bronconeumol* 1988, 34, 323-8.
68. Encuesta Domiciliaria del Consumo de Drogas 2001-2003.
69. Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura. Junta de Extremadura.
70. Informe de Salud Pública 2005. Junta de Extremadura.

Bibliografía del Capítulo 3.

1. Del Rey Calero J y otros. Aspectos epidemiológicos del consumo de tabaco. *Tarbiya* nº 20,1998, p. 29-44.
2. Camping M, Gasch J, Hereu P. Consumo y actitudes de los adolescentes frente a sustancias adictivas. Encuesta de prevalencia. *An Esp Pediatr* 1996; 45:475-78.
3. Barrueco M, Cordobilla R, Hernández Mezquita MA. Diferencias entre sexos en la experimentación y consumo de tabaco por niños, adolescentes y jóvenes. *Arch Bronconeumol* 1998; 34; 199-203.
4. Álvarez FJ, Vellisco E, Calderón E, Sánchez J, Del castillo D, Vargas R, et al. Tabaquismo escolar en la provincia de Sevilla. Epidemiología e influencia del entorno personal y social (campana de prevención del tabaquismo 1998-1999). *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 118-23.
5. Prieto L, Escobar MA, Palomo L, Galindo A, Iglesias R, Estévez A. Consumo de tabaco en escolares en la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Atención Primaria* 1999; 32; 326-31.
6. Pérula LA, Ruiz R, Nora N, Mengual P, Rodríguez FC, Espejo J. Consumo de tabaco en la población escolar. Factores relacionados. *Gac Sanitaria* 1998; 12; 249-53
7. Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio español sobre drogas. Informe 2004. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2005.
8. Ayesta FJ, de la Rosa L. ¿Por qué fuman más hoy en día las mujeres?. *Prev Tab* 2001; 3:155-60.
9. Solano S, Jiménez Ruiz CA (eds). Manual del tabaquismo. 2ª edic. Barcelona: Masson 2002.

10. Surgeon D. Canada teenagers less likely to smoke now than in 1999. *Br Med J* 2004, 329, 420.
11. Márquez Pérez FL, Garrido Romero JJ, Domínguez Moreno JL. El consumo de tabaco como un proceso. En Jiménez Ruiz CA, Fageström KO, eds. *Tratado de tabaquismo*. Madrid. Biblioteca Aula Médica; 2007. p. 31-43.
12. Royal College of Physicians of London. *Nicotine addiction in Britain; a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. London, UK: Royal College of Physicians. 2000.
- 13.** World Health Organization. *Advancing Knowledge on regulating tobacco products*. Geneva. Switzerland; WHO; 2001.
14. US Department of Health and Human Services. *The Health consequences of smoking: nicotine addiction, a report of the Surgeon General*. Washington DC; US Government Printing Office; 1988.
15. Royal Society of Canada. *Tobacco Nicotine and addiction; a committee report prepared at the request of the Royal Society of Canada*. Ottawa, Canada. 1989.
16. Barrueco M, Vicente M, Garavís JL, Blanco A, Rodríguez MC. *Prevención del tabaquismo en la escuela: resultados de un programa realizado durante tres años*. *Arch Broncoemol* 1988; 34; 323-8.
17. Ellickson PL, Bell RM, Mcguiran MS. *Preventing adolescents drug use; long term results of a junior high program*. *Am J Public Health* 1993; 83; 856-61.
18. Sequier A, Stoebner A, Gourgon MS, Lence J, Cecile Bonifaci MD, Sancho-Garnier H. *Métodos educativos en la prevención del tabaquismo en escolares del departamento de Herault, Francia*. *Salud Publica Mex* 2002, vol. 44, supl 1, 15-21.

19. Wyser C, Bollinger CT, Smoking-related disorders. En Bollinger CT. Fageström KO. The Tobacco Epidemic, 1997, vol 28, p.78-106.
20. Cabezas Peña C, Robledo T, Marques F, Ortega R, Nebot-Adell M, Megido-Baldía MT et al. Recomendaciones sobre el consumo de tabaco. Aten Primaria 2005; 36 (supl 2): 28-33.
21. Ariza C, Nebot M. La prevención del tabaquismo en jóvenes: realidades y retos para el futuro. Adicciones. Revista de sociodrogalcohol 2004, 16 (2 supl): 359-378.
22. Ovejero Bernal A. La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una intervención eficaz. Intervención psicosocial 2000, 9 (2): 199-215.
23. Schachter S.1959. The psychology of affiliation: experimental studies of the sources of pregariousness. Standford, Ca. Standford university Press.
24. Festinger. A theory of social comparision proceses; human relations;1954, 7; 117-140.
25. Coleman JC. Psicología de la adolescencia. Madrid.1985.
26. Cortés M, Schiaffino A, Martí M, Fernández E. Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. Gac Sanit 2005 ene-feb; vol 19, nº1.
27. Ariza C, Nebot M. Predictores de iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. Rev Esp Salud Pública 2002; 76; 227-38.
28. Escobedo LG, Marcus SE, Holtzman D, Giviono GA. Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US high school students. JAMA 1993; 269; 1; 391-95.

29. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and Herat disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997; 315; 973-80.
30. Ary D, Biglan A. Longitudinal Changes in adolescents cigarette smoking behavior: onset and cessation. *J Behav Med* 1988; 11; 361-82.
31. Pierce JP, Gilpin EA, How long will today's new adolescent smoker be addicted to cigarette? *Am J Public Health* 1996; 86:253-6.
32. Hirschman RS, Leventhal H, Glynn K. The development of smoking behavior: Conceptualization and supportive cross-sectional survey data. *Journal of Applied Social Psychology* 1984, p.184-206.
33. Li MD, Chen R, Ma JZ, Swan GE. A meta-analysis of estimated genetic and environmental effects of smoking behavior in male and female adult twins. *Addiction* 2002; 98:23-31.
34. Pérez Trullén A, Herrero I, Clemente ML, Pérez Trullén JM, Sánchez Agudo L. Bases neurobiológicas de la adicción a la nicotina: el porqué un nuevo tratamiento para dejar de fumar. *Arch Bronconeumol* 2002; 38 (Supl 7):30-5.
35. Straub RE, Sullivan PF, Ma Y, Myakishev MV, Harris-Kerr C, Wormley B, et al. Susceptibility genes for nicotine dependence: a genome scan and follow-up in an independent sample suggest that regions on chromosomes 2, 4, 10, 16, 17 and 18 merit further study. *Mol Psychiatry* 1999; 4:129-44.
36. Silverman MA, Neale MC, Sullivan PF, Harris-Kerr C, Wormley B, Sadek H, et al. Haplotypes of four novel single nucleotide polymorphisms in the nicotinic acetylcholine receptor β 2-subunit (CHRN2) gene show no association with smoking initiation or nicotine dependence. *Am J Med Genet* 2000; 96:646-53.

