Formación en Tabaquismo para Personal Educativo

GOBIERNO
de
CANTABRIA
CONSEJERÍA DE SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

FORMACIÓN EN TABAQUISMO PARA PERSONAL EDUCATIVO

Edita:

Gobierno de Cantabria
Dirección General de Salud Pública
Consejería de Sanidad

Autoras:

Sonia Álvarez Alonso
Blanca Mª Benito Fernández
Emma del Castillo Sedano
Mª Eugenia López Delgado
Leticia Viadero Cervera

Depósito Legal: SA - 493 - 2007

I.S.B.N.: 978 - 84 - 693-8843 - 3

Presentación

El consumo de tabaco es considerado por la Organización Mundial de la Salud como la principal causa prevenible de enfermedad y muerte prematura en los países desarrollados; es por ello que en los últimos años, desde distintos organismos, se está promoviendo una política multidisciplinar de intervención sobre el tabaquismo.

En la misma línea de actuación, desde el año 2004 el Gobierno de Cantabria ha impulsado el ordenamiento de las medidas preventivas relacionadas con el consumo de tabaco como la máxima prioridad de actuación, entendiendo que prevenir estos consumos no puede limitarse a la advertencia de los riesgos, sino que la prevención exige además apoyar el desarrollo de las personas y muy concretamente de la juventud, construyendo con ella habilidades para afrontar sus problemas, activar soluciones creativas a los mismos y facilitar su desarrollo integral como personas responsables, racionales, autocríticas y autónomas, es decir, no dependientes.

Esta tarea de prevención coincide casi exactamente con lo que es la tarea de la educación, hasta el punto de que no podemos prevenir sin educar y, aunque la educación no sólo se circunscribe a la escuela, sí que tiene en ella un lugar de expresión fundamental, siendo el profesorado el principal mediador.

Con esta convicción presentamos un material que pretende proporcionar a la comunidad educativa una serie de herramientas relacionadas con la prevención del tabaquismo, diseñadas desde la pretensión de su utilidad para el trabajo cotidiano en el aula. Es una iniciativa que nace con la vocación de facilitar al profesorado la progresiva transformación de la escuela en un espacio promotor de salud y calidad de vida.

Rosario Quintana Pantaleón
Consejera de Sanidad y Servicios Sociales

Índice

Tema 0.- Introducción

Tema 1.- Conceptos claves

Tema 2.- El tabaquismo como problema de salud pública
- 2.1. Historia
- 2.2. Epidemiología
  - 2.2.1. El tabaco en el mundo
  - 2.2.2. El tabaquismo en Europa
  - 2.2.3. El tabaco en España
  - 2.2.4. El tabaco en Cantabria
- 2.3. Fisiopatología del tabaquismo
  - 2.3.1. La nicotina
  - 2.3.2. Enfermedades derivadas del consumo de tabaco
  - 2.3.3. Patología derivada del tabaco según sexo
- 2.4. Beneficios de dejar de fumar
- 2.5. Tabaquismo pasivo o involuntario

Tema.3.- El proceso de aprender a fumar
- 3.1. Factores de predisposición
  - 3.1.1. De la familia, de los pares de iguales
  - 3.1.2. Personales
  - 3.1.3. Sociales: aceptación social del consumo
- 3.2. Características sociodemográficas
  - 3.2.1. Sexo
  - 3.2.2. Edad
  - 3.2.3. Clase social
  - 3.2.4. Ocupación
  - 3.2.5. Nivel de estudios
- 3.3. Disponibilidad
- 3.4. Bajo coste económico
- 3.5. Publicidad y presión social para el consumo
- 3.6. Factores cognitivos y de expectativa ante los cigarrillos
- 3.7. Carencia de estrategias adecuadas de afrontamiento y de control del peso corporal
- 3.8. Efectos psicológicos de los primeros cigarrillos.

Tema 4.- Mitos sobre el tabaquismo
- 4.1. Sobre el tabaco
- 4.2. El tabaco y la salud
- 4.3. Consumo de tabaco
- 4.4. Dejando de fumar
- 4.5. Tabaquismo involuntario
- 4.6. Control del tabaquismo

Tema 5.- Papel del personal educativo, ¿es este mi problema?
- 5.1. ¿Es este mi problema?
- 5.2. ¿Cuándo?
- 5.3. ¿Quién?
- 5.4. Prevención escolar
  - 5.4.1. Características de la información sobre drogas en general y sobre tabaco en particular
  - 5.4.2. Componentes de un programa de prevención en drogodependencias
  - 5.4.3. Elementos más importante que deben estar presentes en un buen programa preventivo para el consumo de tabaco
- 5.5. Factores de riesgo y protección
- 5.6. Cómo podemos trabajar desde la escuela con las familias

Tema 6.- Herramientas útiles para el trabajo preventivo con población escolar
- 6.1. El clima escolar
- 6.2. Prevención desde la escuela
- 6.3. Cómo prevenir: informar no es educar
- 6.4. Trabajar el tema de las drogas en clase. Técnicas de prevención
  - 6.4.1. ¿Qué técnicas se pueden utilizar para la prevención del tabaquismo
- 6.5. Prevención por etapas
  - 6.5.1. De 5 a 8 años
  - 6.5.2. De 9 a 14 años
  - 6.5.3. De 15 a 18 años

Bibliografía

Direcciones web de interés

Anexo 1: Programas de prevención escolar en Cantabria

T.O.

Introducción

El tabaquismo es la primera causa de muerte prevenible en el mundo. Es un grave problema de Salud Pública, con un elevado coste en muertes prematuras, enfermedades evitables y sufrimiento innecesario.

En Cantabria, según la Encuesta Sobre Drogas realizada en población escolar de 14 a 18 años en 2004, el alumnado comienza a fumar cada vez a edades más tempranas, a los 13 años de media.

Además, el 90% de las personas que fuman empezaron a hacerlo antes de los 18 años y más del 60% de quienes fuman han probado el tabaco antes de los 15 años.

En 2004 la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales elabora el *Plan de Prevención y Control del Tabaquismo del Gobierno de Cantabria*, cuyos objetivos generales son disminuir la prevalencia de tabaquismo de la Comunidad y proteger a la población del aire contaminado por humo de tabaco (ACHT).

Dada la importancia de la prevención en la escuela para conseguir disminuir los efectos devastadores que produce esta droga, dentro del Plan se incluye, como uno de sus objetivos prioritarios, retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco, ya que diversos estudios han demostrado que si se retrasa la edad de inicio, las probabilidades de que se comience a consumir son menores, disminuyendo así el porcentaje de población consumidora. Para conseguir este objetivo, se debe educar y sensibilizar tanto a niños y niñas como a las personas con las que se relacionan.

El personal educativo es uno de los principales referentes de conducta para la infancia y la adolescencia; es responsable de su formación y, junto con la familia y la sociedad, copartícipe de su educación. Por lo tanto, su forma-

ción es fundamental para garantizar la eficacia de cualquier tarea preventiva.

Los objetivos de este material, en consonancia con el Plan de Prevención y Control del Tabaquismo, son, por una parte, *sensibilizar y formar sobre tabaquismo activo e involuntario al personal educativo* aportando información veraz y científica necesaria para proporcionar ideas, estrategias y habilidades de cara al trabajo diario; y por otra, *potenciar la prevención del consumo de tabaco en la escuela,* incluyendo la enseñanza de habilidades y recursos personales para rechazar la oferta de drogas en general, para no ceder a la presión grupal, para reforzar su autoestima y para fomentar alternativas de ocio y tiempo libre. En resumen, para mejorar su formación integral y su calidad de vida.

T.1.

Conceptos claves

Es fundamental comenzar este manual aclarando los conceptos básicos que permitirán saber exactamente de qué se habla en cada momento. Aunque la información por sí sola no sea suficiente, es indispensable.

- ***TABAQUISMO:*** enfermedad adictiva crónica producida por el consumo de tabaco que causa más de 54.000 muertes al año en España.
- ***TABAQUISMO PASIVO O INVOLUNTARIO:*** exposición involuntaria al humo de tabaco. El humo ambiental de tabaco es una mezcla del humo exhalado por las personas que fuman y del humo proveniente directamente de la combustión del tabaco. Este humo contiene tanto nicotina como diferentes elementos carcinógenos y toxinas.
- ***TABACO:*** producto procedente de una planta tropical del género de las solanáceas llamada Nicotiana Tabacum, con alto contenido de un alcaloide (nicotina) que tiene efectos cardiovasculares y sobre el sistema nervioso, responsable de la dependencia.
- ***DROGA:*** según la Organización Mundial de la Salud, es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, puede alterar de algún modo el sistema nervioso central y es además susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.
- ***DEPENDENCIA:*** pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes (Organización Mundial de la Salud). La mayor parte de las personas fumadoras son dependientes de la nicotina, sólo un 5% de ellas no lo son. La realidad es que además de la nicotina existen procesos de aprendizaje que condicionan la

conducta de fumar de tal forma que la persona no es libre para decidir si fuma o no. Los deseos de consumir suelen ser habitualmente desencadenados por la presencia de estímulos, originalmente neutros, que por condicionamiento clásico se asocian al consumo. Estos estímulos pueden ser externos (descolgar el teléfono, esperar el autobús, leer el periódico) o internos (sentirse triste, tener hambre, enfadarse) y no están relacionados con las propiedades farmacológicas de la sustancia.

Las características principales de una dependencia son dos:

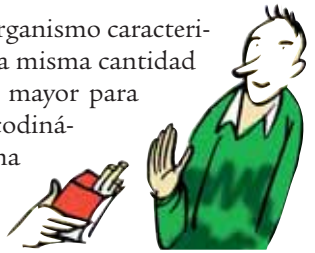
- Administración repetida de la sustancia problema.
- Consumo por encima del deseado.

En la mayoría de las personas que fuman se reconocen estas dos características: se autoadministran nicotina durante todo el día, a veces también durante la noche, para conseguir unos niveles mínimos y manifiestan fumar más de lo que les gustaría e incluso no disfrutan de muchos cigarrillos que fuman "por inercia".

- ***SÍNDROME DE ABSTINENCIA:*** conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o cuando la cantidad consumida es insuficiente. Dentro del síndrome de abstinencia a la nicotina podemos agrupar los principales síntomas en dos categorías:
  - Relacionados con estados de ánimo:
    - Irritabilidad.
    - Nerviosismo, impaciencia.
    - Ansiedad.
    - Tristeza.
    - Dificultad de concentración.
  - Relacionados con otra sintomatología orgánica:
    - Estreñimiento.
    - Trastornos del sueño.
    - Cansancio.
    - Irritación de garganta.

- Dolor de cabeza.
- Aumento del apetito.

- ***TOLERANCIA:*** estado de adaptación del organismo caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico. Debido a este mecanismo, la persona necesita aumentar paulatinamente la cantidad de nicotina para conseguir los mismos efectos.



T.2.

El tabaquismo como problema de salud pública

El tabaco es, de todas las drogas, la que produce el mayor daño sanitario, con gran repercusión en cuanto a morbilidad pero también en mortalidad. Sus efectos nocivos han sido oficialmente advertidos desde hace más de 35 años mediante el informe del *Royal College* inglés de 1962 y el del *Surgeon General* de los EE.UU. de 1964. En la actualidad, más de 70.000 estudios y numerosos informes han puesto en evidencia los efectos nocivos que el tabaco tiene para la salud y establecen la asociación entre su consumo y la elevada morbi-mortalidad para la población.

El tabaco es la primera causa de muerte prevenible en el mundo. Problemas tan importantes como el SIDA o los accidentes de tráfico no llegan a la cuarta parte de la morbi-mortalidad producida por el tabaco y, sin embargo, existe una relativa y curiosa indiferencia o permisividad al respecto por parte de amplios sectores de la población e incluso por profesionales sanitarios.

En un extenso informe de Peto y colaboradores de 1993 sobre la mortalidad en los países desarrollados durante el periodo 1950-2000 se estimaba que, al menos, 50 millones de muertes en hombres y 10 millones en mujeres podrían ser atribuidas al consumo de tabaco en mayores de 35 años.

Se ha estimado que los cigarrillos son responsables de alrededor del 30% de todos los fallecimientos por cáncer, del 20% de muertes por enfermedades coronarias y accidentes cerebrovasculares y de más del 80% de los casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Según la OMS, el tabaquismo en la actualidad es responsable de la muerte de una de cada diez personas adultas en todo el mundo (4,9 millo-

nes de personas cada año). Si continúan los patrones actuales de consumo, se producirán 10 millones de muertes cada año hacia el 2020. La mitad de la gente que fuma hoy en día morirá a causa del tabaco (cerca de 650 millones de personas).

En España en el año 2001 se produjeron 54.233 muertes atribuibles al tabaco, lo que supone el 15,5% de todas las muertes ocurridas en personas de 35 y más años de edad. Estas cifras suponen el 27,1% de todas las muertes ocurridas en varones y el 9% en mujeres. Dos tercios son muertes por 4 causas: cáncer de pulmón, EPOC, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular. Una cuarta parte de las muertes atribuibles son muertes prematuras, ocurridas antes de los 65 años.

Según un estudio realizado en el año 2001 por la Universidad Pompeu Fabra, en España los costes sanitarios directos generados por el consumo de tabaco en seis enfermedades (cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y bajo peso al nacer) se estimaron, ese año, entre 437.000 y 604.000 millones de pesetas (según las distintas fracciones atribuibles al consumo de tabaco en las enfermedades estudiadas).

2.1.- Historia

Tanto la *Nicotiana rustica* como la *Nicotiana tabacum* (variedad consumida en la actualidad) son originarias de América y se calcula que los primeros cultivos tuvieron lugar entre cinco mil y tres mil años a. C. Se han encontrado restos arqueológicos que revelan que el uso del tabaco en la América prehistórica se extendía por todo el continente.

El contexto social del consumo de tabaco en América era principalmente ceremonial y religioso. La población indígena usaba tabaco como medicina, como alucinógeno en ceremonias religiosas y como ofrenda a los espíritus que adoraban. Se cree que mascar

y beber tabaco son los métodos más antiguos de consumo de tabaco mientras que fumar es el método más frecuente en la actualidad.

Su introducción en Europa se produjo a raíz del descubrimiento de América en 1492. Fue Cristóbal Colón quien, al regresar de su primer viaje al Nuevo Mundo, introdujo en Europa las hojas y semillas de tabaco provenientes del Caribe.

La primera referencia escrita del tabaco es en la *Historia General y Natural de las Indias* de Gonzalo Fernández de Oviedo en 1535.

Los marineros portugueses y españoles llevaron el tabaco en sus viajes a través de los siete mares. Primero a África del Norte y después al Lejano Oriente, a las Filipinas, India, y finalmente a China y Japón.

A diferencia de la población indígena que consumía el tabaco durante las ceremonias religiosas, en Europa se desarrolló una cultura de tabaco basada en el comercio y el consumo por placer.

Fray Bartolomé de las Casas, en 1566, relata por primera vez la dependencia del tabaco:

"Españoles cognoscí yo que lo acostumbraban a tomar que, reprendidos por ello diciéndoles que aquello era vicio, respondían que no era en su mano dejarlo de tomar".