37. Sullivan PF, Neale MC, Silverman MA, Harris-Kerr C, Myakishev MV, Wormley B, et al. An association study of DRD5 with smoking initiation and progression to nicotine dependence. *Am J Med Genet* 2001;105:259-65.
38. Batra V, Patkar AA, Berrettini WH, Weinstein SP, Leone FT. The genetic determinants of smoking. *Chest* 2003;123:1730-9.
39. Bechara J. La insula responsable de la adicción a la nicotina. *El Mundo* 26/01/2007, 35
40. Descombe. Uncertain identities and health-risking behaviour: the case of young people and smoking in late modernity. *British Journal of Sociology* 2001; 52:157.
41. Becoña E. Ansiedad y consumo de tabaco por adolescentes: 47-44. *Adicciones*. 2004, 16 (2): 91-96, 25 ref.
42. Wilens TE, Biederman J, Milberger S, Haehsy AL, Goldman S, Wozniak J, Spencer TJ. Is bipolar disorder a risk for cigarette smoking in ADHD youth? *Am J Addict* 2000; 9:187-95.
43. Becoña E, Vázquez FL. Psicopatología del tabaquismo. *Trastornos adictivos* 1999; 1:27-33.
44. Hoffman JH, Welte JW, Barnes GM. Co-occurrence of alcohol and cigarette use among adolescents. *Addictive Behaviors* 2001; 26:63-78.
45. Iman SE, Nestler EJ. Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psychotropic drug addiction. *Am J Psychiatr* 1996; 153: 151-62.
46. Tomeo CA, Field AE, Berkery CS. Weight concerns, Weight control behaviors and smoking imitation. *Pediatrics* 1999;104: 918-24.

47. Rugaska J, Kennedy O, Barton M, Abaunza PS, Treacy M P , Knox B. Smoking and symbolism: children communication and cigarettes. *Health Education research* 2001; 16:131-42.
48. Romer D, Jamieson P. Do adolescents appreciate the risks of smoking?. Evidence from a national survey. *Journal Adolescent Health* 2001; 29:12-21.
49. Oetting ER, Donnermeyer JF. Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. Substance Use & Misuse, 33, 1988, p. 995-1026.
50. Miller P. Family structure, personality, drinking, smoking and illicit drug use: a study of UK teenagers. *Drug and alcohol dependence* 1997; 45:121-29.
51. Barrueco M. Influencia familiar en la actitud del niño ante el tabaco *Arch. Bronconeumol* 1997; 33: 472-4.
52. Alter MN, Pascual MT y Grupo de trabajo sobre el tabaquismo en la infancia y la adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *An Esp Pediatr* 2000; 52; 168-77.
53. Aubá J, Villalbí R. Tabaco y adolescente: influencia del entorno personal. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 506-9.
54. Brook JS, Whitman M, Gordon AS. Maternal and personality determinants of adolescents smoking behavior. *J Genet Psychol* 1981; 139; 185-93.
55. Murphy NT, Price CJ. The influence of self.-esteem parenteral smoking, and living in a tobacco production region on adolescents smoking behaviors. *Journal of Schools Health* 1988; 54: 401-5.

56. Murray M, Kiryluk S, Swan A. Relation between parents and childrens smoking behavior and actitudes. *J Epidemiol Community Health* 1985; 39: 169-174.
57. Burchfield CM, Higgins MW, Séller JB, Buttler WJ, Donahuue RP. Initiation of cigarette smoking in children and adolescents of Tecumseh, Michigan. *Am J Aust* 1989; 150: 81-4.
58. De Vries H, Baskvier E, Kok G, Dijkstra M. The impact of social influences in the contex of actitudes, self efficacy, intention and previous behavior as predictors of smoking onset. *J Apply Soc Psicol* 1995; 25: 237-57.
59. Williams JG, Covington CJ. Predictors of cigarette smoking among adolescents. *Psychological Report* 1997; 80:481-82.
60. Farkas AJ, Diestefan JM, Choi WS, Gilpin EA, Pierce JP. Does parental smoking cessation discourage adolescent smoking?. *Preventive Medicine* 1999; 28:213-218.
61. López MA, López T, Coma A, Herrero P, González J, Cueto A et al. Actividades extraescolares de los adolescentes útiles para programas de prevención del tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 343-53.
62. Jiménez Ruiz C. El consumo de tabaco como un proceso. En: *Manual SEPAR volumen 1*: 58-62.
63. Poulsen LH, Osler M, Robert C, Due P, Damsgaard M, Holstein BE. Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviors: analysis of cross sectional data from Danmark. *Tab Control* 2002; 11:246-51.
64. Villalbí JR, Ballestín M. Developing smoking control policies in schools. *Health Promotion Internacional* 1994; 9; 99-103.

65. Viejo JL. Tabaco en jóvenes. Arch Bronconeumol 1995; 31; 491-3.
66. Bosaquet N. Europe and tobacco. Br Med J 1992; 304; 370-2.
67. Taylor RB. Medicina de Familia. Principios y práctica. Barcelona: Springer-Verlg Ibérica, 1995.
68. Real Decreto 192/1988. Sobre limitaciones en la venta y uso de tabaco para la protección de la salud de la población. BOE de 9 marzo de 1988; 7,499-7,501.
69. Ballestín M, Jáuregui O, Rivera S, Villalbí JR. El tabaco en las escuelas primarias. Aten. Primaria 1992, 10: 834-6.
70. Ballestín M, Bosch N, Nebot M. Conocimientos y aplicación de las normativas sobre tabaquismo en centros escolares enseñanza secundaria. Aten Primaria 1999; 24; 589-93.
71. Fischer PM, Schwartz MP, Richards JW, Paulman PM, Goldstein AO, Rojas TH. Brand logo recognition by children aged 3 to 6 years. Mickey Mouse and Old Joe the camel. JAMA 1991; 266:3146-48.
72. Mendoza Bejarano R. El consumo de tabaco en los escolares españoles. Tendencias observadas (1986-1990). Posibles factores explicativos y sugerencias de intervencion. 8ª Conferencia Mundial sobre tabaco y salud. Buenos Aires 1992.
73. Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA. Mecanismos de iniciación al tabaco. Dependencia no farmacológica. Arch Bronconeumol 1995; 31:109-113.
74. Barrueco M, Garavis JL, Botella E, Blanco E, Vicente M, García J. Prev Tab nº 3, junio 1995.
75. Payne R, Manley MW. Participación del clínico para prevenir la iniciación del tabaquismo. Clin Med North 1992; 2; 435-446.

76. Departament of Health Human Services. Reducing the health consequences of smoking: nicotine addictions. A report of the surgeon General. Washington DC. Departament of Health human Services 1989; DHHS (PHS) 88-8406.
77. Marín Tuya D. Tabaco y adolescentes. Más vale prevenir. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 497-500.
78. Dupont RL. Prevention of adolescents chemical dependency. *Pediatr. Clin North Am* 1987; 34; 495-505.
79. Glynn TJ. Essential elements of school-based smoking preventions programs. *J School Health* 1989; 59, 181.
80. Villalbí JR, Aubá J, Disseny I avaluació preliminar del projecte PASE. Un programa de prevenció de l'ús de substàncies addictives a l'escola. Barcelona Publicaciones del Ajuntament de Barcelona. Barcelona.
81. Villalbí JR, Aubá J, García González. Evaluación de un proyecto de prevención primaria de tabaquismo. El proyecto piloto PASE de Barcelona. *Rev San Hig Pub* 1992; 66; 143-148.
82. Jayanthi V, Probert CSJ, Sert KS, Mayberry FJ. Smoking and Prevention. *Respiratory Medicina* 1991; 85; 179-183.
83. Net LM. Physician role in smoking cessation. A present and future agenda: *Chest* 1990; 97 (suppl 2); 28S-32S.
84. Kotte TE, Bautista RN, De Friese GH et al. Attributes of successful smoking cessation intervention in medical practice: a meta analysis of 39 controlled trials. *JAMA*; 2000, 259, 2882-89.
85. US: Preventive Services Task Force. Guía de actividades preventivas en la práctica médica. Consejo para prevenir el uso de tabaco. Ed. Díaz de Santos. Madrid 1992; 417-482.

86. American Academy of Pediatrics, Comité on adolescence: Tobacco use by children and adolescents. *Pediatrics* 1987; 79; 479-482.
87. American Academy of Pediatrics. Commite on Psychosocial Aspects of children and family Health; Guideliness for Health Supervision II. ELK Grove Village. American Academy of Pediatrics.
88. Oci TPS, Fca Smoking prevention program for children; a review. *J Drug Educ* 1987; 17; 11-42.
89. Barrueco M, Vicente M, López I, Gonsalves T, Terrero D, García J, Asensio D. Tabaquismo escolar en el medio rural de Castilla- León. Actitudes de la población escolar. *Arch Bronconeumol* 1995, 15; 11-14.
90. Europa contra el Cáncer. El tabaco y Tú. Guía del profesor. Comisión de las Comunidades Europeas 1992.
91. Pérula de Torres y cols. Consumo de tabaco en la población escolar. Factores relacionados. *Gac Sanit* 1998; 12: 249-253.
92. Nebot M. Los jóvenes y el tabaco: ¿podemos ser optimistas?. *Gac Sanit* 1991; 111.
93. Villalbí JR, Aubá García. P. Resultados de un programa escolar de prevención del abuso de sustancias adictivas: proyecto piloto: PASE de Barcelona. *Gac Sanit* 1993; 7: 70-7.
94. Carrasco Jiménez TJ, Adame ML, Vila Castellar J. Aplicación de una técnica “Bogus pipeline” a la evaluación del habito de fumar en adolescentes: una revisión .*Revista de psicología de la salud* 1993, 5(2): 3-28, 50 ref.
95. Sánchez Agudo L. Tabaquismo en la infancia. *Arch Bronconeumol* 2004; 40: 1 – 49.
96. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. Secondary school students in: National Survey Results on Drug Use from the Monitoring the

-
- Future Study, 1975-1995. Vol I. Rockville: National Institute on Drug Abuse, NHI Pub n.º 97-4139, 1996.
97. Hibell B, Anderson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al.. The 1999 ESPAD Report. Alcohol and other drug use among students in 30 European countries. Stocholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drug. The Pompidou Group at the Council of Europe, 2000.
98. Encuesta sobre drogas a la población escolar, 1996.
99. González Ferreras C. Factores biopsicosociales que inciden en el consumo de tabaco en población infanto-juvenil. Bases para una educación preventiva. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía, 1999.
100. Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas. Geneva: World Health Organization, 2002.
101. EPA Respiratory health effects of passive smoking. Washington DC: Environmental Protection Agency 600/6-90/006F, December 1992.
102. Schoendorf KC, Kiely JL. Relationship of sudden infant death syndrome to maternal smoking during and after pregnancy. *Pediatrics* 1992; 90:905-8 .
103. DiFranza JR, Lew RA. Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *J Fam Pract* 1995;40:385-94 .
104. Avery ME, Frantz ID. To breathe or not to breathe what have we learned about apneic spells and sudden infant death?. *N Engl J Med* 1983;309:107-8.
105. Hiremagalur B, Nankova B, Nitahara J, Zeman R, Sabban EL. Nicotine increases expression of tyrosine hydroxylase gene:
-

- involvement of protein kinase A-mediated pathway. *J Biol Chem* 1993; 268: 23704-11.
106. Worsnop C. Smoking. Not for anyone. *Chest* 2003; 123:1338-40.
107. Becoña Iglesias E. Teorías y modelos explicativos de la conducta de fumar. En Graña, (ed) .*Conductas adictivas*.Madrid.1994 p373-402.
108. Waldron I, Lye D. Relationships of teenage smoking to educational aspirationsand parent's education. *J Subst Abuse* 1990;2:201-15.
109. Richmond RL, Khoel L. Multivariant models for predicting abstention folowing intervention to stop smoking by general practitioners.*Addiction* 1993; 88, 1127-35.
110. Altet Gómez MN, Pascual Sánchez J. Tabaquismo en la infancia y adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *An Esp Ped* 2000, 2: 103-105.
111. US Department of Health and Human Services.The Health Consequences of involuntary smoking: A report of the surgeon General U.S.DHHS. Public Health Service. Washington , DC DHHC(CDC). Publ n° 86-8400, 1986.
112. US Department of Health and Human Services (DHHC), Reducing the health consequences of smoking 25 years of progress.A report of the Surgeon General. PHS; CDC; Office on smoking and Health. Washington , DC DHHC(CDC). Publ N° 89-8411, 1989.
113. Altet MN, Alcaide J. Tabaquismo en el adolescente. *An Esp Ped* 1998, Supl 110: 26-31
114. Ferris Tortajada J, Lopez Andreu JA, García Castell J, Pérez Tarazona S, Cortell Aznar I. Enfermedades pediátricas asociadas al tabaquismo pasivo. *An Esp Ped* 1998, 49; 339-347.

-
115. Whithers NJ, Holagate ST, Cloug JB. The natural history of respiratory symptoms in a cohort of adolescents. *Am J. Respir Crit Care Med.*1998; 158: 352-357.
 116. Ferris Tortajada J, García Castell J, López Andreu JA, Pérez Tarazona S. Tabaquismo infantil: ¿fumadores pasivos o pediatras pasivos? *Acta Ped Esp* 1998; 56; 620-624.
 117. Salleras Sanmartín LI. Educación Sanitaria. Principios, métodos, aplicaciones. Madrid.1985.
 118. Parran TV The Psysician's role in smoking cessation. *J. Respir Dis*1998 ;19(supl): 6-12.
 119. Russell MAH, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner's advise against smoking. *BMJ* 1979; 2; 231-235.
 120. Heras Tebar A, Nogues Carbonell J. Prevención del tabaquismo pasivo en la población infantil. Protocolo de actuación en atención primaria de salud. *Enfermería clínica*, vol 10, nº4,1999.
 121. Artigau M, Mur E, Fallada A, Dauffi C, Cerrillo M, Ruiz M, Exposició de la població pediàtrica al tabaquisme passiu. X Jornades de la Societat de Salut Publica de Catalunya i de Balears. *Gac Sanit* 1998, 12 (supl 2): 15.
 122. Davis RM, Passive smoking : hystory repeats itself. *Br Med J*1997; 315; 961.
 123. Strachan DP, Cook DG. Heatlh effects of passive smoking. Parenteral Smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax* 1997; 52; 905-914.
 124. Strachan DP, Cook DG. Heatlh effects of passive smoking. Parenteral smoking and childhood asthma: longitudinal and case –control studies. *Thorax* 1998; 53; 204-212.

125. Active and passive tobacco exposure: a serious pediatric health problem. A statement from the Committee on atherosclerosis and Hipertensión in children, Council on Cardiovascular Disease in the Youth. American Heart Association *Circulation* 1994; 90; 2581-2590.
126. Tobacco-free environment; an imperative for the health of children and adolescents. American Academy of Pediatrics. Comité on substance abuse. *Pediatrics* 1994; 93; 866-888.
127. Comité on Environmental Health. Humo de tabaco en el ambiente: un peligro para los niños. *Pediatrics* 1997; 43; 283-286.
128. Charlton A. Children and smoking; the family circle. *Br.Md Bull* 1996; 52;90-107.
129. Bakoula CG, Kafritsa YJ, Kavadias GD, Haley NJ, Matsanions NS. Factors modifying exposure to environmental tobacco smoke in children (Athens) *Cause Cancer Control* 1997; 8; 73-76.
130. Eriksen W, Sorum K, Bruusgaard D. Is there an increased liability in parent's smoking behavior after a childbirth?. *Scand J Prim Health Care* 1996; 14; 86-91.
131. Mora F. Los laberintos del placer en el cerebro humano. Madrid. Alianza Editorial. 2006.
132. Jha, Chaloupka FJ. The economic of global tobacco control. *BMJ* 2000, 321: 358-61.
133. Pomerleau OF, Pomerleau CS. A biobehavioral perspective on smoking. En T. Ney y A. Gale (Eds.), *Smoking and human behavior*. Chichester: Wiley, 1989. p. 69-88.
134. Becoña Iglesias E. El abandono del hábito tabáquico como proceso de cambio. *Psiquiatría y Atención Primaria* 2001, (s): 9-13.