El concepto de adicción era todavía desconocido en Europa. La obsesión o indulgencia con una actividad se consideraba simplemente un pecado.

Como cualquier otra moda, el tabaco fue ganando aceptación entre la aristocracia europea. El embajador de Francia en Portugal, Jean Nicot de Villemain, escribió acerca de las propiedades medicinales del tabaco, describiéndolo como panacea, y envió rapé a Catalina de Medici, reina de Francia, para tratar las jaquecas de su hijo. Rápidamente, el tabaco se hizo muy popular en la corte. Más adelante se usó el nombre nicotina (sustancia responsable de la adicción al tabaco) en referencia a Nicot.

A lo largo del siglo XVII, el tabaco se extendió como una plaga.

En España, en 1636 la monarquía española fundó Tabacalera, la primera compañía tabaquera del mundo, e instauró las tiendas estatales de tabaco, llamadas estancos. En 1687, durante el reinado de Carlos II, se fundó la nueva fábrica de Sevilla que en 1702 tuvo una producción de 1.100.000 libras españolas de rapé. Desde el siglo XVII la Real Fábrica de Sevilla amplió su producción de rapé a tres tipos de cigarro y una nueva

variedad llamada "picadura", es decir, tabaco picado, respondiendo a un cambio en los hábitos de consumo que se estaba produciendo por influencia de las colonias, fumando en lugar de aspirar rapé.

El consumo de cigarrillos se extendió a finales del siglo XIX debido a los siguientes factores: el desarrollo de las máquinas enrolladoras que al producir grandes cantidades de cigarrillos redujeron los precios, la comercialización masiva, la invención de los fósforos y el transporte que permitió la distribución nacional y un amplio acceso.

Los tiempos de guerra han sido testigos de un aumento en el consumo de cigarrillos. La comercialización y distribución gratuita de cigarrillos al personal militar fue importante durante las dos Guerras Mundiales. Un 80% de la población militar en esa época fumó en algún momento de su vida. El consumo de cigarrillos llegó a estar tan extendido que formaba parte de la ración de los soldados en los diversos conflictos bélicos de los últimos ciento veinte años. Los pocos soldados que no fumaban utilizaban el tabaco para realizar operaciones de trueque y venta. El consumo en esta época también aumentó notablemente entre la sociedad civil.

Durante la I Guerra Mundial, la incorporación de la mujer a trabajos que hasta entonces no había desempeñado le acostumbró a la independencia económica. Este hecho, junto con la llegada del sufragio femenino y cambios sociales que aceptaban la liberalización de los comportamientos de las mujeres, aumentó el consumo de cigarrillos entre la población femenina. A principios de la década de 1920, la población femenina se convirtió en el blanco de las compañías productoras de cigarrillos, apareciendo las primeras marcas dirigidas exclusivamente a mujeres.

Por tanto, hasta principios del siglo XX la producción de tabaco era muy limitada y el acto de fumar era más un rito que una dependencia. Tras la producción masiva de cigarrillos manufacturados con tabaco más refinado y la promoción que significó la incorporación del tabaco al rancho de los combatientes en la I Guerra Mundial, su uso se extendió en los 20 años siguientes por toda Europa. Únicamente hicieron falta otros 20 años (llega-

mos a la década de los 50) para que comenzaran a aumentar todas las enfermedades derivadas de su consumo. La producción masiva de cigarrillos, su fácil acceso y la falta de legislación ayudaron a promover el consumo, que sufrió un aumento espectacular durante el siglo XX. Diversas estrategias de comercialización y publicidad, originadas en los EE.UU., ayudaron a expandir la venta de cigarrillos en los mercados extranjeros. Marlboro es probablemente el mejor ejemplo de esto ya que ha sido el cigarrillo de mayor venta en el mundo desde 1972.

En nuestro país, Tabacalera, que fue estatal desde su creación, se privatizó en 1998. En 1999 se crea el grupo Altadis, producto de la fusión de la compañía francesa SEITA y Tabacalera.

Por otro lado, ya desde 1604 existen iniciativas para controlar el consumo de tabaco aunque no fue hasta fines de la década de 1950 y comienzos de la década de 1960 que la creciente evidencia de los efectos del consumo de cigarrillos sobre la salud recibió una revisión formal y una evaluación de varios comités gubernamentales.En 1957 la Dirección General de Salud Pública de Estados Unidos publicó un *"Informe de un estudio de grupo sobre tabaco y salud"*, adoptando por primera vez una postura oficial sobre el asunto. El mismo año, el Consejo de Investigación Médica de Gran Bretaña publicó *"El tabaco y el cáncer de pulmón"*. El informe del *Royal College of Physicians* de 1962 recibió una gran publicidad. Sus principales recomendaciones fueron: restricciones sobre la publicidad del tabaco; aumento en los impuestos a los cigarrillos; más restricciones a la venta de cigarrillos a niños y niñas y al consumo de tabaco en lugares públicos; más información acerca de los contenidos de alquitrán y nicotina de los cigarrillos. Por primera vez en una década, cayó la venta de cigarrillos. Desde aquellos primeros informes, tanto los estudios científicos como las medidas encaminadas al control del consumo de tabaco se han ido incrementando.

Se puede deducir que aunque la humanidad probablemente haya consumido tabaco desde sus orígenes, nunca lo ha hecho con la misma intensidad y profusión que en los últimos años, por lo que nunca ha sufrido, como en las últimas décadas, sus efectos nocivos.

2.2.- Epidemiología

2.2.1.- Tabaquismo en el mundo

Según la OMS, un tercio de la población mundial de más de 15 años fuma, por lo que se puede calcular que existen en el mundo más de 1.100 millones de personas que fuman. De estos, 800 millones pertenecen a los países en desarrollo, estimándose que en el año 2.025 fumarán más de 1.600 millones. En los países desarrollados fuma el 42% de los hombres y el 24% de las mujeres, mientras en los países en desarrollo lo hacen el 48% de los hombres y el 7% de las mujeres. Según un informe del Banco Mundial, el 74% de todos los cigarrillos se consumen en los países con ingresos medios y bajos. Globalmente las mayores prevalencias de consumo se alcanzan en Europa y Asia central, mientras que las más bajas se encuentran en el África subsahariana. Tanto para varones, como para mujeres, el segmento de edad en la que fuma una mayor proporción es el comprendido entre los 30 y 49 años.

Además de la relación demostrada científicamente entre el consumo del tabaco y gran número de enfermedades, existe una relación menos conocida entre el consumo del tabaco y la pobreza. Las personas más pobres tienden a consumir más tabaco, a la vez que el consumo del tabaco tiende a contribuir a la pobreza de gentes y países.

El 84% de quienes fuman viven en países en desarrollo. Mientras que los países ricos adoptan medidas cada vez más restrictivas para el control del tabaquismo y existe una mayor concienciación dentro de la población -factores que están consiguiendo un descenso en su consumo- en los países pobres, por el contrario, la epidemia se está extendiendo cada vez con mayor intensidad. En estos países la industria tabaquera prácticamente no tiene ningún obstáculo para seguir incrementando el número de consumidores y consumidoras que pueda sustituir a los que fallecen prematuramente por su uso y a los que dejan de fumar. Es necesario recordar que los recursos que se gastan en esta droga no pueden ser usados en necesidades básicas como la alimentación, la educación o la sanidad.

Pero no sólo aumenta la pobreza al disminuir los escasos recursos para la adquisición de otros bienes, sino también por el aumento en el riesgo de enfermedades o muerte prematura de personas de cuyo trabajo depende el sostenimiento económico de la familia.

Hoy se conoce que la industria tabaquera no crea riqueza para los paí-

ses productores o fabricantes de cigarrillos, dado que la producción industrial de este producto está cada vez más mecanizada y crea pocos puestos de trabajo.

2.2.2.- Tabaquismo en Europa

De las más de 500.000 muertes anuales debidas al consumo de tabaco en Europa, la mitad corresponde a personas menores de 70 años.

En la actualidad, tres de cada diez habitantes de Europa fuman cigarrillos a diario.

Se encuentran marcadas diferencias entre los estados, con prevalencias muy elevadas en los países de la Europa del Este, mientras que en Europa Occidental y países nórdicos se observa una reducción progresiva del consumo en los últimos años. La prevalencia sigue siendo mayor en hombres que en mujeres en todos los países, a excepción de Suecia, donde el consumo es relativamente bajo en ambos sexos y algo mayor en mujeres. Dentro de Europa Occidental, las mayores proporciones de personas que fuman siguen encontrándose en los países mediterráneos.

La tendencia muestra un descenso de fumadores varones y un aumento de fumadoras sobre todo jóvenes, del sur y el este de Europa.

2.2.3.- Tabaquismo en España

En España, según los últimos datos publicados de la Encuesta Nacional de Salud (2005), el 32,8% de la población mayor de 15 años fuma diariamente. Comparando con la Encuesta Nacional de Salud de 2003, en la que la prevalencia fue del 37,1%, se observa un descenso del consumo.

Los patrones de consumo son diferentes según sexo y edad. La prevalencia máxima de consumo diario de tabaco se encuentra en el grupo de edad de 35 a 44 años (38%) y la mínima entre los de 55 a 64 años (19,4%). Los hombres fuman más “a diario” (37%) que las mujeres (28,6%). Por Comunidades Autónomas, ninguna supera significativamente la media nacional.

En relación a la edad de inicio del tabaquismo en España, parece mostrar una tendencia a la disminución según la Encuesta del Plan Nacional sobre Drogas en Población Escolar, pasando de 13,9 años en 1994 a 13,2 años en la del año 2004, siendo muy similar en ambos sexos. Según estas

encuestas la proporción de estudiantes de 14 a 18 años que había fumado diariamente en los últimos 30 días fue de un 21,5% (18,4% entre los hombres y 24,1% entre las mujeres).

El número de cigarrillos consumidos diariamente fue de 7,7, siendo el consumo más elevado en hombres que en mujeres y en población de 18 años mayor que en la de 14.

2.2.4.- Tabaquismo en Cantabria

Según datos recogidos en la Encuesta Domiciliaria de Cantabria 2005, el 73,1% de la población de Cantabria de 15 a 64 años ha probado en alguna ocasión el tabaco, porcentaje muy superior al obtenido en la encuesta realizada en el año 2003 (64,3%), y similar al registrado en el año 1997 (77,5%).

El 42% de la población analizada ha consumido tabaco durante el último año; un 38,9% lo ha hecho a lo largo del último mes y cerca de la tercera parte (34,7%) ha fumado diariamente durante este periodo.

FIGURA 1: EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN CANTABRIA. Encuesta Domiciliaria de Cantabria 2005.

INDICADORES	1997	1999	2001	2003	2005
	P.G (%)				
Alguna vez	77,5	67,9	67,8	64,3	73,1
Último año	45,7	45,7	43,5	43,9	42,0
Último mes	42,2	41,6	39,1	40,6	38,9
Diario en el último mes	35,5	31,3	34,4	35,9	34,7
Nunca	22,5	32,8	32,2	35,7	26,9

El consumo “a diario” es superior entre hombres (36,5%) que entre mujeres (32,8%), mientras que en relación a la edad la prevalencia es más elevada entre la población cántabra de 25 a 29 años (40,1%) y menor entre la juventud de 15 a 19 (16%).

Los hombres se inician en el consumo antes que las mujeres, la edad media en que estos fumaron por primera vez es de 15,9 años, frente a los 16,3 en las mujeres.

Las nuevas generaciones (jóvenes de 15 a 19 años) han adelantado su inicio en el consumo de tabaco (14,2), mientras que la población de 20 a 24 años comenzó, de media, un año más tarde (15,1) y más de dos (16,6) entre los que tienen de 40 a 64 años.

Por otra parte, el número de ex-consumidores y ex-consumidoras de tabaco está creciendo. Un 31,1% de la población de Cantabria entre 15 y 65 años afirma llevar más de un año sin fumar un cigarrillo u otro tipo de tabaco, lo que representa 12,5 puntos porcentuales más que en 2003 (18,6%).

Un 3,1% lleva más de un mes pero menos de un año sin fumar (3,3% en el 2003).

Entre quienes llevan sin fumar más de un mes pero menos de doce destacan las mujeres (3,3%), y quienes tienen entre 30 y 34 años (9%).

Igualmente, la proporción de personas que dejaron de fumar hace más de un año aumenta entre los hombres (32,6%) y la población de mayor edad (el 35,4% de los que tienen entre 40 y 64 años).

2.3.- Fisiopatología del tabaquismo

El tabaco puede usarse sin combustión (rapé, tabaco para mascar) o con combustión (cigarrillo, pipa, puro). El tabaco sin combustión, aunque no ha dejado de utilizarse totalmente, se consume de forma minoritaria, si bien no se puede descartar que vuelva a cobrar auge con la implantación de limitaciones para fumar, debido a que proporciona nicotina sin producir humo.

Actualmente el consumo de tabaco se realiza de forma mayoritaria mediante la inhalación de la combustión de sus productos. Cuando la persona fumadora inhala el humo la parte incandescente del cigarrillo alcanza temperaturas cercanas a los 1.000°C, disminuyendo progresivamente hasta

la boquilla del filtro. Esta temperatura transforma numerosos componentes originales del tabaco y genera complejas reacciones químicas que dificultan la identificación de todas las sustancias que se generan en el proceso de fumar. Se reconocen cerca de 5.000 elementos químicos en las distintas fases (gaseosa y sólida o de partícula) del humo del tabaco y la concentración de los componentes puede variar dependiendo del tipo de corriente, directa o indirecta:

- **Corriente principal o directa:** la generada por la aspiración y que es inhalada al efectuar la maniobra para fumar, es el humo que pasa a la boca y llega directamente al aparato respiratorio de quien fuma. Cuando se exhala el humo del tabaco previamente inhalado hablamos de humo exhalado, cuya composición resulta diferente de la que presenta la corriente principal y depende de la forma de fumar.

- **Corriente secundaria o lateral o indirecta:** la que se desprende directamente desde el cigarrillo en combustión (humo de segunda mano) y es la que inhalan las personas fumadoras pasivas. Produce el 66-90 % del humo del cigarrillo. Cuanto más incompleta es la combustión, mayor cantidad de componentes tóxicos produce, por lo que la corriente secundaria puede resultar más peligrosa que la corriente principal.

El humo ambiental de tabaco que respiran quienes no fuman al compartir espacios cerrados con quienes fuman, está constituido por el humo de la corriente secundaria y el humo de la corriente principal tras ser exhalado por la persona fumadora. Ésta también inhala gran cantidad de humo de la corriente secundaria, pues tiene el cigarrillo más cerca y durante más tiempo.

De las 5000 sustancias químicas detectadas en el humo del tabaco, al menos 60 resultan muy perjudiciales para la salud y más de 40 se sabe que son cancerígenos.

En los cigarrillos se estima que existen unos 700 aditivos, de los cuales trece no están permitidos en los alimentos por la FDA (Agencia de medicamentos y alimentos de los Estados Unidos). Cinco de ellos son considerados peligrosos, mientras que la mayoría de los restantes no han sido científicamente investigados.