135. Becoña Iglesias E. Teorías y modelos explicativos de la conducta de fumar. En: José Luís Graña ed. Conductas adictivas. Editorial Debate. Madrid 1994; 373-402.
136. Prochaska JO, Di-Clemente CC. Stages and process of self –change of smoking: Toward an interactive model of change. *J Cons Clin Psicol.* 1983; 51: 390-5.
137. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM IV. Barcelona Masson.1995. DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000.
138. Stead M, Hasting G, Tudor Smith C. Preventing adolescents smoking: a review of options. *Heath Educ J* 1996; 55; 31-54.
139. Conde F, Gabriel G. Las concepciones de la Salud de los jóvenes. Informe 2004. Documentos técnicos de Salud Pública, nº 94, Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Madrid 2005.
140. Vázquez FL, Becoña E. Estrategias para los profesionales de la salud para prevenir el inicio del consumo de tabaco. *Psiquis* 1999; 20(5): 177-189.
141. Myers MG, Brown SA: Smoking and health in substance-abusing adolescents: a two years follow-up. *Pediatrics* 1994; 93: 561-566.
142. Jhonson EO, Chase GA, Vreslau N. Persistence of cigarette smoking: familial liability and the role of nicotine dependence. *Addiction* 2002 ;97: 1063-1070.
143. USDHHS, 1988 The health consequences of smoking. Nicotine addiction. A report of the Surgeon General. Rockeville, MD, Department of Health and Human Services, 1988.

144. Pointieri FE, Tanda G, Orzi F, Di Chiara G. Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity to those of addictive drugs. *Nature* 1996; 382:255-57.
145. Norstrom BL, Kinnunen T, Utman CH. Predictors of continued smoking over 25 years of follow-up in the normative aging study. *Am J Public Health* 2000; 90: 404-406.
146. Colby SM, Tiffany ST, Schiffman S. Measuring nicotine dependence among youth a review of available approaches and instruments. *Drug Alcohol Depend* 2000; (suppl. 1); S23-S39.
147. Mackee SA, Hinson R, Rounsaville D, Survey of subjective of smoking while drinking among college students. *Nicotine Tob Res* 2004; 6; 111-1117.
148. Sher KJ, Gothman HJ, Erickson DJ. A prospective, high- risk study of the relationship between tobacco dependence and alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 1996, 20; 485-490.
149. Benowitz NL, Peng MW. Non nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. Mechanism and prospects. *Drug* 2000; 13:265-85.
150. Imán SE, Nestler EJ. Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psychotropic drug addiction. *Am J Psychiat* 1996;153:151-62.
151. Due DL, Huettel SA, May WG, Rubin DC. Activation in mesolimbic and visuospatial neural circuits elicited by smoking cues: evidence from functional magnetic resonance imaging. *Am J Psychiatry* 2002 159:954-60,
152. Brautch G, Follinstad D, Brakash D, Berry KL. Drug Education; a review of Goals, approaches and effectiveness and a paradigm for evaluation. *Quarterly Journal of studies of alcoholism* 2003, 34.1279-1292.

-
153. Luna Adame. Evaluación de la eficacia de un programa del consumo de tabaco en adolescentes. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. 2005
 154. Swischer JD, Crawford J, Golstein R, Yura M. Drug Education: pushing or prevention?. Peabody Journal of Education, Octubre 68-75.
 155. Schaps E, Dibartolo R, Moskowitz J, Palley CS, Churgin S. A review of 127 drug abuse prevention program. Journal of Drug Issues, 17-43, 1981.
 156. Dearden M, Jekel JF. A pilot program in high school drug education utilizing non directive techniques and sensitive training. Journal of school Health 1971, 41, 118-129.
 157. English GE. The effectiveness of emotional appeal vs fact giving information films. Journal of School Health 1972. 42, 540-541.
 158. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. Secondary school students in: Nacional Survey Results on Drug Use from the Monitoring the Future Study, 1975-1995. Vol I. Rockville: National Institute on Drug Abuse, NHI Pub n.º 97-4139, 1996.
 159. Geis G. Addicts in the classroom: the impact of a experimental narcotics program on junior schools pupils. A report Washington DC. Office of economic opportunity, 1969.
 160. Willians A, Dicicco LM, Untenberg H. Phylosophy and evaluation school education program. Quarterly journal of studies and alcohol, 1968, 29, 685-702.
 161. Rourjke O. Assesment of effcetiveness of the New York states currículo cuide with respect to drug education. Journal of Drug Education, 3.57-66, 1973.

162. Holland WW. Cigarette smoking respiratory symptoms and antismoking propagand. *Lancet* 1970, 1, 41-43.
163. Bierner KJ. The influence of health education on the use of alcohol and tobacco in adolescents. *Preventive Medicine* 1975, 4, 252-257.
164. Berberian R, Gross C, Lovely J, Paperelles S. The effectiveness of drug education programs; a critical review. *Health Education Monograph* 1976, 4, 337-399.
165. Cramer T. Anti-schooling-smoking campaign in Denmark. *International Union against Cancer* 1963, 19, 935-936.
166. Estrin ERA "no smoking" project for ninth and tenth grades. *Journal of School Health* 1965. 35, 381-382.
167. Morison. Cigarette smoking; surveys and health education program in Winnipeg, Manitoba. *Canadian Journal of Public Health* 1964;55, 16-22.
168. Rabinowitz, Zimmerli. Effects of a health education program on junior high students's knowledge, attitudes and behavior concerning tobacco use. *Journal of School Health* 1974, 44; 324-330.
169. Evans RI, Borgatta EF. An experiment in smoking disuasi3n among university freshmen: a follow-up journal. *Journal of Social and Health Behavior* 1982; 11, 30-36.
170. Creswell WH. University of Illinois anti-smoking education study. *Illinois Journal of Education* 1969;60, 27-37.
171. Merki DJ. The effects of two educational methods and message themes on rural youth smoking behavior. *Journal of School Health* 1968; 38, 448-454.
172. Piper GW, Jones JA, Mattheus VL. The saskatoon smoking project; the model . *Canadian Journal of Public Health* 1970;61, 503-508.

173. Chalke HD. An approach to anti-smoking activities in school
International Journal of Health Education 1964;7, 183-187.
174. Evans RI, Smith CK, Raines BE. Deterring cigarette smoking in
adolescents :a Psycho-social –behavioral analysis of an intervention
strategy. En A Braum y J Singer (eds). Handbook of psychology and
health (p301-318), Hillsdale NJ, Lawrence Erlbaum,1982.
175. Evans RI. A social inoculation strategy deter smoking in adolescents.
En JD Matarazzo, SM Weiss, JA Herd, NE Miller, SM Weiss (eds).
Behavior health; a handbook of health enhancement and disease
prevention. Nueva York; Willey.1984.
176. McGuire WJ. The effectiveness of supportive refutational defenses in
immunizing and restoring beliefs against persuasion. Sociometry
1961, 24, 184-197.
177. Ellickson PL, Bell RM. Drug prevention in junior high; a multi-site
longitudinal test. Science1990, 247; 1299-1305.
178. Mackinnon DP, Johnson CA, Pentz MA, Dwyer JH, Hansen W, Flay
BR, Wang E YI. Mediating mechanisms in a school-based drug
prevention program; first year effects of the Midwestern prevention
project. Health Psychology 1991;10, 164-172.
179. Pentz MA, Mackinnon DP, Flay BR, Hansen WB, Johnson C, Dwyer
JH. Primary prevention of chronic diseases in adolescent: effects of
the Midwestern prevention project on tobacco use. American Journal
of Epidemiology 1993;130, 713-724.
180. Puska P, Vartiainen E, Pallonen U, Salonen JT, Poyhia P, Koskela K,
McAlister A. The North Karelia Youth project; evaluation of two years
on intervention on health behavior and CVD risk factors among 13 to
15 years old children, 1982.

181. Perry, Killen, Slinkard, McAlister. Peer teaching and smoking prevention among junior students. *Adolescents* 1980; 15, 277-28.
182. Hurd PD, Anderson C, Pechacek T, Bast LP, Jacobs DR, Luepker RV. Prevention of cigarette smoking in seventh grade students. *Journal of Behavior Medicine* 1980; 3, 15-28.
183. Tech MJ, Killen JD, Mc Alister AL, Perry CL, Maccoby N. Long-trem folow-up pilot project on smoking prevention with adolescents. *Journal of behavior Medicine* 1982; 5, 1-8.
184. Telch MJ, Miller LM, Killen JD, Cooke S. Social influences approach to smoking prevention; the effects of videotape delivery with and without same age peer leader participation. *Addictive Behaviors*;1990, 15-21-28.
185. Coe RM, Crouse E, Cohen JD, Fisher EB. Patterns of change in adolescents smoking behavior and results a one year follow-up of a smoking prevention program. *Journal of School Health* 1982;348-353.
186. Elder JP, Sallis JF, Woodruff SI, Wildey MB. Tobacco-refusal skills and tobacco use among high-risk adolescents. *Journal of Behavioral Medicine* 1993; 16, 629-639.
187. Flynn BS, Worden JK, Secker-walker RH, Badger GJ, Séller BN, Constanza MC. Prevention of cigarette smoking throuth mass media intervention and school programs. *American Journal of Public Health* 1994; 82, 827-834.
188. Flynn BS, Worden JK, Secker-walker RH, Pirie PL, Badger G, Carpenter JH. Long-trem responses of higher and lower risk youths to smoking prevention interventions. *Preventive Medicine* 1997; 26, 3889-394.

189. Arkin RM, Roemhild HF, Jonson CA, Luepker RV, Murria DM. The Minnesota Smoking prevention program; a seventh –grade health currículo supplement. *The Journal of School Health* 1981 Nov;611-616.
190. Luepker RV, Jonson CA, Murria DM, Pechacek TF. Prevention of cigarette smoking; three-year follow –up of an education program for youth. *Journal of Behavior Medicine* 1983;6, 53-62.
191. Murray DM, Davis-Hearn M, Goldman AI, Pirie P, Luepker R. Four- and five year follow up results from four seventh grade smoking prevention strategies. *Journal of Behavioral Medicine* 1988;11, 395-405.
192. Becker HR, Agopian MW, Yeh S. Impact evaluation of drug abuse resistance education (DARE). *Journal of Drug Education* 1990, 22, 283-291.
193. Clayton RR, Catarrello A, Day LE, Walden KP. Persuasive communication and drug abuse prevention; an evaluation of the DARE program. En L donohew H, Sypher y W Bukowski(eds). *Persuasive communication and drug abuse prevention* 1991;(p 295-313).
194. Ennet ST, Bauman K. The contribution of influence and selection to adolescents peer group homogeneity; the case of adolescent cigarette smoking. *Journal of Personality and Social Psychology* 1994;67, 653-663.
195. Hansen WB, Collins LM Siete formas de aumentar el poder estadístico. En LM Collins y LA Seitz (eds). *Progreso en el análisis de datos para la investigación de intervenciones preventivas* (p 143-151). Madrid; fundación de ayuda contra la drogadicción.1997.
196. Ringwalt C, Ennet ST, Holt KD. An outcome evaluation of project DARE (drug abuse resistance education). *Health Education Research* 1991; 6, 327-337.

197. West SL, O'Neal KK. Project DARE. Outcome effectiveness revisited. *American Journal of Public Health* 2004; 94, 1027-1029.
198. Murray DM, Davis-Hearn M, Goldman AI, Pirie P, Luepker R. Four- and five year follow up results from four seventh grade smoking prevention strategies. *Journal of Behavioral Medicine* 1988;11, 395-405.
199. Telch MJ, Miller LM, Killen JD, Cooke S. Social influences approach to smoking prevention; the effects of videotape delivery with and without same age peer leader participation. *Addictive Behaviors* 1990; 15-21-28.
200. Ellickson PL, Bell RM. Drug prevention in junior high; a multi-site longitudinal test. *Science* 1990;247: 1299-1305.
201. Johnson CA, Hansen WB, Collins LM, Graham JW. High school smoking prevention; results of a three year longitudinal study *Journal of Behavioral Medicine* 1986; 9: 439-452.
202. Elder JP, Wilkey K. The long-term prevention of tobacco use among junior high school student: classroom and telephone intervention. *American Journal of Public Health* 1983; 1239-1244
203. Graham JW, Marcks G, Hansen WB. Social influence processes affective adolescents substance use. *Journal of Applied Psychology* 1991;76: 291-298.
204. Donalson ST, Graham JW, Hansen WB. Testing the generalizability of intervention mechanism theories; understanding the effects of adolescent drug use prevention interventions. *Journal of Behavioral Medicine* 1994;17: 195-215.
205. Perry CL, Helder SH, Murria DM, Klepp KI. Community wide smoking prevention; long-term outcomes of the Minnesota Herat

- health program and the class of 1989 study. *American Journal of Public Health* 1989; 82: 1210-1216.
206. Perry CL, Kleep KI, Sillers C. Community-wide strategies for cardiovascular health; the Minnesota health program youth program. *Health Education Research*, 1989; 4: 87-101.
207. Botvin GJ, Dusenbury L, Baker E, James Ortiz S, Kerner J. A skills training approach to smoking prevention among hispanic youth: *Journal of Behavioral Medicine* 1989; 12: 279-296.
208. Botvin GJ, Eng A. A comprehensive school-based smoking prevention program, *Journal of School Health* 1980; 50: 209-213.
209. Botvin GJ, Eng A. The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking. *Preventive Medicine* 1982;11: 199-211.
210. Botvin GJ, Dusenbury L, Baker E, James-Ortiz S, Botvin EM, Kerner J. Smoking prevention among urban minority youth assessing effects outcome and mediating variables. *Health Psychology* 1992; 11: 290-299.
211. Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through life skills training. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* 2001;12: 1-17.
212. Carrasco TJ, Luna M. Influence of the message's credibility and the pressure to hide tobacco consumption in the effectiveness of the "bogus pipeline" technique. *Drug Education Prevention and Policy* 2002; 9:187-193.
213. Jessor R, Jessor SL. Problem behavior and psychosocial development; a longitudinal study of youth: Nueva York; academy press.