Otros agentes forman parte integrante de la hoja y se transforman en más tóxicos durante la combustión, por ejemplo emitiendo un isótopo radiactivo como el polonio 210, con lo que se calcula que una persona

fumadora media irradia sus bronquios con una dosis acumulada de 8 a 9 rads en el transcurso de un año, lo que equivale a unas cien radiografías.

A continuación vemos algunos componentes del tabaco y algunos de los productos que contienen las mismas sustancias tóxicas que el cigarrillo.

- **Amoníaco:** Limpiacristales.
- **Fósforo:** Matarratas.
- **Xileno:** Rotuladores.
- **Cadmio:** Pilas.
- **Arsénico:** Matahormigas.
- **Plomo:** Tinte de pelo.
- **Propilenglicol:** Anticongelante para coches.
- **Acetona:** Quitaesmaltes.
- **Butano:** Mecheros.
- **Turpentina:** Aguarrás.
- **Metopreno:** Matapulgas.
- **Formaldehído:** Conservador de cadáveres.
- **Cianuro de hidrógeno:** Veneno utilizado en las cámaras de gas.
- **Monóxido de carbono:** Humo del tubo de escape de los coches.

2.3.1.- La nicotina

Es la sustancia responsable de la adicción. Es un alcaloide con acciones sobre el sistema nervioso central. Los pulmones absorben hasta el 90 % de la nicotina que les llega cuando se da una calada al cigarrillo. El ambiente alcalino facilita su absorción a través de las mucosas y se ha demostrado cómo las compañías de tabaco han añadido compuestos químicos derivados del amoníaco de forma artificial para aumentar el pH y, por tanto, incrementar la absorción de la nicotina presente en los cigarrillos, lo que incrementa el grado de adicción.

Desde la década de los 80 ha sido reconocido que la nicotina es la sustancia con mayor poder adictivo y letal de todas aquellas que son capaces de generar dependencia. La nicotina reúne todos los criterios de una droga capaz de producir dependencia y todos los diferentes productos derivados del tabaco liberan nicotina a unos niveles suficientes para generar adicción.

Cuando la nicotina se absorbe a través del pulmón, se detecta en el cerebro en menos de 10 segundos. En esta rapidez de absorción radica en gran parte su potencial de generar adicción.

Cada cigarrillo es básicamente un sistema de administración de aproximadamente 10 mg de nicotina, de los cuales entre el 1 y el 2% llega a los pulmones. Una vez alcanza el pulmón, la nicotina cruza fácilmente la barrera hematoencefálica y sigue su camino de distribución por los diferentes tejidos y órganos, de esta manera puede afectar a todos los aparatos y sistemas del cuerpo humano.

- ***Sistema Nervioso Central*** - La nicotina provoca efectos estimulantes, quien fuma se siente más alerta y despejado, más activo y menos cansado. A la vez, se siente más relajado y menos irritable. Durante la abstinencia, se observan cambios contrarios que revierten con la administración de nicotina.

  La nicotina también mejora algunas funciones cognitivas, como la capacidad de concentración y la memoria.

  También se han imputado a la nicotina efectos sobre el estado de ánimo. Algunas personas fumadoras manifiestan que fumar les mejora su estado melancólico y otros trastornos emotivos.

- ***Efectos cardiovasculares*** - El tabaco incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular incluyendo la cardiopatía isquémica, ictus, enfermedad vascular periférica y aneurisma aórtico. A la inversa, cuando se abandona el tabaco el incremento del riesgo declina gradualmente.

  La nicotina favorece la aparición de arritmias, aumenta la tensión arterial y la vasoconstricción periférica, dando lugar a frialdad y palidez de la piel. El fumar se asocia también con elevación de ácidos grasos libres, colesterol total, LDL-colesterol y con disminución de HDL-colesterol, con aumento de la actividad plaquetaria que junto con la hiperviscosidad y la lesión de la pared vascular facilita la aparición de arterioesclerosis y trombos.

- ***Efectos gastrointestinales*** - La nicotina estimula la secreción gástrica y reduce la síntesis de insulina. Puede provocar hipersalivación y vómitos y acelera el peristaltismo intestinal.

- ***Efectos neuroendocrinos*** - Al activarse los receptores nicotínicos en el cerebro, se incrementa la liberación de diversos neurotransmisores. La liberación de éstos ha sido relacionada con el "refuerzo positivo" derivado de los efectos de la nicotina. Por ejemplo, el incremento de la liberación de dopamina, noradrenalina y serotonina puede estar asociado a sensaciones placenteras y a la supresión del apetito, lo que a la larga puede contribuir a disminuir el peso corporal. La liberación de acetilcolina puede estar asociada con el mejor rendimiento y mejor adaptación y resolución de los asuntos cotidianos, así como aumento de memoria. La liberación de beta-endorfinas puede estar asociada con reducción del nerviosismo y la ansiedad.

  La nicotina eleva hormonas como la ACTH, prolactina y hormona del crecimiento. Además están aumentados los niveles de glucosa, cortisol y vasopresina. Los efectos antiestrogénicos pueden adelantar la menopausia en 2 ó 3 años en las mujeres fumadoras.

- ***Efectos sobre el metabolismo*** - Quienes fuman pesan de 2 a 4 Kgs menos de media que quienes no fuman. Al dejar de fumar se puede recuperar esa cantidad.

- ***Efectos sobre el embarazo*** - El consumo de tabaco de la madre embarazada puede provocar partos prematuros, abortos, embarazos ectópicos, placenta previa, desprendimiento prematuro de membranas, bajo peso al nacer (unos 200 g) y muerte súbita del lactante. La vasoconstricción de los vasos placentarios, junto con la concentración de monóxido de carbono en la sangre, condiciona que el aporte de oxígeno al feto sea más escaso.

2.3.2.- .- Enfermedades derivadas del consumo de tabaco

La mayor parte de quienes fuman temen especialmente al cáncer de pulmón. Aunque este cáncer contribuye notablemente a la mortalidad producida por el tabaco, no es el responsable del mayor número de muertes atribuibles al tabaquismo, sino que lo son las enfermedades cardiovasculares que no suelen ser tan temidas.

En líneas generales, las muertes atribuibles al consumo de tabaco pueden esquemáticamente dividirse en: un 40% producidas por las enfermedades cardiovasculares; un 30% por cánceres (sobre todo de pulmón); un 20% por las enfermedades pulmonares (sobre todo EPOC) y el 10% restante por otras causas, accidentes o enfermedades.

Entre las enfermedades cardiovasculares asociadas con el consumo de tabaco se encuentran:

- Cardiopatía isquémica: quienes fuman tienen aproximadamente el doble de probabilidades de padecer cardiopatía isquémica que quienes no fuman. El 30% de las muertes por enfermedad coronaria se atribuyen al tabaco.
- Enfermedad cerebrovascular: el riesgo de padecer estos procesos es un 50% mayor en las personas fumadoras. En el caso de quienes son hipertensos el riesgo es un 1000% mayor.
- Enfermedad arterial periférica, fruto de la arteriosclerosis de las zonas más distales del organismo.

Según un estudio realizado por Ball en 1981, el riesgo relativo de desarrollar algunas enfermedades cardiovasculares se detalla a continuación en la figura 2:

FIGURA 2: RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES CAUSADAS POR EL TABAQUISMO (Ball K, 1981).

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	RIESGO RELATIVO (OR)
Enfermedad vascular periférica	6-8
Aneurisma aórtico	4-5
Enfermedad coronaria	1,3-2,4
Infarto cerebral	1,7-2,2
Hemorragia subaracnoidea	3,7-5,7
Hipertensión arterial maligna	4-5

Enfermedades para las que se ha establecido firmemente una **asociación causal directa** y en las cuales **fumar es el principal factor responsable** del exceso de mortalidad:

- Cáncer de pulmón.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Enfermedad vascular periférica.
- Cáncer de laringe.
- Cáncer de la cavidad oral (faringe).
- Cáncer de esófago.

Enfermedades para las que se ha establecido firmemente una **asociación causal directa** y en las cuales **fumar es uno de los factores responsables** del exceso de mortalidad:

- Accidente cerebro-vascular.
- Enfermedad coronaria.
- Cáncer de vejiga.
- Cáncer de riñón.
- Cáncer de páncreas.
- Aneurisma aórtico.
- Mortalidad perinatal.

Enfermedades en las que epidemiológicamente se observa un **mayor riesgo**, pero en las que la **naturaleza exacta de la asociación no está establecida**:

- Cáncer de cuello uterino.
- Cáncer de estómago.
- Úlcera gástrica y duodenal.
- Neumonía.
- Cáncer de hígado.
- Síndrome de muerte súbita del lactante.
- Depresión.

Un gran número de enfermedades tumorales están asociadas con el tabaquismo. En muchos casos el tabaco es la causa; en otros sólo se sabe que estos cánceres son más frecuentes en quienes fuman, aunque no se sabe por qué. Los más importantes de estos cánceres son los de pulmón, laringe, labio, boca y faringe, esófago, estómago, riñón, vejiga (figura 3 y figura 4).

FIGURA 3: RIESGO RELATIVO DE MORTALIDAD POR CÁNCER EN PERSONAS QUE FUMAN (Cortijo, 2004).

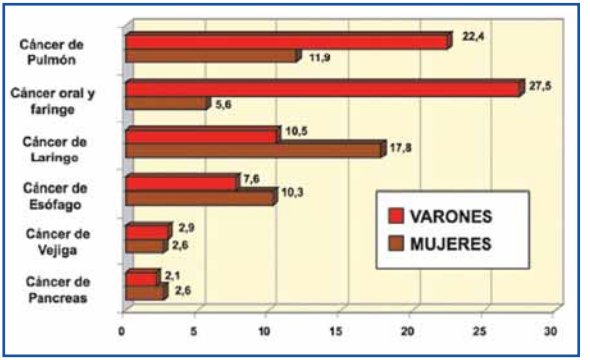
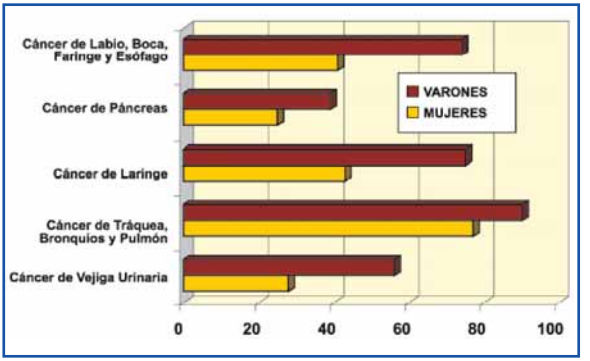


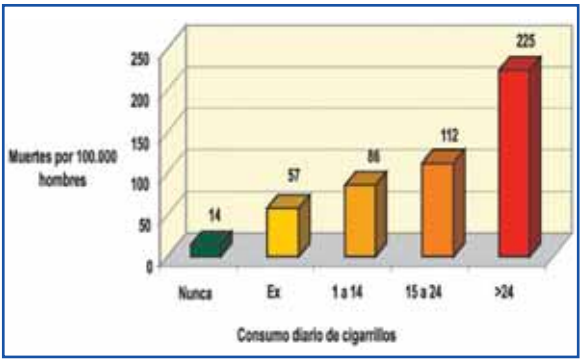
FIGURA 4: PORCENTAJE DE MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL TABAQUISMO (Cortijo, 2004).



Aunque no son tan temidas, las enfermedades respiratorias no tumorales ocasionan una gran mortalidad y, sobre todo, un gran deterioro en la calidad de vida. Entre ellas destacan la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la enfermedad respiratoria inespecífica crónica y la hipe-

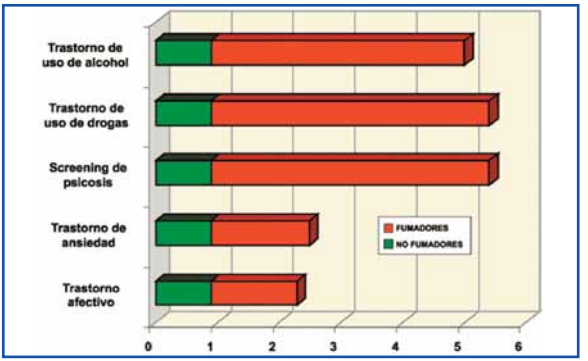
rreactividad bronquial. La mortalidad por EPOC tiene una relación directamente proporcional con la cantidad de cigarrillos consumidos como podemos ver en la figura 5.

FIGURA 5: MORTALIDAD POR EPOC EN FUNCIÓN DEL CONSUMO DIARIO DE CIGARRILLOS (Ayesta, 2004).



Cada vez existe una mayor evidencia de la asociación existente entre tabaquismo y patología psiquiátrica. Esto es particularmente evidente en el caso de la depresión, de otras conductas adictivas, de la esquizofrenia y de algunos trastornos de ansiedad (figura 6).

FIGURA 6: RIESGO RELATIVO DE PADECER DIVERSOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN FUMADORES Y FUMADORAS (Ayesta, 2004).



Existen también otras enfermedades que se relacionan directamente con el consumo y que son agravadas por el tabaco, por lo que su consumo está especialmente contraindicado en ellas. Entre éstas se encuentran la úlcera gastro-duodenal, la osteoporosis, la diabetes, la enfermedad oral y periodontal, y otras, como el déficit de α_1-antitripsina.

2.3.3.- Patología derivada del consumo del tabaco según sexo

El tabaco afecta a ambos sexos de manera parecida. Los cigarrillos presentan en las mujeres similares reacciones que en los varones; por ello, las mujeres que fumen de forma análoga a los varones experimentarán tasas de mortalidad similares a éstos. En el caso de las mujeres, fumar representa no sólo estar expuesta a las mismas enfermedades que el varón, sino que además conlleva patologías adicionales específicas de sexo, así como alteraciones propias en su función reproductora.

Patología específica de la mujer:

Problemas en la menstruación. En las fumadoras la regla es más irregular y es más frecuente la presencia de dismenorrea (menstruación dolorosa o difícil). Debido probablemente al efecto antiestrogénico del tabaco, la menopausia se adelantada 2 ó 3 años en las fumadoras, lo que agrava el riesgo de osteoporosis.

Cánceres específicos de la mujer. Las fumadoras presentan un aumento de riesgo de 2 a 3 veces de desarrollar cáncer maligno de cérvix. Dejar de fumar parece reducir el riesgo de cáncer cervical invasivo.

Anticonceptivos orales. El riesgo de infarto en fumadoras que toman la píldora es siete veces mayor al encontrado en no fumadoras. La trombosis aguda aumenta entre 2 y 10 veces, incrementándose con el número de cigarrillos fumados. El tabaco también puede aumentar el riesgo de fallo de la terapia anticonceptiva oral combinada (Ballagh, 2006).

Osteoporosis y densidad ósea. Las mujeres fumadoras presentan más problemas de osteoporosis y, en consecuencia, un mayor porcentaje de fracturas, lo cual afecta notablemente a la calidad de vida y al grado de invalidez, que es mayor en las fumadoras. Este es especialmente relevante tras la menopausia.