214. Newcomb MD, Felix-Ortiz M. Multiple prospective and risk factors for drug abuse; cross sectional and prospective findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992;63: 280-296.
215. Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health* 1993; 83:872-80.
216. Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los metaanálisis? *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:175-87.
217. Office on Smoking and Health.. Tenage Attitudes and Practices Survey II. Centers for Disease Control and Prevention, 1993.
218. Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, public use data tape, 1992.
219. Cordobilla R, Hernández Mezquita MA, Barrueco M. La familia y la escuela en prevención del tabaquismo en niños y jóvenes. *Prev Tab n* °8, junio 1998.
220. Nebot M, Tomas Z, Ariza C, Valmayor S, Mudde A. Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA de Barcelona. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16(2): 13-18.
221. López González ML. Impacto de una intervención educativa para la prevención del tabaquismo en adolescencia. Facultad de Medicina. Oviedo 2004.
222. Smoking and the young. London: Royal Collage of Pshysician, 1998.
223. González González SG, Gómez Duran BJ, García de la Torre MP. Prevención del tabaquismo; evaluación de la eficacia de un programa

- educativo-preventivo Rev. de Psicol. Gral y Aplic 2000; 53(4): 661-671.
224. Ajzen I.& Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, New Jersey; Prectice-hall. 1980.
225. Álvarez Calvo JA. La prevención del tabaquismo en el ámbito escolar. Alambique 1998 (16) 109-115.
226. Gil Roales Nieto J. Fernández Parra A. Eficacia de un programa de autocontrol para el tratamiento del tabaquismo. Análisis y Modificación de la Conducta. 1992, 14 (40): 189-219, 21 ref.
227. López González et al. Actividades extraescolares de los adolescentes útiles para los programas de prevención del tabaquismo. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 343-353.
228. Prochaska JO, Redding CA, Evers Ke. The theoretical model and stages of change. En Glanz K, Lewis FC, Rimer BK, ed Health education (2º ed).San Francisco: Josey-bass publishers; 1997 p.60-84.
229. Brug J, Steenhuis JIM, Van Assema P, Viries H.The impact of a computer –tailored nutrition intervention. Prev Med 1996; 25: 236-42.
230. Villalbí JR, Nebot M, Comin E, Murillo C. Consumo precoz de tabaco en escolares. Rev San Hig Pública 1990; 64: 613-23
231. Frojan MX, Santacreu J. Modelo de génesis, adquisición, mantenimiento e insatisfacción con el habito de fumar. Bol Psicol. 1992; 34: 7-25.
232. Vries H, Dijkstra M, Kok G, Young people and their smoking behavior. En Heller T Bailey L, Patison S.Ed Preventing cancers.Londres: The Open University, 1992; 154-61.

233. Smith Ch, Smoking among young people; some recent developments in Wales .Health Ed J 1991; 50: 8-11.
234. López González et al. Características de la intervención educativa escolar para prevenir el tabaquismo en el contexto escolar de primaria. Evaluación del proceso. Métodos educativos en la prevención del tabaquismo en escolares. Revista Española de Salud Pública 1998;72 (4): 303-318.
235. Ferguson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. The role of peer affiliations, social, family and individual factors in continuities in cigarette smoking between childhood and adolescents. Adiction 1995; 90: 647-59.
236. Elders MJ, Perry Chl, Eriksen MP, Giovino GA. The report of the surgeon general: preventing tobacco use among young people. AJPH 1994; 84: 543-7.
237. Best JA, Thomson SJ, Santi SM, Smith EA, Brown KS. Preventing cigarette smoking among school children. Ann Rev Public Health 1988; 9: 161-201.
238. Stead M, Hasting G, Tudor-Smith Ch. Preventing adolescents smoking: a review of options. Health Ed J 1996; 55: 31-54.
239. Vries de, Dijkstra M, Non-smoking: your choice, a Dutch smoking prevention programme; a case study. En: James Ch, Balding J, Harris D ed World Yearbook of education 1989. Heath Education. New York; Kogan Page; 1990p, 20-30.
240. Aubá J, Villalbí JR. Prevención desde la escuela del uso de tabaco y de otras sustancias adictivas. Gac Sanit 1990; 4: 70-5.
241. CDC Guidelines for school Health programs to prevent tobacco use and addictions, MMWR 1994; 43: 1-18.

-
242. McKinland SM, Stone EJ, Zuker DM, Research Design and analysis issues. *Health ED Q* 1989; 16: 307-13.
243. López González ML. El tabaquismo escolar en Asturias y la intervención educativa para su prevención. *Comunidad escolar* 1999 Jun; Año XVII, nº 636.
244. Romano JL. School personal training for the prevention of tobacco, alcohol and other drug use: issues and outcomes. *J Drug Educ* 1997; 27: 245-58
245. Sequier A, Gourgon S, Lence J, Cecile Bonifaci MD, Sancho-Garnier H. Métodos educativos en la prevención del tabaquismo en escolares del departamento de Herault, Francia. *Salud Pública Mex* 2002, vol 44, supl 1: 44-54.
246. Williams TA, A spiral curriculum in tobacco education for schools as a part of strategy against tobacco addiction for young people: Working document Brussels: Europe Against Cancer Program, 1991.
247. Pereira M. Curso de formação em educação para saúde. Lisboa. Direction Generale de l'Éngseignement de Base et secondaire, 1991.
248. Pereira M. Tres modelos de formação para profesores. SIDA /Tabagisme /Alimentação. Lisboa; Direction Generale de l'Éngseignement de Base et secondaire, 1993.
249. Haut. Comité de Sante Publique. La Sante en France 1994-1998. Paris, La Documentation Francaise, 1998; 51-84.
250. Garrigue JL, Cetre JC, Khalatbari E, Ritter P, Sepetjan M. Smoking among students of the CM2 (2d-year intermediate course); evaluation of knowledge and behavior. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1993; 41:169-178.

251. Sancho-Garnier H. Evaluation of smoking prevention programs. *Rev Prat* 1993; 43: 1252-1255.
252. Sancho-Garnier H. Evaluation of means of prevention. *Rev Prat* 1993; 33: 1091-1092.
253. Nicotine Addiction. A report of the tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London. 2000.
254. Valmayor Safont C, Ariza Cardenal C, Tomas Bodoño M, Nebot Adell. Tabaquismo en estudiantes. *Prev Tab* 2004; 6 (1)18-25.
255. Ballestín M, Bosch N, Nebot M. Conocimientos y aplicación de las normativas sobre tabaquismo en centros de enseñanza secundaria. *Aten Primaria* 1999; 24: 589-93.
256. Wakefield M, Chaloupa F, Kaufman N, Orleáns T, Barker D. Effects of restrictions on smoking at home, at school, and public places on teenage smoking: cross sectorial study. *BMJ* 2000; 321: 333-7.
257. Rigotti N, Difranza J, Chang Y, Tislade T, Kemp B, Singer D. The effects of enforcing tobacco-sales laws on adolescents acces to tobacco and smoking behavior. *N Engl J Med* 1997; 9: 1044-51.
258. Reeder A, Glasgow. Are New Zealand School smoke-free. Results from a national survey of primary and immediate school principals. *N Z Med J* 2000; 52-4.
259. Galaif E, Sussman S, Bundek N, The relation of school staff smokers attitudes about modelling smoking behavior in students and their receptivity to no-smoking policy. *J Drug Educ* 1996; 26: 313-22.
260. Willemsen M, De Zwart: the effectivies of policy and helath education strategies for reduciong adolescents smoking; a redview of the evidence. *J Adolesc* 1999; 22: 587-99