Efectos estéticos. Las manchas en los dedos y en los dientes, aunque no son efectos específicos de género, preocupan más a las mujeres. El consumo

de tabaco es la segunda causa de arrugas en las mujeres; también da a la piel un aspecto mucho más apagado, disminuyendo además la acción de los productos cosméticos.

Problemas en la reproducción:

Aumento de la infertilidad. Las fumadoras tienen más infecciones en los órganos reproductores; la concepción se retrasa de media unos pocos meses; el problema se agrava en quienes están en el límite de la fecundidad, que tienen tres veces más probabilidades de tardar más de un año en quedarse embarazadas. Las fumadoras tienen el doble de posibilidades de ser estériles que las no fumadoras. Hombres y mujeres fumadores tienen peor respuesta a los tratamientos de fertilidad.

Las mujeres que han dejado de fumar no tardan más en quedarse embarazadas que las que nunca han fumado.

Dejar de fumar mejora la cantidad y la calidad del esperma.

Mayor riesgo de embarazo ectópico, mayor riesgo de aborto y parto pretérmino.

Mayor riesgo de placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta y un descenso del peso placentario; el riesgo de placenta previa es mayor cuanto más cigarrillos se fumen.

Problemas sobre el feto:

El hecho de que la madre fume durante el embarazo aumenta el riesgo de diferentes patologías (figura 7):

Aborto espontáneo.

Retraso en el crecimiento intrauterino.

Parto prematuro.

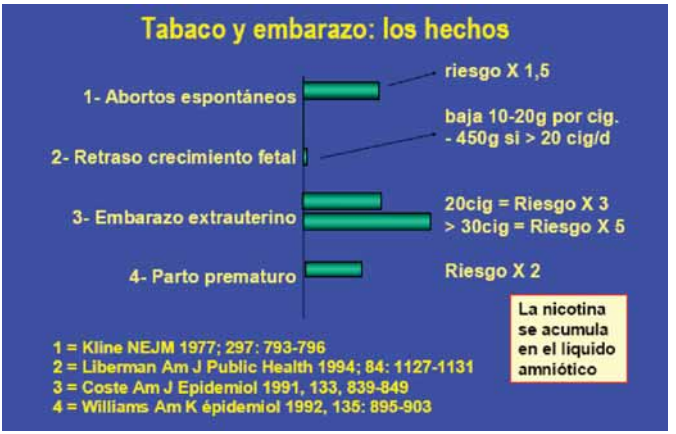
Muerte perinatal.

Síndrome de muerte súbita del lactante.

Malformaciones congénitas.

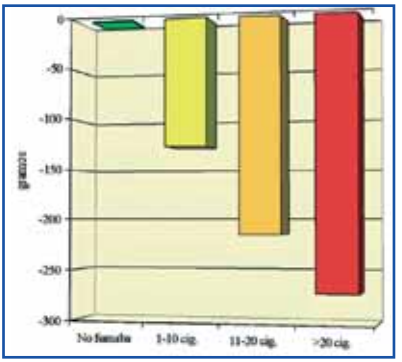
Anomalías cromosómicas en células fetales (JAMA, 2005).

FIGURA 7. TABACO Y EMBARAZO.



Bajo peso. Lo más destacable respecto a la morbi-mortalidad perinatal y postnatal que ocasiona el tabaco es la reducción en el peso al nacer, que viene a ser de unos 227 gr. Este efecto se incrementa según el tiempo que la madre fume durante el embarazo y es especialmente severo cuando fuma durante el tercer trimestre. Si la mujer deja de fumar durante el primer trimestre, el peso y las medidas corporales se igualan a las de niños y niñas de madres no fumadoras (figura 8).

FIGURA 8: DISMINUCIÓN DEL PESO AL NACER SEGÚN EL NÚMERO DE CIGARRILLOS / DÍA FUMADOS DURANTE EL EMBARAZO (Ayesta, 2004).



2.4.- Beneficios de dejar de fumar

FIGURA 9. LISTADO DE BENEFICIOS.

20 MINUTOS DESPUÉS DEL ÚLTIMO CIGARRILLO	La tensión arterial baja a cifras normales La frecuencia cardiaca recupera niveles normales La temperatura de manos y pies aumenta a valores normales
8 HORAS	El monóxido de carbono en sangre se reduce, aumentando el nivel de oxígeno
24 HORAS	Disminuye el riesgo de ataque cardiaco
48 HORAS	Se restauran las terminaciones nerviosas del gusto y olfato con lo que mejora la capacidad de oler y saborear
72 HORAS	Los bronquios se relajan, facilitando la respiración
15 DÍAS A 3 MESES	Mejora la circulación y el funcionamiento pulmonar en un 30%
1 MES A 9 MESES	Rebrotan los cilios, mejorando la capacidad para eliminar el moco. Disminuyen la tos, el cansancio y la sensación de ahogo
1 AÑO	El riesgo de enfermedad coronaria se reduce a la mitad
5 AÑOS	Disminuye el riesgo de accidente cerebrovascular
10 AÑOS	El riesgo de cáncer de pulmón se reduce en un 50% y disminuye el riesgo de otros cánceres
15 AÑOS	El riesgo de cáncer de pulmón se reduce en un 85% El riesgo de cáncer de esófago y cavidad oral se iguala al de una persona no fumadora

Durante los últimos treinta años se han acumulado evidencias científicas sobre los beneficios para la salud derivados del abandono del tabaco. Dejar de fumar es posible y aporta ventajas y beneficios para la salud a corto, medio y largo plazo (figura 9).

Muchas personas fumadoras aquejadas de enfermedades relacionadas con el tabaco están poco motivadas a abandonar este hábito porque piensan que el mal ya está hecho. Sin embargo, dejar de fumar siempre merece la pena, pero es evidente que cuanto antes se haga, más beneficios se obtendrán. Los beneficios son inversamente proporcionales a la edad de abandono.

El grado de beneficio que se obtiene con el cese del consumo depende de la dosis previa de tabaco consumida durante toda la vida, del estado de salud en el momento de dejar de fumar y del tiempo transcurrido desde que se abandona el consumo. Los beneficios de dejar de fumar serán mayores entre la población más joven ya que habrá estado menos tiempo expuesta al tabaco y por tanto menos expuesta a las enfermedades relacionadas con este consumo.

Entre los beneficios obtenidos del abandono del tabaco se incluyen una mejoría de la salud, refinamiento del sentido del gusto, mejoría del sentido del olfato, ahorro de dinero, mejora de la autoestima, mejor aliento y una mayor limpieza del hogar y el coche. En unas semanas, las personas que han dejado de fumar experimentan niveles más bajos de estrés. Así mismo pueden dar un buen ejemplo a sus hijos e hijas, pueden tener bebés más sanos, se despreocupan de exponer a otras personas al hábito de fumar, se sienten mejor físicamente y logran la libertad que niega la adicción.

Un estudio del Banco Mundial titulado «Los costes económicos y los beneficios de la inversión en el tabaco» estima que los costes de la atención sanitaria asociados con las enfermedades relacionadas con el tabaco suponen una pérdida neta global de 200 billones de dólares americanos al año y la mitad de esas pérdidas se producen en países en desarrollo. Las personas que dejan de fumar consiguen ahorrar una gran cantidad de dinero gracias a los cigarrillos que no han comprado y reducen los gastos de atención sanitaria.

FIGURA 10: PRINCIPALES RIESGOS QUE DESAPARECEN AL DEJAR DE FUMAR.

ENFERMEDADES	RESULTADO DEL ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO
Accidentes cerebrovasculares	El riesgo se iguala a quienes no fuman (NF) a los 5-15 años
Cáncer de boca, cuello, esófago	El riesgo disminuye a la mitad a los 5 años del abandono
Cáncer de laringe	El riesgo disminuye a los pocos años de dejarlo
Enfermedad coronaria	El riesgo disminuye a la mitad al año y se iguala a los NF a los 15 años
Muerte por enfermedad pulmonar obstructiva crónica	El riesgo disminuye a largo plazo después de dejarlo
Cáncer de pulmón	El riesgo disminuye a la mitad a los 10 años del abandono
Cáncer de páncreas	El riesgo disminuye a los 10 años de dejarlo
Úlcera	El riesgo disminuye al dejarlo
Cáncer de vejiga	El riesgo disminuye a la mitad a los pocos años del abandono
Enfermedad arterial periférica	El riesgo disminuye tras el abandono
Recién nacidos/as de bajo peso	El riesgo se iguala al de mujeres NF si abandonan antes del embarazo o en el primer trimestre

La Oficina Regional Europea de la OMS afirma que «el abandono del consumo de tabaco es la medida más eficiente e importante de Salud Pública que los países pueden adoptar para el beneficio de la salud de sus ciudadanos y su economía». Hay estudios que concluyen que la disponibilidad de nuevas intervenciones eficaces en el tratamiento del tabaquismo y el incremento de la accesibilidad a las mismas pueden contribuir de forma relevante a la reducción de la morbilidad, la mortalidad y los costes sanitarios asociados al tabaquismo en España.

La disminución de los riesgos descritos anteriormente no es uniforme en el tiempo desde que se abandona el hábito tabáquico y es diferente para cada enfermedad. En la figura 10 se resumen los efectos del abandono para las enfermedades más importantes.

En cualquier caso, los estudios que se han realizado valorando el efecto del abandono del tabaquismo también deben ser un estímulo para que prime la prevención primaria del tabaquismo, porque en muchos casos el abandono no elimina totalmente el riesgo de ciertas enfermedades.

La media de años de vida perdidos por el consumo de tabaco es 13,2 años en varones y 14,5 años en mujeres. Si dejan de fumar, incluso a los 65 años, los varones pueden añadir entre 1,4 y 2 años a su vida y las mujeres entre 2,7 y 3,7 años, comparados con aquellas personas que siguen fumando (Taylor et al., 2002).

2.5.- Tabaquismo pasivo o involuntario

La inhalación de humo de tabaco por quienes no fuman se ha llamado generalmente de dos maneras, "tabaquismo pasivo" o "tabaquismo involuntario". Por supuesto, quienes fuman también inhalan humo de segunda mano. El humo del cigarrillo contiene tanto partículas como gases generados por la combustión a altas temperaturas del tabaco, papel y aditivos. Al humo inhalado por las personas no fumadoras que contamina los espacios interiores y los ambientes exteriores se le denomina "humo de segunda mano" o "humo ambiental de tabaco". Este humo inhalado es la mezcla de la corriente secundaria liberada por la combustión del cigarrillo entre caladas y la corriente principal, que es la exhalada por el fumador. La corriente secundaria, generada a temperaturas más bajas y bajo condiciones de combustión diferentes a las de la corriente principal, tiende a tener concentraciones más altas de muchas de las toxinas encontradas en el humo del cigarrillo. Sin embargo, se diluye rápidamente a medida que se aleja del cigarrillo en combustión.

El humo de segunda mano es una mezcla dinámica que cambia en características y concentración con el paso del tiempo y según el espacio que recorre. Las partículas del humo cambian en tamaño y composición, y los componentes gaseosos se volatilizan y cambian su contenido en humedad; los componentes gaseosos del humo de segunda mano pueden ser absorbidos por los materiales de alrededor de la persona fumadora y las concentraciones de partículas caen tanto por dilución en el aire como por impacto sobre las superficies,

incluyendo pulmones y cuerpo humano. Debido a esta naturaleza cambiante no se puede definir el humo ambiental de tabaco de manera cuantitativa.

Se prefiere el término "humo de segunda mano" al de "humo ambiental de tabaco" porque la expresión "segunda mano" capta la naturaleza involuntaria de la exposición mientras que "ambiental" no lo hace.

También se prefiere el término "tabaquismo involuntario" por la certeza de que la mayoría de quienes no fuman no desean inhalar humo de tabaco. La exposición del feto al humo de tabaco, tanto por tabaquismo de la madre como por exposición de ella al humo de segunda mano también constituye tabaquismo involuntario.

En los últimos 20 años se ha producido un gran avance en la investigación del humo de segunda mano. En la actualidad, la evidencia apoya las siguientes conclusiones.

- El humo de segunda mano causa muerte prematura y enfermedad tanto en niños y niñas como en personas no fumadoras.
- Los niños y niñas expuestos al humo de segunda mano tienen un riesgo mayor del síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias agudas, problemas de oído y asma más severa. El tabaquismo en los padres y las madres provoca síntomas respiratorios y disminuye su crecimiento pulmonar.
- La exposición al humo de segunda mano tiene inmediatos efectos adversos sobre el sistema cardiovascular y puede causar enfermedad coronaria y cáncer de pulmón.
- La evidencia científica indica que no hay un nivel de exposición al humo de segunda mano libre de riesgo.
- El 43% de la infancia es fumadora involuntaria en el hogar. Millones de personas en España están expuestas al humo de segunda mano en sus hogares y lugares de trabajo.
- Eliminar el humo de tabaco de los lugares cerrados protege completamente a quienes no fuman de la exposición al humo de segunda mano. Separar a quienes fuman de quienes no lo hacen, limpiar el aire o ventilar los edificios no puede eliminar la exposición de las personas no fumadoras al humo de segunda mano.

Cada año más de 79.000 personas en la UE mueren como consecuencia del tabaquismo involuntario, según indican los resultados del informe

"Levantando la cortina de humo: 10 razones para una Europa libre de humo". Este informe representa el primer intento de plasmar en cifras las muertes causadas específicamente por el tabaquismo involuntario y demuestra que las medidas para contrarrestar este fenómeno son viables y populares. Los resultados revelan también la necesidad de una legislación que impida el consumo de tabaco en los lugares de trabajo y áreas cerradas, incluyendo bares y restaurantes ya que aproximadamente 72.000 europeos y europeas mueren cada año a causa del tabaquismo involuntario en sus hogares y 7.000 en sus lugares de trabajo. Quienes trabajan en restaurantes, bares y discotecas son particularmente vulnerables, con una tasa de mortalidad de 325 personas al año -uno al día, en una semana laboral de seis días-.

El Artículo 8 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, adoptado unánimemente por 192 países en mayo de 2003, y ratificado por España en el 2005, reconoce que la evidencia científica ha establecido sin lugar a dudas que la exposición al humo del tabaco produce muerte, enfermedades y discapacidad. El principio rector es el derecho de todas las personas a trabajar en un entorno laboral sano. Para conseguirlo es crucial el apoyo de toda la comunidad.

En consonancia con el Convenio Marco, la 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* establece los espacios sin humo como actuación prioritaria de protección de la salud para la población en general y en mayor medida de los y las menores. Señala la importancia del papel modélico de profesionales docentes y sanitarios en su labor educativa, de sensibilización, concienciación y prevención, fomentando modos de vida sin tabaco.

T.3.

El proceso de aprender a fumar

Fumar es un proceso que se inicia con un primer contacto con un cigarrillo un día aislado, normalmente con el grupo de iguales, y que va aumentando día tras día, apenas sin darnos cuenta. Es decir, un proceso que va desde la experimentación hasta la consolidación de la conducta.