-
261. ESFA Newslwtter, nº 4, (boletín informativo del proyecto ESFA).
Univesidad de Maastrich, Enero 1999.
262. ESFA Newslwtter, nº 6, (boletín informativo del proyecto ESFA).
Univesidad de Maastrich; Mayo 2000.
263. Soria-Esojo, Velasco-Garrido, Hidalgo-Sanjuán, Luiz-Martínez,
Fernández-Aguirre, Rosales-Jaldo. Intervención sobre tabaquismo en
estudiantes de enseñanza secundaria de la provincia de Málaga. Arch
Bronconeumol 2005; 41: 654-658.
264. García Fernández J, Lomas Campos MM, Casado Mejia R, Muñoz
López MD, Ruiz Arias E, Delgado Llopart S. Evaluación de una
intervención educativa sobre tabaquismo en enseñanza secundaria.
Enfermería Científica 2002;(244-245): 5-11, 15 ref.
265. Glynn TJ. Essential elements of school-based smoking prevention
programs. J School Health 1989; 59, 181.
266. Walter H, Vaughan R, Wynder E, Primary prevention of cancer
among children: changes in cigarette smoking and diet after six years
of intervention. J Natl Cancer Inst 1989; 81: 995-9.
267. Barrueco M, Vicente M, Garavís JL, Blanco A, Rodríguez MC.
Prevención del tabaquismo en la escuela: resultados de un programa
realizado durante tres años. Arch Broncoeumol 1988; 34: 323-8.
268. De la Cruz Amorós E, Truells Hernández JV, Monferrer Fabrega R y
el Grupo de SEDET. Educación sanitaria como instrumento útil en la
disminución del consumo de tabaco en los adolescentes. Prev Tab
2001; 3: 5-12.
269. Ellickson PL, Bell RM, Mcguiran MS; Preventing adolescents drug
use; long term results of a junior high program. Am J. Public Heatlh
1993; 83: 856-61.

270. White D, Pitts M. Education young people about drugs; a systematic review. *Addiction* 1998, 93: 1475-1487.
271. Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol, cannabis. ¿Qué nos dicen los metaanálisis?. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 175-187.
272. Anexo II; Currículo de Educación Primaria. DOE nº50 3 mayo 2007.
273. DOE nº50 del 3 mayo 2007, pag 7849 y pag 7852.
274. Mac Luham. *El aula sin muros*. Ed Lara. Barcelona 1987.
275. Pérez Trullen A, Clemente Jiménez M^aL, Marrón Tundidor R. Intervención antitabáquica del médico en la escuela: dilema entre voluntariado versus gabinete técnico. *Prev Tab* 2001; 3(2): 86-93.
276. World Health Organization. *Legislative strategies for a smoke-free Europe*. Copenhagen.WHO.1987.
277. World Health Organization. *Tobacco Alert World no tobacco Day*. 1998.Special Issue. Europe.
278. Programa ITES (2002-2006). Programa de intervención sobre tabaquismo en enseñanza secundaria. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. Conserjería de Sanidad y Consumo.
279. Fuchs V. *Who shall live? Health economics and social choice*. New York. Basic Book 1974.
280. Cadavid Rodríguez BE, Fernández de Rota L, Linde F, Fernández C, Aguirre, Velasco JL, G de Luiz, Vidal M, Hidalgo San Juan MV. Tabaquismo en universitarios. *Neumosur* 2006; 18,1:30-56.

281. Gómez FJ, Iriarte L, Lafuente PJ, Oteiza O, Saenz G. Estudio de consumo de tabaco en una población escolar de Vitoria-Gastéiz. *Centro de Salud*.1994; junio 473-478.
282. Goicoechea JM, Panella J, Portella E, Características del tabaquismo en el medio escolar de Andorra. *Gac Sanit* 1992; 6: 122-127.
283. Pardell H, Saltó E, Salleras LL, Historia.del tabaquismo. En *Manual de diagnostico y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: ed: Panamericana.1996.
284. Norris JN, Aplicaciones de la epidemiología. Barcelona: Salvat editores 1985.
285. Pérez Trullen A, Ruiz C, Gómez R, Herrero I et al. Grado de conocimiento que tienen los adolescentes de las consecuencias del consumo de tabaco. Libro resumen de ponencias y comunicaciones (V Symposium internacional sobre enfermedad pulmonar obstructiva crónica) Barcelona.1996; p 164.
286. López López MJ. Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. *Psicología y Salud* 2003. Enero.
287. Glyn TJ, Anderson DM, Seward L Tobacco-use reduction among high risk youth: Recomendations of a National Cancer institute Expert Advisor Panel. *Prev Med* 1991; 20: 279-291.
288. Pitchenik AE. Cigarrete counter advertising for children. *N Engl J Med*1987; 316 (12): 755-756.
289. Marín D. Tabaco y adolescentes: Mas vale prevenir. *Med. Clin (Barc)* 1993; 100: 497-500.
290. Clemente MI. Estudio de la dependencia nicotínica en los escolares fumadores de Zaragoza. Tesis Doctoral 2000.Universidad de Zaragoza.

291. Villar Hoz, Viñas Poch Ferran, Caparrós, Perez. Dimensiones psicopatológicas asociadas al consumo de tabaco en población universitaria. *Anales De Psicología*, 2004; vol.20, nº 1, pag. 33-46.
292. Vega A, Mendoza R. El papel del educador ante el problema de las drogas. Madrid: Ed Pablo del Rio. 1980.
293. Rubio Calvo E. Hábitos y actitudes ante la droga de los jóvenes de Aragón. Zaragoza. Ed Servicio de publicaciones Universidad de Zaragoza.1997.
294. Steptoe A et als. An international comparison of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in University students from 23 countries. *Addiction* 2000; vol 97: 1561-1571.
295. Más Sánchez A. Estudio de tabaquismo en las Facultades de Medicina de España. Formación recibida en la Licenciatura de Medicina y actitudes respecto al tema. Facultad de Medicina de Zaragoza 2001.
296. Guillén Gil D. Evaluación de una intervención sobre tabaquismo en una Facultad de Medicina. Estudio comparativo entre dos universidades (Medicina y Veterinaria). Facultad de Medicina Zaragoza.2002.
297. Segade Buceta. Prevalencia y actitudes en relación al consumo de tabaco en estudiantes de enfermería de Galicia. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. 1998.
298. Mateos Caballero L, Antona Rodríguez MJ, Gutiérrez Lara JA, García de Vinuesa G, Rodríguez Blanco I, Gómez Vizcaíno MT, Márquez Pérez FL, Fuentes Otero FJ. Tabaquismo en los estudiantes de Medicina de Extremadura. *Neumosur* 2005; 17, 1: 89-122.
299. Sánchez Villegas A, Martínez MA, Ortega R, Adrián X, Guerra F. Resumen del consumo de tabaco en titulados universitarios. Proyecto

- SUN seguimiento Universidad de Navarra. Gaceta Sanitaria 2004; vol 18, nº 2, pag 108-117.
300. Universidad de Cantabria ,19 junio 2003.
301. De la Torre E, Estévez V, Martínez J. Hábitos de consumo y gastos de los estudiantes universitarios. Universidad Autónoma de Barcelona. 2006-2007.
302. Ventura MM, Delgado Mediano CM, Arias Mediano RM, Arias Mediano JL. Estudio epidemiológico del consumo de tabaco entre estudiantes de una residencia universitaria de Málaga. Universidad de Granada 2005.
303. García Salvera A, Pérez Trullen A, Rubio Aranda E, Herrero Labarga I, Gombáu Aznar E, Buil Tricas B. Prevalencia y conocimientos de tabaquismo en estudiantes de Ciencias de La salud, De la Educación y Estudios Sociales. Prev Tab 2007 Abril/Jun; vol 9, nº2.
304. Uribe Barreto, Frank Lizaraso, Puelles Valqui, Ramirez Chipana, et al. Prevalencia del tabaquismo en estudiantes universitarios. Diagnóstico 2001 Ene/Feb: vol 40, nº1.
305. Heath J, Kelley FJ, Andrews J, Crowell N, Corelli RL, Hudmon KS. Evaluation of a tobacco cessation curricular intervention among acute nurse practitioner faculty members. Am J Crit Care 2007 May; 16(3): 284-9.
306. Spiandorello WP, Filippini LZ, Dal Pizzol A, Kreische F. Evaluation of the limited participation by university students in a smoking cessation program. J Bras Pneumol 2007 Feb; 33(1): 69-75.
307. Jodati AR, Shakurie SK, Nazarri M, Raufie MB. Student's attitudes and practices towards drug and alcohol use at University of Medical Sciences. Am J Crit Care 2007 Jul; 13(4): 967-71.