Nadie comienza fumando 20 cigarrillos al día. Lo que refieren la mayoría de personas fumadoras, al ser preguntadas sobre sus primeros cigarrillos, es que fumaron a escondidas, esporádicamente, con el grupo de iguales... y poco a poco el número de cigarrillos fue aumentando mientras se convertían en personas fumadoras habituales.

Como proceso debemos entender el inicio pero también el abandono del consumo. Nadie, tras años de consumo, decide dejar de fumar de un día para otro sin que medie ningún proceso cognitivo; ni el abandono de la conducta comienza el día que la persona deja de fumar sino que pasa por una serie de estadios que van desde la pre-contemplación a la abstinencia,

como muestra la figura 11. Y esto se debe tener en cuenta cuando alguien decide dejar de fumar o si se va a realizar un abordaje para avanzar en el proceso de cambio para dejar de fumar.

FIGURA 11. MODELO TRANSTEORÉTICO DEL CAMBIO (PROCHASKA Y DICLEMENTE, 1993)

Respecto al proceso de aprender a fumar, Prochaska y Diclemente en 1993 desarrollan su teoría, en la que formulan que una persona fumadora pasa por una serie de etapas o estadios:

- ADQUISICIÓN
- CONSOLIDACIÓN
- ABANDONO
- RECAÍDA Y/O MANTENIMIENTO

Para entender cómo se transforma un consumo esporádico en una conducta adictiva se exponen a lo largo del capítulo los factores que intervienen en el proceso de adquisición de la conducta de fumar, desde una perspectiva bio-psico-social (figura 12).

FIGURA 12: FACTORES IMPLICADOS EN LA ADQUISICIÓN DE LA CONDUCTA DE FUMAR. (BECOÑA, 1994)

3.1.FACTORES DE PREDISPOSICIÓN

3.1.1.- DE LA FAMILIA, DE LOS PARES DE IGUALES

3.1.2.- PERSONALES

INCLINACIÓN HACIA CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS

ANTICIPACIÓN DE LA EDAD ADULTA

EXTRAVERSIÓN

CREENCIAS TABACO-SALUD

3.1.3.. SOCIALES: ACEPTACIÓN SOCIAL DEL CONSUMO

3.2.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

3.2.1. SEXO

3.2.2. EDAD

3.2.3. CLASE SOCIAL

3.2.4. OCUPACIÓN

3.2.5. ESTUDIOS

3.3.- DISPONIBILIDAD

3.4.- COSTE ECONÓMICO

3.5.- PUBLICIDAD Y PRESIÓN SOCIAL PARA EL CONSUMO

3.6.- FACTORES COGNITIVOS Y DE EXPECTATIVA ANTE LOS CIGARRILLOS

3.7.-CARENCIA DE ESTRATEGIAS ADECUADAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ABURRIMIENTO Y EL CONTROL DEL PESO CORPORAL

3.8.- EFECTOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DE LOS PRIMEROS CIGARRILLOS

3.8.1.- EFECTOS PSICOFARMACOLÓGICOS DE LA NICOTINA

3.8.2.- FACTORES DE REFORZAMIENTO

3.1.- Factores de predisposición

3.1.1.- De la familia, de los pares de iguales

- FAMILIA

La función principal de la familia es la de ser fuente de afecto y apoyo emocional para todos sus miembros, especialmente para los hijos e hijas. La

familia es la responsable de la socialización, actividad que hoy en día es compartida por el grupo de iguales y los medios de comunicación.

El 90% de los padres y madres fumadores fuman en casa y más de la mitad de ellos delante de los hijos e hijas (Muñoz y col., 2003).

En la adolescencia se tiene un 19% más posibilidades de fumar si su padre o su madre fuma. Esta cifra aumentaría hasta un 36% si los dos fuman (Diezma, 2006).

La foto superior forma parte de la campaña europea *HELP por una vida sin tabaco*. Se muestra la promoción que realizó Portugal en 2006 (Traducción: *El tabaco es la tercera causa de muerte en Portugal y es una conducta contagiosa. Que se lo pregunten a los hijos e hijas de padres y madres fumadoras*.)

PARES DE IGUALES

El grupo de iguales desarrolla una serie de funciones: función socializadora, importancia en la formación de la identidad personal, proporciona valores, desarrolla habilidades sociales, ayuda en el proceso de desarrollo cognitivo y en el ejercicio de independencia fuera del control adulto. Además existe una conciencia de grupo que deriva del hecho de que sus miembros comparten un conjunto de objetivos, valores y creencias comunes. La cohesión del grupo depende del grado de aceptación de estos objetivos y valores.

Normalmente es en el grupo de iguales donde se producen los primeros contactos con las drogas, y el tabaco, junto con el alcohol, suelen ser drogas de inicio. Si en el grupo de iguales sus miembros fuman, las posibilidades de que un nuevo miembro fume se multiplican.

Según el estudio "Características asociadas al consumo de tabaco en la población adolescente de Cantabria" (Cortijo, 2005) el 74% de las chicas

fumadoras refieren que su mejor amiga es fumadora, frente al 23% en el caso de las no fumadoras. En chicos los porcentajes son del 70% en fumadores vs. 19% en no fumadores. En definitiva, que el mejor amigo o amiga fume es uno de los factores más fuertemente asociado al consumo de tabaco (con OR entre 6,5 y 16,9).

Según datos de la Encuesta Escolar realizada en Cantabria en 2004, el 49,8% de estudiantes de 14 a 18 años indica que todos o la mayoría de sus amistades han fumado tabaco.

- GENÉTICOS

Aunque en su clasificación Becoña no incluye los factores genéticos, ya en 1958, Fisher señaló la posibilidad de una relación entre el genoma, el consumo de tabaco y el cáncer de pulmón (Barrueco, 2005).

A través de los diferentes estudios y metaanálisis se puede concluir, aunque queda mucho por investigar, que existe cierta relación en:

- Adquisición del hábito. Eaves et al., en 1980, encontraron que el hábito tabáquico aparece más entre hermanos y hermanas biológicos que entre los adoptivos.
- Mantenimiento. Se vio mayor concordancia entre gemelos y gemelas monocigotos que entre dicigotos.
- Cierta susceptibilidad genética a desarrollar enfermedades como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

Parece fuera de toda duda que el desarrollo, mantenimiento y cese del hábito tabáquico están relacionados con factores genéticos que modifican la susceptibilidad individual a experimentar esta dependencia (Barrueco, 2005).

3.1.2. Personales

- PREDISPOSICIÓN A CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS

Según la *Teoría de la conducta problema* de Jessor (1977) se entiende por **conducta problema** la que socialmente está definida como un problema, como un tema de preocupación o que es indeseable según las normas de la

sociedad convencional o las instituciones de la autoridad adulta. Algunas de estas conductas pueden ser: mantener relaciones sexuales prematuramente, faltar a clase reiteradamente, consumir drogas... Y explica que la juventud las realiza como expresión de rechazo a las normas sociales o rebeldía frente al poder parental.

En 1991, Jessor propone una mejora de su teoría y la denomina *Teoría para la conducta de riesgo en la adolescencia*. Aquí denomina **conducta de riesgo** a cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso. Además incluye los factores de riesgo y protección que pueden hacer más o menos probable la aparición de una conducta de riesgo. Algunos factores de riesgo son: pobreza, familia desestructurada, baja inteligencia, desigualdad racial, baja autoestima, percepción de pocas oportunidades.... Y como factores de protección alta inteligencia, familia cohesionada, recursos en la comunidad, valoración de logros, participar en actividades de voluntariado...

"Las conductas de riesgo coexisten frecuentemente, e interaccionan y se refuerzan entre sí", por lo que esta teoría aboga por la necesidad de intervenir en el estilo de vida de la persona, es decir, conocer todas las conductas de riesgo y hacer un abordaje común.

El tabaco es, generalmente, la primera droga con la que experimenta la juventud y posteriormente lo hace con otras sustancias desarrollando (*):

- 3 veces más riesgo de consumir alcohol,
- 8 veces más riesgo de consumir marihuana,
- 22 veces más riesgo de consumir cocaína.

*Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General. Washington, DC: Government Printing Office; 1996

ANTICIPACIÓN EDAD ADULTA

Uno de los motivos por los que la juventud comienza a fumar es aparentar o sentirse mayor.

En la adolescencia se desea romper con todo lo que suponga infancia y una forma de hacerlo es imitar el mundo adulto y su comportamiento.

La industria tabaquera lo sabe y ha utilizado la publicidad para trasmitir valores a la juventud, entre ellos la idea de libertad, independencia y

adultez (entre muchos otros). Incluso después de haber creado un código de autorregulación en el que la industria tabaquera se comprometía a no mostrar en sus anuncios a personas menores de 21 años, la adolescencia ha sido la protagonista de infinidad de anuncios.

(¿Verdad que la chica de la derecha -a quien sin duda se dirige este anuncio- no parece tener más de 21 años?).

EXTRAVERSIÓN

Los estudios de personalidad de Eysenck señalan una clara relación entre el hábito de fumar cigarrillos y la extraversión. De acuerdo a esta tesis quienes fuman disfrutarían más en sociedad, necesitando más contactos sociales y reuniones.

Si bien es cierto que no se ha encontrado una significación clara entre tabaquismo y extraversión.

CREENCIAS TABACO-SALUD

Al ser preguntada por las razones por las que el consumo de tabaco puede ser un problema parece que la juventud tiene bastante claro, el 88,9% (figura 13), que existen efectos negativos para la salud. Aún así, la juventud, aunque esté informada, infravalora los riesgos para su salud: *"Eso no me va a pasar a mí", "yo me encuentro perfectamente"*. Es complicado hacer ver a una persona joven que si fuma puede padecer enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, porque la mayoría de estas enfermedades suelen aparecer tras años de consumo. Aún así, en EE.UU., por ejemplo, hay evidencia de que las campañas sobre las consecuencias del tabaco sobre la salud sí tienen impacto en la juventud.

FIGURA 13- RAZONES POR LAS QUE EL CONSUMO DE LAS DIFERENTES SUSTANCIAS PUEDE SUPONER PROBLEMAS. Encuesta sobre drogas a la población escolar de 14 a 18 años, Cantabria 2004.

	TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	RESTO ILEGALES
Efectos para la salud	88,9	74,0	80,6	90,6
Crea adicción	78,5	45,3	68,0	71,3
Provoca accidentes	-	59,9	-	-
Destruye al individuo	-	-	62,6	72,6
Problemas familiares	15,7	29,9	40,0	46,3

3.1.3.- Sociales: aceptación social del consumo

El tabaco es una droga, una droga legal. Por lo tanto, su consumo no tiene las mismas connotaciones sociales que el de otras drogas (cocaína, heroína...). Antes de la aprobación de la Ley 28/2005 que restringe los lugares en los que se puede fumar, en nuestro país se podía fumar en casi cualquier parte, lugares de trabajo y lugares públicos en general, centros formativos, centros comerciales... Actualmente fumar sigue siendo una conducta que se repite y se sigue viendo de forma regular, por ejemplo, en el cine, en la televisión o en la prensa escrita.

Las consecuencias negativas del consumo de tabaco suelen ser a largo plazo y no existen reforzadores negativos inmediatos a la conducta de fumar. Por ejemplo, después de una borrachera existe una resaca, con sintomatología específica que produce malestar. Las enfermedades graves relacionadas con el consumo de cigarrillos, de aparecer, por lo general, suelen hacerlo tras años de consumo.

Otra circunstancia que hace que fumar esté socialmente aceptado a diferencia del consumo de otras drogas es que el comportamiento tras fumarse un cigarrillo no suele alterarse, como tras consumir otras sustancias como el alcohol o la cocaína. A pesar de que no se produce ningún cam-

bio aparente en el aspecto físico de quien fuma, cuando una persona que fuma, tras años de consumo deja de fumar, se produce una mejora a todos los niveles en su salud y calidad de vida.

A todo esto se une que personas socialmente importantes o populares- profesionales de la política, de la literatura, del cine...- aparecen en los medios de comunicación fumando, incluso algunos defendiendo los "derechos de los fumadores y fumadoras" y uniendo su discurso a palabras como tolerancia y libertad.

3.2.- Características sociodemográficas

3.2.1. Sexo

La encuesta Domiciliaria realizada a la población cántabra entre 15 y 64 años en 2005 muestra que la prevalencia de fumadoras en Cantabria es del 32,8% frente al 36,5% de fumadores. La encuesta Escolar de 2004 (figura 14) revela que fuma el 36,1 de las chicas cántabras y el 25,5% de los chicos de 14 a 18 años.

FIGURA 14: PREVALENCIAS DEL CONSUMO DE TABACO SEGÚN SEXO Y EDAD. Encuesta sobre drogas a la población escolar de 14 a 18 años, Cantabria 2004.

	TABACO			
	Alguna vez		Últimos 30 días	
	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional
Total	34,8	33,1	31,0	28,7
Sexo				
Hombre	29,0	29,6	25,5	25,1
Mujer	40,3	36,7	36,1	32,4
Edad				
14 años	15,0	17,8	12,0	14,0
15 años	32,2	28,8	28,9	24,3
16 años	37,5	32,9	33,0	29,0
17 años	43,9	45,5	39,2	40,4
18 años	49,8	53,8	47,7	48,2

En Cantabria, ha bajado la prevalencia de mujeres fumadoras en 2005 respecto a 2003. En población escolar, al contrario, es mayor el número de chicas que fuman que el de chicos. Actualmente, el porcentaje de mujeres fumadoras sigue aumentando en España. Si continúa esta tendencia es posible que, en un futuro cercano, haya más mujeres fumadoras que hombres fumadores entre la población adulta.

3.2.2. Edad

Respecto a la edad podríamos decir que:

- entre los 11 y los 17 años se producen las primeras experiencias,
- a los 18 años casi el 90% son ya fumadores y fumadoras diarios,
- a partir de los 21 años es muy improbable que una persona comience a fumar.

En nuestra Comunidad Autónoma vemos que la edad media de inicio de consumo está en 13 años. Y la edad media de consumo diario es 14,4 años.

Teniendo en cuenta lo anterior, podríamos concluir que si retrasamos la edad de inicio del consumo de tabaco, podríamos conseguir rebajar la prevalencia de personas fumadoras.

3.2.3. Clase social

Un ensayo publicado en 'The Lancet' (Jha P. et al, Julio 2006) muestra que los hombres de menor clase social tienen un riesgo dos veces mayor de morir prematuramente y que el consumo de tabaco es responsable de un 50% de estas diferencias.

La investigación estudia la mortalidad registrada en 1996 entre hombres de 35 a 69 años procedentes de Canadá, Estados Unidos, Polonia, Inglaterra y Gales. Se evaluaron más de 560.000 fallecimientos, que se agruparon según si la víctima procedía de clase social alta, media o baja.

Se encontró un riesgo de muerte dos veces mayor entre los que tenían menos recursos, diferencia social que se vio agudizada al valorar los fallecimientos relacionados con el consumo de tabaco. "De hecho, en el estrato más bajo de cada país la mortalidad atribuible al hábito de fumar se asoció a cerca del 40% de las muertes".

Advierten de la presencia de otros factores de riesgo que pueden adelantar la muerte añadiendo que el tabaco podría haber aumentado su potencial dañino al interactuar con estas otras causas.

No obstante, el trabajo concluye que sin tener en cuenta cuestiones como la prevalencia y la intensidad del consumo de tabaco o el tratamiento de la adicción, "un aumento marcado del cese podría reducir aproximadamente la mitad de estas desigualdades sociales".

En este sentido, un comentario adjunto, también publicado en The Lancet, destaca que "si el tabaquismo fuese eliminado, la media de salud mejoraría y las diferencias socieconómicas en la mortalidad adulta serían menores pero seguirían siendo sustanciales".

3.2.4. Ocupación

La asociación entre el tabaco y el desempleo se da en dos direcciones: las personas fumadoras tienen más tasa de paro y las personas paradas fuman más. Los resultados de un estudio, publicados en la revista Tobacco Control (De Voglio y Santienllo), demuestran que quienes están desempleados tienen un riesgo tres veces mayor de fumar que los que trabajan, incluso después de ajustar por factores demográficos como el sexo o la edad.

Es decir, quienes están sin empleo tienen mayores probabilidades de fumar que las personas con un trabajo estable y ello estaría explicado por factores psicosociales como el estrés, el bajo control emocional y el aislamiento social que suele afectar a individuos en esta situación.

3.2.5. Nivel de estudios

En el estudio anteriormente citado (Cortijo, 2005) el consumo de tabaco se asocia en todas las edades con peores resultados académicos. Se vio que las personas adolescentes fumadoras suspenden más asignaturas y el número de suspensos se correlaciona directamente con el número de cigarrillos fumados e inversamente con la edad de inicio. Asímismo, quienes fuman presentan muchas menos expectativas de estudiar una carrera universitaria.

En otro estudio donde se analizaba el consumo de tabaco en titulados y tituladas universitarios (García de Albeñiz y col, 2003) se halló relación entre el nivel de estudios y el tabaquismo, e incluso dentro de la homogeneidad derivada de que todos los participantes tenían estudios universita-

rios, se observó una relación estadísticamente significativa entre el nivel de estudios y una menor prevalencia de tabaquismo, tanto en varones como en mujeres.

3.3.- Disponibilidad

La Ley 28/2005 ha limitado la venta de tabaco. Actualmente sólo puede comprarse tabaco en las expendedurías del estado, quioscos situados en la vía pública y en máquinas expendedoras, correctamente ubicadas, vigiladas y con un dispositivo adecuado que impida que sean utilizadas por menores de edad.

En Cantabria existen 298 estancos (Fuente: Comisionado para el Mercado de Tabacos, abril de 2007).

Anteriormente a esta ley, se permitía vender tabaco en cualquier establecimiento. Era habitual ver al lado de las golosinas, en los quioscos, paquetes de tabaco (como muestra la imagen realizada antes de la aprobación de la Ley 28/2005).

3.4.- Bajo coste económico

Actualmente, España es uno de los países de la Unión Europea con el precio del tabaco más bajo. De ahí que a nuestro país se le conozca como el estanco de la Europa occidental.

FIGURA 15. COMPARACIÓN DEL PRECIO DE UNA CAJETILLA EN DIFERENTES PAÍSES.

PRECIOS DE LAS CAJETILLAS POR PAÍSES		
PAÍS	PRECIO (€) MARLBORO	PRECIO (€) GAULOISES
RUSIA	0,74 / 0,62	0,56 / 0,62
POLONIA	1,74	1,72
MARRUECOS	3	2,06
ESPAÑA	2,75	2,45
LUXEMBURGO	3,2	3,2
ITALIA	3,8	3,3
BÉLGICA	4	4
ALEMANIA	4,4	4,35
FRANCIA	5	4,6
REINO UNIDO	7,4	7,42
		FUENTE: Altadis. Diciembre 2005.

Como muestra la figura 15, existe una diferencia significativa entre comprar un paquete de tabaco en España y hacerlo en otros países de la UE como Francia o Reino Unido. Sólo en países como Rusia o Polonia, donde el nivel económico es menor, la cajetilla de cigarrillos es más barata.

Tanto la OMS como la Comisión Europea y el CNPT en España (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo) afirman que una de las medidas más eficaces para disminuir la prevalencia en el consumo de tabaco sería aumentar el precio. Un informe del Banco Mundial concluye que un incremento del 10% del precio reduciría el consumo un 4%. Y la población a la que más influiría la subida del tabaco es la población adolescente que no dispone de demasiados recursos económicos.

3.5.- Publicidad y presión social para el consumo

Un documento interno redactado en 1981 por Philip Morris afirmaba que "... el adolescente de hoy es el posible cliente regular de mañana y [que] la gran mayoría de los fumadores empiezan en la adolescencia, cuando todavía no han cumplido los 20 años...". La industria tabaquera ha utilizado a la adolescencia como objetivo diana de sus anuncios y les ha transmitido una serie de valores y creencias erróneas, algunas de las cuales se ilustran a continuación.

Los valores que subyacen a estos anuncios son: comportamiento adulto, independencia, aventura, naturaleza, esfuerzo, deporte...

Como vemos en estas imágenes se intenta transmitir la idea de eternidad y compromiso, de solidaridad y ayuda a los demás.

En estos anuncios se relaciona el tabaco con la posibilidad de ligar más, de tener relaciones sexuales, de resultar más atractivo o atractiva a los demás..

Estos anuncios van dirigidos a mujeres. Como vemos en la imagen inferior de la pagina 53 , desde 1925 se le ha lanzado a la mujer el mensaje de que para mantenerse delgada una buena estrategia era fumar. Además como valor añadido se vende la independencia femenina. Ambos motivos, tanto el mantenimiento del peso como la independencia, aparecen frecuentemente cuando se le pregunta a la mujer por qué empezó a fumar.

La industria siempre ha utilizado el cine para transmitir glamour, belleza, erotismo. ¿Hay algo menos glamuroso que oler y saber a cenicero?

Ellos nos vendían valores que tenían que ver con la virilidad, la fuerza, la hombría pero también la belleza y el atractivo.

Actualmente es la industria cinematográfica una de las vías que utiliza la industria tabaquera para hacernos llegar sus mensajes, ahora que la publicidad de tabaco está prohibida en España y en otros países europeos y del resto del mundo.

Ha sido tan grande la implicación del cine en la promoción del tabaco, que en 2003, el lema propuesto por la OMS para el 31 de mayo, Día Mundial sin Tabaco, fue: "Cine sin tabaco. Moda sin tabaco".

3.6.- Factores cognitivos y de expectativa ante los cigarrillos

Minimización de la naturaleza adictiva de fumar "yo controlo" "yo lo dejo cuando quiera"

Las personas fumadoras tienen una menor percepción de la adictividad y toxicidad del consumo de tabaco que las no fumadoras. Sin embargo,

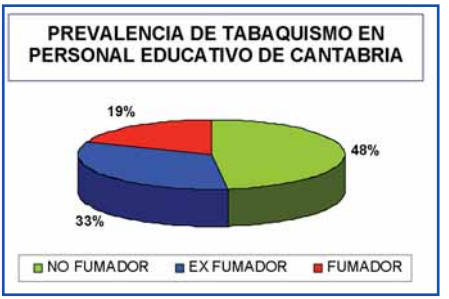
la mayoría de ellas se consideran suficientemente informadas sobre el tabaco y sus efectos.

Sobreestimación del nº de personas que fuman

La juventud sobrevalora la proporción de población adulta que es fumadora. Además también sobredimensionan -y más quienes fuman- el porcentaje de jóvenes que han probado el tabaco.

El alumnado cántabro, al ser preguntado respecto a la cantidad de personal educativo que cree que fuma, responde que un 52% del profesorado es fumador (Cortijo, 2005).

Un estudio financiado por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria y realizado en 2006 por el Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla (IFIMAV) muestra que el 19% del personal docente de Cantabria fuma (como muestra la gráfica).



Como vemos, la percepción que tienen los y las adolescentes de Cantabria de la proporción de personal educativo que fuma es muy elevada y no se corresponde con la realidad.

3.7.- Carencia de estrategias adecuadas de afrontamiento ante el aburrimiento y de control del peso corporal

Fumar por aburrimiento es una de las respuestas que quienes fuman dan cuando se les preguntan los motivos por los que fuman. Fumando se elimina momentáneamente el aburrimiento y, al repetir regularmente esa conducta, el aburrimiento desaparece.

FIGURA 16: PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE SE MANIFIESTAN DE ACUERDO O MUY DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES (Cortijo, 2005).

Afirmación		13-14 años		15-16 años		17-18 años	
		♀	♂	♀	♂	♀	♂
"Con cierta frecuencia hago algún tipo de dieta"	Fumadores	37,5	12,3	36,4	12,6	37,9	10,5
	No Fumadores	24,9	12,2	27,9	11,8	27,7	11,4
	OR (LC95)	1,8** (1,2-2,7)	n.s.	1,5** (1,2-1,9)	n.s.	1,6*** (1,2-2,1)	n.s.
"Cambiaría 3 años de mi vida por bajar 3 Kg. de peso"	Fumadores	20,0	11,6	12,2	5,3	7,3	2,4
	No Fumadores	7,6	4,4	6,4	2,4	2,7	1,6
	OR (LC95)	3,0*** (1,8-4,9)	2,9** (1,5-5,5)	2,0*** (1,4-3,0)	2,4* (1,2-4,5)	2,9*** (1,6-5,3)	n.s.
"Cambiaría 6 años de mi vida por bajar 3 Kg. de peso"	Fumadores	15,4	7,1	10,3	2,5	6,8	1,7
	No Fumadores	6,2	3,5	5,1	1,9	3,4	1,4
	OR (LC95)	2,7*** (1,6-4,6)	n.s.	2,1*** (1,4-3,2)	n.s.	2,1* (1,2-3,6)	n.s.
"Preferiría tener una depresión que engordar 3 Kg."	Fumadores	24,8	7,1	17,1	6,4	11,1	4,4
	No Fumadores	9,9	4,6	10,3	4,0	4,2	4,0
	OR (LC95)	3,0*** (1,9-4,7)	n.s.	1,8*** (1,3-2,5)	n.s.	2,9*** (1,8-4,8)	n.s.
"Preferiría tener una depresión que engordar 8 Kg."	Fumadores	41,1	11,5	27,1	6,8	17,8	4,5
	No Fumadores	15,1	8,1	16,4	5,7	9,4	4,2
	OR (LC95)	3,9*** (2,8-5,8)	n.s.	1,9*** (1,4-2,5)	n.s.	2,1*** (1,5-3,0)	n.s.

Estas son algunas de las respuestas que facilitaron quienes participaron en el estudio citado anteriormente ante afirmaciones tales como *"cambiaría 6 años de mi vida por perder 3 kg"* (figura 16). El tabaco es una estrategia barata, sencilla, cómoda y eficaz para controlar el peso (Becoña, 1999).

3.8.- Efectos fisiológicos y psicológicos de los primeros cigarrillos

Además de todas las variables que se han ido enumerando a lo largo de este capítulo, no debemos olvidarnos de la nicotina, esa sustancia psicoactiva con enorme capacidad adictiva y que es una de las responsables de la dependencia.

Como vemos en la figura 17, la nicotina cuando llega al celebro moviliza una serie de neurotransmisores que actúan como refuerzos positivos y hacen que aumente la probabilidad de que se repita la conducta, con el fin de re-experimentar dichos efectos.

FIGURA 17. NEUROTRANSMISORES LIBERADOS POR LA NICOTINA (Benowitz, 1999).

Además de los efectos farmacológicos de la nicotina, que como hemos dicho actúan como reforzadores en el mantenimiento y consolidación de la conducta de fumar, aparece la asociación de estímulos, que se explica por el Condicionamiento Clásico, procedimiento por el que se aprende a asociar dos estímulos ambientales que guardan cierta relación temporal. Son todos los lugares, situaciones, estados de ánimos, etc., que hemos asociado a la conducta de fumar. Algunos ejemplos de estos estímulos son: café, bebidas

alcohólicas, hablar por teléfono, trabajar con el ordenador, escribir, la alegría, la tristeza,... Si una persona siempre que toma un café fuma, cada vez que tome o vea un café, lo asociará con el cigarrillo y tendrá más ganas de fumar.

Son muchas las variables que intervienen en este proceso de aprender a fumar. Uno de los objetivos de la industria tabaquera es presentarnos el consumo de tabaco como algo normal, cuando consumir una sustancia altamente adictiva y altamente tóxica no es normal.

La *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*, pretende, entre otras cosas, desnormalizar la conducta de fumar. Si los niños y las niñas dejan de ver que sus padres y madres fuman, que el profesorado fuma, que sus profesionales sanitarios fuman, si dejan de ver tabaco al lado de las golosinas en los quioscos, si se logra que no tengan fácil acceso al tabaco y que no puedan comprarlo en la puerta de cualquier bar donde nadie les pregunta su edad, si se les prohíbe fumar en los lugares públicos... puede que empiecen a considerar que fumar no es una conducta normal ni natural.

T.4.

Mitos sobre el tabaquismo

Existen una serie de mitos y falsas creencias relacionadas con el tabaco, con su consumo, con la dependencia, con la salud, con el abandono del consumo, con el tabaquismo involuntario,.... Estos mitos se han prolongado a través del tiempo con ayuda de la industria tabaquera a la que, sin duda, le interesa mantener estas ideas erróneas.

4.1.- Sobre el tabaco

Los cigarrillos 'light' son menos dañinos.

La única diferencia entre el tabaco normal y el light es el número de perforaciones que tienen en el filtro, lo que hace que pase una cantidad menor de nicotina y alquitrán en los cigarrillos light cuando se aspira. Pero los dos cigarrillos son igualmente dañinos para la salud, pues los componentes nocivos del tabaco (más de 4000) que encontramos en el humo, derivados de la combustión, son los mismos en los cigarrillos normales que en los light.

La cantidad de nicotina y alquitrán que se absorbe depende de cómo se fume: caladas más o menos profundas, tiempo que se mantiene el humo

en los pulmones, cantidad de cigarrillo que se consume... De hecho, cuando una persona cambia los cigarrillos convencionales por los bajos en nicotina y alquitrán al final del día tiene los mismos niveles de estas sustancias que antes, porque ha de inhalar el humo más fuerte y profundamente y bloquear los orificios de ventilación para conseguir el mismo nivel de nicotina en sangre al que estaba acostumbrada.

El tabaco rubio no es tan malo como el negro.

Las dos variedades de tabaco tienen el mismo tipo de componentes nocivos, aunque la distribución de algunos de ellos varíe.

Hay muchas cosas peores que el tabaco.

Hay muchos temas importantes en salud, pero el consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo y en nuestro país. Una de cada dos personas fumadoras fallece por enfermedades relacionadas con el tabaco y de éstas, la mitad de ellas en la edad media de la vida. Afortunadamente, abandonar el consumo de tabaco es posible y barato. Además, si logramos disminuir este uso, tendremos más recursos disponibles para afrontar otros importantes problemas de salud.

El tabaco no es una droga.