308. Thrasher JF, Bentley ME. The meanings and context of smoking among Mexican university students. *Public Health Rep* 2006 Sep-oct; 121(5): 578-85.
309. Master Universitario en Prevención Tabaquismo. J Ayesta. Universidad de Cantabria
310. Master Universitario de tabaquismo. Universidad de Sevilla.
311. Perea Quesada R y otros. Educación para la Salud. Las materias transversales como criterio de calidad educativa. Proyecto Sur de Ediciones. Granada.1998
312. Nerín I, Crucelaegui I, Novella P, Ramón y Cajal P, Sobradie N, Gericó R. Encuesta sobre el tabaquismo en estudiantes universitarios en relación con el ejercicio físico. *Arch Bronconeumol* 2004; 40: 5-9
313. Mayayo Ulibarri, M. Papel de la enfermería en el control del tabaquismo. En Tratado de tabaquismo de Carlos A .2007, p 463-470.
314. Consumo de tabaco en estudiantes universitarios, conocimientos y actitudes. *Periódico de Aragón*. 1/6/2006.
315. Gómez J et als. Tabaquismo en estudiantes universitarios, factores de iniciación y consumo de tabaco. *Universia* 5/6/2006.
316. Alonso Sardón M. Epidemiología tabaquismo en estudiantes universitario de la Rioja. Universidad de la Rioja 2001-2007.
317. Henríquez P, Doreste JL. Hábito tabáquico. Prevalencia y actitudes en estudiantes de ciencias de la Salud. *Aten Primaria* 1996; 18(8): 436-41.
318. Stephoe A, Wardle J, Cui W, Barban A, Glass K, Pelzer K, et al. An international comparision of tobacco smoking, beliefs and risk

- awareness in university students from 23 countries. *Addiction* 2002; 97; 1561-71.
319. Alegre M, Gutiérrez A, Oliván V, Vara E, et al. Prevalencia de tabaquismo, conocimientos y valores del tabaquismo en estudiantes de medicina. *Anales Sis Navarra* 1999; 22; 2332-40.
320. Montero MA, Gómez CJ, Lopez JA, Linares E, Pinel MD, Maldonado JA. Estudio comparativo entre médicos y estudiantes de medicina. *Prev Tab* 2001; 3(4); 224-31.
321. Jossieran L, Raffin G, Dautzenberg B, Connaissance, opinios et consommation de tabac au serin d' une faculté de medicine francaise. *Press Med* 2003; 32(40);1875.
322. Patkar A, Hill K, Bartra V, Vergare MJ, Leone FT. A comparision of smoking habits among medical and nursing students. *Chest* 2003; 124, 1415-20.
323. IzquierdoM, Steen B, Linares MJ, García-Salmones M. Perfil tabáquico. Prevalencia y actitudes en estudiantes de enfermeria. *Rev Patol Respir* 2003; 6(2); 43-8.
324. Solano S, Florez S, Ramos L, Pérez E. Prevalencia y actitudes sobre tabaquismo en el Hospital de la Princesa. *Rev Del Comité de Prevención del tabaquismo SEPAR* 1994; 1: 14-23.
325. Simon Morton B, Crump AD, Haynie DL, Taylor KE. Pshicological , school and parents factors associated with smoking in university students. *Prev Med* 1999; 28; 138-148.
326. Grupo Universitario multicéntrico. Consumo de drogas en el medio universitario. *Med Clin (Barc)* 1980; 75; 317-26.

327. Bobes J et al. Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y drogas en estudiantes de la Universidad de Oviedo. *Rev San Hig Publ* 1985; 59: 381-94.
328. Sust M, Prat A. El tabaquismo en estudiantes de medicina. *Medicina Integral* 1988; 12; 375-9.
329. Perea R. Educación para la Salud. Un reto de nuestro tiempo *Revista Educación* 20, p: 15-35 UNED, 1999.
330. Nerín de la Puerta I. Evaluación de una intervención sobre tabaquismo en una Facultad de Medicina. Estudio comparativo entre los centros universitarios (Medicina-Veterinaria). Universidad de Zaragoza, 1999.2001.
331. Portillo Pérez de Viñaspre F. Análisis económico del comportamiento adictivo: aplicación a las percepciones de riesgos asociados al consumo de tabaco. Tesis Doctoral, 2001.UNED.
332. Tercedor P Martín, Matilla MP y otros. Incremento del consumo de tabaco y disminución del nivel de práctica de actividad física en jóvenes españoles. *Nutr. Hosp.* 2007; 22(1):89-94.
333. Delgado M, y otros. Estrategias de intervención en EPS desde la Educación Física. Barcelona: Inde, 2002, p.38-40.
334. Casimiro AJ. Educación para la Salud, actividad física y estilo de vida. Almería: Servicio de Publicaciones. Universidad de Almería, 2003
335. Nistal P y otros: Relación de la actividad física en el consumo de tabaco. *Arch. Medicina del Deporte* 2003; 20(97):397-403.
336. Guillén D, Nerín I y otros. Estudio de fiabilidad de una encuesta utilizada para valorar la prevalencia, los conocimientos y las actitudes sobre el tabaquismo en estudiantes de Medicina. *Arch. Bronconeumol* 2003; 39:159-166.

-
337. Alegre M, Gutiérrez A y otros. Prevalencia de Tabaquismo y valoración de los métodos de cesación tabáquica en estudiantes de Medicina. *Anales SIS Navarra* 1999; 22: 233-234.
338. Montero A, Gómez CJ, López JA y otros. Estudio comparativo sobre el consumo de tabaco entre estudiantes de Medicina. *Prev. Tab* 2001; 3:224-231.
339. Preciso J. La contribución de los programas de influencias psicosociales en el control de la epidemia tabaquica. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol* 2003; vol 15, n^o4, p. 369-378.
340. Reynales L, Vázquez J, Lazcano-Ponce E. Encuesta Mundial de tabaquismo en estudiantes de la Salud. México 2006. *Salud Publica de México* 2006; vol 49, n^o2, p 194-204.
341. Raydel Valdés MS, Micher M, Hernandez L, Tendencias del consumo de tabaco antre alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Nacional Autónoma México, 1989 a 1998. *Salud Pública Mex* 2001; vol 44, supl 1.
342. Prat Marín A y otros. Epidemiología del tabaquismo en estudiantes de Ciencias de la Salud. *Rev. De Salud Pública* 1994 abril; vol. 28, n^o 2.
343. Prochaska JJ, Teherani A, Hauer KE. Medical´s students use of the stages of change model in tobacco cessation counseling. *J Gen Intern Med* 2007; 22(2); 223-7.
344. Dalia D, Palmer RM, Wilson RF. Management of smoking univesities by specialist periodontist in the United Kingdom. *J Clin Periodont* 2007; 34(5): 416-22.
345. Fagan KA. Smoking cessation counseling practices of college university heathl care providers a theory based approach. *J Am Coll Health* 2007; 55 (6): 351-9.

346. Powe BD, Ross L, Cooper DL. Attitudes and beliefs about smoking among African-American college students at historically and universities. *J Natl Med Assoc* 2007; 99(4): 338-44.