Una droga se define como una sustancia que provoca dependencia física, psicológica y tolerancia, y, además, su retirada provoca síndrome de abstinencia. El tabaco cumple todos estos requisitos.

La nicotina es una droga blanda.

La nicotina es una droga que produce importantes efectos en el sistema nervioso central y aumenta el riesgo de muerte súbita por su acción sobre el corazón. ¿Se pueden considerar estos efectos como propios de una droga blanda?

4.2.- El tabaco y la salud

Todo el mundo sabe lo malo que es fumar.

Muchas personas saben que el tabaco no es sano, pero todavía quedan muchos grupos desinformados. Por ejemplo, pocas mujeres son conscientes de los peligros relacionados con su sexo, entre los que se encuentra el riesgo de padecer cáncer cervical, osteoporosis, menopausia temprana, abortos, embarazo ectópico -fuera del útero- e infertilidad; y muchas personas mayores creen que a su edad ya no merece la pena dejar de fumar, cuando si un hombre deja de fumar a los 65 años, gana entre 1,4 y 2 años de vida.

No noto que me haga daño.

Fumar es uno de los mayores factores de riesgo para la salud. Aunque durante un tiempo quienes fuman no noten los efectos nocivos del tabaco, se está produciendo el daño en su organismo. Está comprobado que un solo cigarrillo eleva la tensión arterial durante 15 minutos y aumenta la frecuencia cardiaca de 10 a 15 latidos por minuto, lo que puede llevar a sufrir un infarto o un accidente cerebrovascular.

Conozco personas muy mayores que fuman mucho y están muy bien.

No todo el mundo corre la misma suerte, pero cuando una persona es fumadora tiene un riesgo muy alto de sufrir alguna de las enfermedades provocadas por el hecho de fumar.

No hay que olvidar que sólo se ve a las personas fumadoras que llegan a edad avanzada; a quienes han muerto jóvenes a causa del tabaco, no se les ve envejecer.

Fumar no causa cáncer.

Está completamente comprobado que el cigarrillo es el causante de numerosos tipos de cáncer. La Organización Mundial de la Salud declara que el riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón se multiplica por 25 ó 30 entre quienes fuman con respecto a quienes no fuman.

Llevo pocos años fumando. Aún es pronto.

Las consecuencias del tabaco pueden parecer muy alejadas en la adolescencia, pero los problemas de salud que provoca el tabaco no son únicamente a largo plazo. La nicotina y las demás toxinas presentes en los cigarrillos, puros y pipas pueden afectar rápidamente al cuerpo de una persona. Esto significa que quienes fuman en la adolescencia sufren muchos de estos problemas:

Problemas de piel. Un estudio realizado en Italia relacionó el tabaco con un mayor riesgo de sufrir psoriasis, un tipo de erupción de la piel.

Mal aliento. Los cigarrillos provocan en quienes fuman halitosis o mal aliento persistente. El olor del humo permanece, no solo en el vestido, sino también en el pelo, los muebles y los automóviles. A menudo, es difícil quitar ese olor a cigarrillo.

Menor rendimiento físico. En general, quienes fuman no pueden competir físicamente con quienes no fuman, porque los efectos físicos del tabaco -ritmo cardíaco acelerado, menor circulación y falta de aire- reducen el rendimiento en los deportes.

Mayor riesgo de lesiones y tiempo de curación más largo. El tabaco afecta la capacidad que posee el cuerpo para producir colágeno y, por lo tanto, las lesiones curan más lentamente, el tiempo de cicatrización es más largo y aumenta la probabilidad de infecciones.

Mayor riesgo de enfermar. Los estudios han demostrado que quienes fuman sufren más resfriados, gripe, bronquitis y neumonía que quienes no fuman; y que personas que padecen ciertas enfermedades, como asma, enferman más si fuman. Un caso especial es el de chicos y chicas que fuman para mantener su peso bajo control, y para eso acostumbran a encender un

cigarrillo en lugar de comer; enferman con más facilidad que personas de su edad no fumadoras ya que sus cuerpos no cuentan con los nutrientes necesarios para crecer, desarrollarse y combatir las enfermedades adecuadamente.

Fumar es caro. El dinero que se pierde en tabaco puede gastarse en ocio, viajes, ropa, etc.

En una mujer embarazada le hace menos daño al feto que fume 3 ó 4 cigarrillos que la ansiedad de dejar de fumar.

Lamentablemente se sigue dando este mensaje a las embarazadas, incluso por profesionales sanitarios. Cuando se fuma un solo cigarrillo, se producen alteraciones en el feto, pues los componentes del tabaco, sobre todo la nicotina y el monóxido de carbono, atraviesan la barrera placentaria. Por ejemplo, la frecuencia cardiaca del feto aumenta de 130 a 180 latidos por minuto; además, es más elevado el riesgo de aborto, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y parto prematuro.

De algo hay que morirse, así que sigo fumando.

Es cierto, moriremos por alguna razón, pero si se fuma se están perdiendo varios años de vida. Además, el problema grave es que muchas de las enfermedades derivadas del consumo de tabaco son de progresión lenta, es decir, no matan de repente, sino que dan lugar a pasar muchos años de enfermedad antes de morir, con la consiguiente pérdida de calidad de vida.

4.3.- Consumo de tabaco

Una persona que fuma menos de 5 cigarrillos diarios no es fumadora.

Con tan sólo un cigarrillo al día, una persona debe considerarse fumadora.

Los efectos de la nicotina son acumulativos. Fumar poco, pero de forma continuada, es tan perjudicial como los excesos esporádicos. Sí es cierto que el cáncer de pulmón guarda relación con la dosis: a más cigarrillos fumados, mayor riesgo de padecer este tipo de tumor. Sin embargo,

otras enfermedades, como las cardiovasculares, no presentan esta característica, y la probabilidad de sufrirlas aumenta aun consumiendo bajas cantidades de tabaco. Los beneficios de dejar de fumar sólo se obtienen cuando se abandona totalmente el consumo de tabaco.

Fumar menos de 10 cigarrillos diarios no es malo. Con lograr fumar menos mi salud estará protegida: cuanto menos fume, menos riesgo tendré.

Existe un factor individual causante de una mayor o menor sensibilidad a los efectos del tabaco (incluido su potencial cancerígeno). Por lo tanto, una persona debe considerarse fumadora desde el primer cigarrillo. Dejar de fumar para estas personas puede ser tan difícil como para quienes fuman mucho, porque se han acostumbrado ya a una dosis (aunque baja) de nicotina en la sangre y a asociar el fumar con determinadas situaciones.

Yo fumo poco porque casi todo el cigarrillo se consume en el cenicero.

Dejar que se queme el cigarrillo en el cenicero, tratando de "calar" poco, es también perjudicial para quien fuma, ya que el humo que se desprende del cigarrillo tiene mayor concentración de cancerígenos que el humo que se inhala al dar una calada.

El tabaco me tranquiliza.

Fumar un cigarrillo relaja porque el cuerpo está acostumbrado a la nicotina, y cuando se lleva un tiempo sin fumar (minutos u horas, depende de la persona) la falta de esta sustancia puede hacer que la persona se ponga nerviosa. Al conseguir la dosis de nicotina que el cuerpo necesita el sujeto se siente más relajado. Hay que buscar el método idóneo entre los muchos que existen para relajarse cuando una persona se siente nerviosa o estresada.

Si fumo estoy a la moda y me hace sentir una persona más atractiva.

Esta es la imagen que ha vendido la industria tabaquera a través de la publicidad. Pero la realidad es que el tabaco hace que aparezcan arrugas, reseca y da grisura a la piel, mancha los dientes y provoca mal olor en boca, ropa, pelo y dedos.

En los momentos difíciles, un cigarrillo me ayuda a resolver la situación.

Aunque se fume un solo cigarrillo, cuando se acaba de fumar el problema todavía permanece pendiente de ser resuelto; no por fumar se resolverá antes ni mejor. Somos las personas quienes resolvemos los problemas, no los cigarrillos.

Cuando necesito concentrarme para estudiar o trabajar, lo único que me ayuda es fumar.

Muchas personas asocian el tabaco a situaciones tales como el trabajar o estudiar, y lo convierten en un hábito. Pero existen métodos más saludables y más adecuados para concentrarse que son los que utilizan quienes no fuman para conseguir este mismo resultado: al fin y al cabo, es la persona quien trabaja y estudia, no el cigarrillo.

Los cigarrillos para mí son mis mejores amigos.

Son unos "amigos" que echan a perder la salud, roban el dinero, controlan a todas horas, hacen oler mal y quitan la autoestima.

Algún vicio hay que tener y éste no es el peor de todos.

Para ser una persona feliz no es necesario tener una dependencia a una droga, sino todo lo contrario. La persona que ha dejado de fumar para siempre se siente liberada de la tiranía del tabaco. Nadie se arrepiente de haberlo dejado. Además, el tabaco es por el momento el "*vicio*" que se cobra más vidas anualmente en el mundo, más que las drogas ilegales, el alcohol y los accidentes de tráfico juntos.

Sólo me gustaría fumar tres o cuatro cigarrillos al día en momentos muy concretos.

No por fumar en esos momentos se pasa mejor, ni se tienen más amistades. Es placentero fumar en esos momentos porque el cuerpo se ha acostumbrado a la nicotina durante ellos, la necesita y su falta produce malestar. También fumar en esas ocasiones da placer porque es parte de la rutina diaria. Pero si se fuma un paquete al día o más y se reduce a tres o cuatro cigarrillos al día, siempre el tabaco acabará dominando otra vez y uno vol-

verá a fumar tanto como fumaba antes. Quien fuma no puede controlar mucho tiempo lo que fuma, porque su cuerpo le pedirá la cantidad que esté acostumbrado a recibir, ya que la nicotina es una sustancia adictiva. Lo mejor siempre es dejarlo completamente.

La gente es libre de decidir si fuma o no.

Como hemos leído anteriormente son muchos los factores que influyen tanto en la adquisición como en el mantenimiento de la conducta de fumar. La gran mayoría de quienes fuman comienzan a fumar en la niñez o en la adolescencia, antes de que puedan conocer los riesgos del uso del tabaco y las propiedades adictivas de la nicotina, y cuando más están presionados por la influencia de la publicidad del tabaco. Rápidamente se hacen personas adictas y aunque la mayoría desee dejarlo, esta puede ser una tarea más o menos difícil.

Yo no dependo del tabaco, puedo dejar de fumar cuando quiera.

Eso sólo es una excusa para seguir fumando y para no afrontar el hecho de dejar de fumar. Cuanto antes se abandone el tabaco, antes se obtendrán los beneficios de haber dejado de fumar.

Fumar es un signo de libertad y de autoafirmación, no voy a dejar de fumar porque me digan que es malo.

El hecho de que fumar sea considerado como un signo de libertad, de madurez y de autoafirmación es consecuencia de lo que han hecho creer las grandes compañías del tabaco mediante la publicidad y el cine. ¿Puede considerarse libre una persona que es adicta al tabaco?

La persona que fuma siempre será fumadora.

Es cierto que una persona dependiente de la nicotina lo es toda su vida. Es por eso que cuando se abandona el consumo de tabaco, es peligroso consumir un solo cigarrillo porque desencadena una serie de mecanismos físicos y psíquicos que pueden hacer que el sujeto fume de nuevo.

4.4.- Dejando de fumar

Soy demasiado mayor para dejar de fumar.

Nunca es tarde para abandonar el tabaco; cuanto antes se intenta y se consigue, antes se obtienen los beneficios de haber dejado de fumar. Por mucho tiempo que se lleve fumando, siempre se van a experimentar cambios positivos en cuanto a salud, bienestar físico y psíquico, economía e incluso estética. Tengamos en cuenta que un varón de 65 años puede añadir entre 1,4 y 2 años a su vida si deja de fumar; y que una mujer de 65 años que abandone el tabaco sumará entre 2,7 y 3,7 años de vida.

Sólo las personas que han sufrido un buen susto o aquellas con mucha fuerza de voluntad pueden lograr dejar de fumar.

Cualquier persona puede dejar de fumar. Lo importante no es la fuerza de voluntad, sino querer hacerlo teniendo claro el objetivo; y entonces poner en marcha las estrategias para conseguirlo.

Ya intenté una vez dejar de fumar y recaí; si lo vuelvo a intentar me volverá a pasar lo mismo.

Muchas personas que ya no fuman no tuvieron éxito en el primer intento, sino en uno posterior; si uno se lo propone, se puede conseguir. El miedo al fracaso no tiene que ser un obstáculo para intentarlo de nuevo. En cada nuevo intento se tiene más posibilidades de conseguirlo, porque se aprende qué es lo que ayuda y cuáles son las dificultades de los anteriores intentos.

Nunca encuentro el momento para dejarlo.

Cada cual tiene un momento oportuno para afrontar el abandono del tabaco. En general, no es conveniente elegir fechas en las que se ha recibido una mala noticia como enfermedades graves, defunciones, despidos laborales, o mientras se está en una época de estrés o depresión, porque la posibilidad de éxito es menor y puede disminuir la confianza del sujeto en conseguir abandonar el consumo de tabaco. Pero tampoco hay que buscar el momento "ideal", pues entonces aparecerán excusas que lo retrasen.

Si dejo de fumar, me volveré muy irritable.

La irritabilidad es un síntoma del síndrome de abstinencia por dejar de consumir nicotina. No todo el mundo se vuelve irritable; si pide consejo a su profesional sanitario y utiliza la medicación adecuada se puede manejar la irritabilidad sin que cause problemas.

Dejar de fumar engorda.

Hay personas que al abandonar el consumo de tabaco no engordan, pero es cierto que otras pueden engordar unos kilos, aunque desde luego los efectos sobre la salud de este aumento de peso son mucho menores que los causados por los cigarrillos. Si se combina el abandono del tabaco con una dieta sana y ejercicio físico se consigue mantener el peso. El tratamiento farmacológico, en especial los chicles de nicotina, puede ayudar. Recuerde también que un aspecto atractivo depende de muchos factores aparte del peso; unos dientes blancos, por ejemplo, redundan positivamente en la imagen.

Se pasa muy mal cuando se deja, es peor el remedio que la enfermedad.

A veces no es fácil dejarlo, pero son tantos los beneficios que merece la pena el esfuerzo. Además, el síndrome de abstinencia dura sólo unas semanas y en la actualidad existen métodos eficaces que facilitan el abandono sin sufrimiento.

Mientras mi pareja siga fumando creo que no conseguiré dejarlo.

Si la pareja no está interesada en dejar de fumar, hay que pactar unos espacios donde no se fume. En cambio, si también está interesada, intentar dejar de fumar al mismo tiempo aporta un gran apoyo para ambos.

Los medicamentos para dejar de fumar no funcionan.

Las terapias sustitutivas de nicotina -parches, chicles y comprimidos-, el bupropion -un antidepresivo- y la vareniclina -de reciente comercialización en España- sí son eficaces a la hora de ayudar en el cese del consumo. La combinación de estos tratamientos con el tratamiento psicológico suele resultar determinante.

4.5.- Tabaquismo involuntario

El aire contaminado de la ciudad es más peligroso que fumar.

Muchas sustancias contaminan el aire, y se debe trabajar para eliminar del entorno todos los riesgos para la salud. El humo de tabaco debe ser reconocido como uno de esos riesgos. La concentración de algunos elementos tóxicos de la polución de la ciudad es 400 veces inferior a la concentración de los contaminantes que se desprenden del humo del tabaco. Los estudios epidemiológicos señalan que el tabaco es causante del 30% de todos los cánceres diagnosticados, frente al 2% de la contaminación ambiental. Siendo el humo de tabaco una de las mayores causas de contaminación en los ambientes cerrados, es también la forma de toxicidad ambiental de más fácil solución eliminando el uso de tabaco dentro de lugares cerrados.

No se ha demostrado una relación causal entre respirar aire contaminado por humo de tabaco de los demás y el desarrollo de enfermedades.

Todas las organizaciones médicas y científicas que gozan de credibilidad en el mundo (incluyendo la Organización Mundial de la Salud, el Director General de Salud Pública de los EEUU, las agencias nacionales de protección ambiental y las asociaciones de profesionales médicos) han concluido que respirar aire contaminado por el humo de tabaco de los demás causa graves enfermedades y muerte a quienes no fuman. En Estados Unidos se ha estimado que el tabaquismo involuntario es responsable de 3.000 fallecimientos anuales por cáncer de pulmón y de 35.000-62.000 a causa de cardiopatía isquémica. En la Unión Europea las estimaciones más conservadoras del programa «Europa contra el Cáncer» son de 22.000 fallecimientos al año debido al tabaquismo involuntario. La estimación más conservadora para España es de 2.500-3.000 fallecimientos cada año a causa del tabaquismo involuntario (considerando solamente las muertes por cardiopatía isquémica, cáncer de pulmón y mortalidad infantil).

Los únicos grupos que aún niegan esto son la industria tabacalera y sus círculos corporativos.

El tabaco no afecta a los niños y niñas que están cerca de quien fuma.

Niños y niñas se convierten en personas fumadoras pasivas si se encuentran con personas que están fumando. Tienen un 70% más de

infecciones de las vías respiratorias altas que los no expuestos al humo del tabaco, y presentan además un mayor riesgo de otitis purulentas crónicas, faringitis y amigdalitis, retardo en el crecimiento y alteraciones neurológicas del comportamiento, entre otras patologías.

Los efectos del humo en quien no fuma no pasan de molestarle los ojos y la garganta. El alquitrán sólo afecta a quien fuma activamente.

Quien no fuma y convive con quien fuma tiene mayor riesgo de padecer cáncer de pulmón que quien no vive o trabaja con personas fumadoras. Esto es debido a la mayor toxicidad del humo procedente de la combustión del tabaco cuando se quema lentamente en el cenicero. El alquitrán forma parte de la fase particulada del humo, y es respirado no sólo por la persona fumadora activa sino también por la pasiva.

El tener una pareja que fuma aumenta el riesgo de cáncer de pulmón hasta un 26% según el número de años y el de horas diarias de convivencia.

4.6.- Control del tabaquismo

La gente continuará fumando sin importar qué medidas se tomen.

Existen muchas medidas eficaces, tales como la prohibición total de la promoción del tabaco, el aumento del precio y la creación de ambientes libres de humo, que efectivamente cambian el entorno social y desincentivan el consumo de tabaco. Está comprobado que esas políticas previenen que la juventud comience a fumar y ayudan a quien fuma a dejar el tabaco.

La industria ya no se dirige a la juventud.

La actual legislación española prohíbe la publicidad y promoción de los productos del tabaco. Esta medida está principalmente dirigida a proteger a la juventud del inicio en el consumo de tabaco porque la mayor parte de los consumos se inician entre los 11 y los 17 años. Quienes fabrican los cigarrillos son conscientes de ello y, por eso, continúan dirigiéndose a la juventud a través del cine o la televisión.

Tenemos que afrontar otros problemas de drogas.

En el ámbito mundial el tabaco provoca una mortalidad mucho mayor que la que se atribuye al uso del alcohol y las drogas ilegales en conjunto. En el año 2000, el tabaco mató a casi 5 millones de personas en el mundo, el alcohol mató cerca de 2 millones, y a las drogas ilegales se les atribuyen aproximadamente 200.000 muertes. Además, el tabaco suele ser una droga de inicio que frecuentemente introduce a la juventud en otras drogas.

Los programas de control de tabaco deberían centrarse en ayudar a quienes fuman a que dejen de fumar.

Quienes fuman tienen mayor probabilidad de dejar el cigarrillo en un entorno social que desaliente el uso del tabaco. La elevación de precios o impuestos al tabaco, los ambientes libres de humo y la inclusión de advertencias sanitarias contundentes en los paquetes de cigarrillos que informen gráficamente a quien fuma sobre los riesgos del tabaquismo, son medidas que disminuyen el consumo. Los tratamientos para dejar de fumar son necesarios, pero no tienen por sí mismos un fuerte impacto si no van acompañados de políticas más amplias que cambien el entorno social de las personas fumadoras.

La solución real para reducir el uso del tabaco es educar a nuestros niños y niñas.

Los niños y las niñas aprenden en el colegio que fumar es perjudicial, pero si al salir de clase ven que se anuncian cigarrillos en sus barrios, que se venden productos de tabaco en cada esquina, y que en los hogares y lugares públicos está permitido fumar, el mensaje dado en el aula se pierde. Se ha demostrado que la educación escolar por si sola no reduce el uso del tabaco; sólo es efectiva si se inscribe en un entorno más amplio que refuerce la no-aceptación del uso del tabaco.

Las áreas compartidas para quienes fuman y quienes no fuman solucionan el problema.

Esto es como tener dentro de una piscina una zona donde se permita orinar y otra donde no. Si no existe una separación que convierta los espacios en compartimentos estancos, con ventilación independiente, el aire se comparte y la contaminación por el humo de tabaco también. Fumar en el área de personas fumadoras afecta y causa enfermedad en el área de personas no fumadoras.

La exposición al humo de tabaco es solo un tema de mala ventilación.

No existe un sistema de ventilación que pueda eliminar del aire los contaminantes del humo de tabaco. Una mejor ventilación reduce el olor a humo, pero no desaparecen los contaminantes químicos peligrosos. Para lograrlo, el sistema de ventilación debería crear un flujo de aire con una fuerza equivalente a un huracán. La medida más barata, más efectiva y más sensata es eliminar el uso del tabaco en los lugares cerrados.

Los ambientes libres de humo perjudican a los negocios, especialmente bares, restaurantes y a la industria turística.

Todo lo contrario: los lugares de trabajo libres de humo tienen costos menores de mantenimiento y de seguros (de salud y de incendio, por ejemplo). Su personal es más productivo, ya que las personas expuestas al humo de tabaco enferman más frecuentemente que los individuos no expuestos. Además, los ambientes libres de humo ayudan a quien fuma a dejar de fumar. El efecto de la prohibición de fumar en bares y restaurantes ha sido estudiado en varios países que ya disponen de esta legislación, como Irlanda, Italia, Escocia, etc. Desde un punto de vista meramente económico, los registros de ventas muestran que éstas aumentan o se mantienen igual en los bares y restaurantes libres de humo. Generalmente los estudios que exageran otra realidad son financiados por la industria tabacalera y se basan en predicciones más que en los datos reales de ventas.

Los gobiernos no tienen derecho a coartarnos la libertad.

Los gobiernos están obligados a proteger la salud y seguridad públicas, es por esto que leyes como la 28/2005 regulan los lugares en los que se permite fumar para proteger la salud de las personas fumadoras y no fuma-

doras; otros ejemplos serían la regulación del consumo de alcohol entre conductores y conductoras de automóviles o el uso de cinturones de seguridad, o la fijación de estándares de contaminación ambiental.

La restricción de fumar vulnera los derechos de las personas que fuman.

No se cuestiona el derecho de quien fuma a comprar y consumir un producto legal como el tabaco. El tema es el derecho de quien no fuma a respirar un aire limpio y puro. Las personas fumadoras tienen el derecho de fumar, pero no de obligar a quien no fuma a fumar.

Nuestra prioridad más alta debe ser proteger los derechos de los niños y las niñas, que son más vulnerables a los impactos del humo de tabaco y no pueden protestar o protegerse. También debemos hacer hincapié en el derecho de las personas trabajadoras a trabajar en un ambiente saludable sin humo.

Los eventos artísticos y deportivos desaparecerán sin el apoyo de la industria tabaquera.

En muchos lugares se ha prohibido el patrocinio por parte de la industria del tabaco. A pesar de las predicciones pesimistas, la mayoría de los grupos ha encontrado patrocinadores alternativos. En otros lugares se han usado las ganancias generadas por los impuestos sobre el tabaco para financiar estos eventos. De esta forma, la gente está expuesta a mensajes de salud en vez de a productos no saludables en los acontecimientos deportivos o musicales. En España, desde la aplicación de la Ley 28/2005, no ha desaparecido ningún evento artístico o deportivo por falta de financiación de la industria tabaquera.

Los cultivadores de tabaco se quedarán sin trabajo si reducimos el uso de tabaco.

La mayoría de quienes cultivan tabaco, especialmente en los países en vías de desarrollo, viven en la pobreza, con condiciones laborales precarias, incluyendo la explotación infantil y la exposición a agentes altamente tóxicos. Varios países han estudiado el potencial impacto económico de la eliminación completa del uso y la producción del tabaco. La evidencia muestra que la eliminación del tabaco no afectaría la economía, o la afectaría positivamente.

El tabaco no va a desaparecer de un día para otro y hay un lapso de tiempo para que los gobiernos apoyen a quienes cultivan tabaco en su transición hacia cultivos alternativos.

El control del tabaco no es efectivo para reducir el consumo.

Las medidas más efectivas para reducir el consumo de tabaco son las legislativas (medidas de control): aumento del precio del tabaco, prohibición de la publicidad y restricción del consumo en lugares de trabajo.

Los impuestos del tabaco sobrepasan los costes derivados del consumo de tabaco.

Los impuestos sobre el tabaco no llegan ni de cerca a pagar el daño causado por su consumo. Pero incluso si lo hicieran, la industria tabaquera, por pagar impuestos, no compra el derecho a causar un daño equivalente a lo recaudado. Una cuestión paralela: quien paga 5.000.000 € en impuestos, ¿tiene derecho a destruir el Palacio de la Magdalena?

Los impuestos sobre el tabaco perjudican a las personas con ingresos bajos y penalizan a quienes fuman.

Los impuestos sobre el tabaco son extremadamente efectivos para reducir el consumo de tabaco. Por cada 10% de aumento en el precio real de los productos de tabaco, el consumo disminuye alrededor de un 8% en los países de medianos ingresos y de un 4% en los países desarrollados como el nuestro. La disminución será mayor entre la juventud y los colectivos menos favorecidos, que son justamente los grupos que las políticas gubernamentales buscan beneficiar, y también los que menos pueden afrontar la carga generada por las enfermedades causadas por el tabaco. El dinero proveniente de los impuestos puede ser usado para pagar programas que ayuden a quien fuma a dejar de fumar, y que especialmente beneficien a las personas pobres.

Las advertencias en los paquetes no sirven para nada.

Entre las iniciativas de control del tabaco, las advertencias son muy significativas, ya que llegan al receptor mientras está fumando; prácticamente todos las personas fumadoras están expuestas a estas advertencias. Quienes fuman dicen que la información es importante y que les alerta sobre los daños del tabaquismo en su propia salud y en la de quienes respiran involuntariamente el humo de su tabaco.

En 2001, la Unión Europea emitió una resolución respecto a los productos de tabaco y dio opción a los países miembros de que agregaran imágenes a los textos de advertencia obligatorios.

Los beneficios más relevantes de estas advertencias son:

- Tienen mayor probabilidad de llegar a niños y niñas, especialmente a los hijos e hijas de personas fumadoras que son los que tienen mayor riesgo de comenzar a fumar. (Traducción del texto de la imagen: Fumar puede reducir el flujo sanguíneo y causar impotencia).
- El paquete de cigarrillos es el instrumento ideal de comunicación con las personas fumadoras, pues están expuestas a las imágenes impresas en los paquetes por lo menos 20 veces al día. El canal más importante y efectivo siempre será el paquete; tiene un alcance universal y son las tabacaleras, no el estado, las que cubren los costos de las advertencias.

T.5.

Papel del personal educativo, ¿es éste mi problema?

"...Con el fin de mantener a los jóvenes libres del tabaco y la otras drogas, también se debe hacer participar a quienes puedan influir en su desarrollo, a saber: la familia, los profesionales de los medios de comunicación, los educadores, los orientadores y los propios adolescentes".

Por una juventud sin tabaco. Los jóvenes: ¿una generación en peligro? (Paho, 2001)

5.1.- ¿Es éste mi problema?

El tabaquismo causa más 54.000 muertes al año. Todos tenemos amistades, familiares, alumnado, compañeros y compañeras de trabajo, etc. que fuman... o quizá yo fume. Por lo tanto, el tabaquismo y su abordaje, en mayor o menor medida, nos incumbe a todos como integrantes de la sociedad.

Según varios informes de la Organización Mundial de la Salud:

- tres de cada cinco jóvenes que prueban el tabaco fumarán regularmente y serán adictos o adictas a la nicotina al llegar a la edad adulta,
- la mitad tendrá una muerte prematura (WHO, 1998) y la mayoría sufrirá sin necesidad como resultado de esa adicción.

La escuela es uno de los principales agentes de socialización, junto con la familia y el grupo de iguales porque:

- Actúa sobre las personas en una fase del proceso de maduración en la que la intervención de personas adultas tiene una gran incidencia.
- A lo largo de la edad escolar el alumnado está sometido a cambios y momentos de crisis que les exponen a múltiples factores de riesgo (entre ellos el consumo de tabaco).
- Por ser obligatoria hasta los 16 años implica que por ella deben pasar todas las personas durante el periodo más importante de la formación de la personalidad.
- Es un espacio ideal para detectar precozmente posibles factores de riesgo.
- El profesorado, así como otros componentes de la comunidad educativa, son agentes preventivos debido a su cercanía con el alumnado, a su papel como modelos y a su función educadora.
- Educar para la salud supone informar y responsabilizar para que se adquieran los conocimientos, procedimientos, actitudes y hábitos básicos para la defensa y formación de la salud individual y colectiva.

5.2.- ¿Cuándo?

La prevención o acciones preventivas deben iniciarse cuanto antes mejor.

Del consumo de tabaco sabemos que la edad de inicio en Cantabria está en 13 años y se convierten en personas fumadoras regulares a los 14,4 años. Estas personas fumarán durante años antes de decidirse a dejarlo.

Además, la investigación ha demostrado que quienes optan por no fumar antes de los 20 años posiblemente no comenzarán a hacerlo en la edad adulta (WHO, 1998b).

Por lo tanto, si reducimos la edad de inicio lo máximo posible, reduciremos el consumo a todas las edades, y por lo tanto la prevalencia. Cuanto más tarde se produzcan los primeros contactos, más recursos se tendrán para tomar decisiones informadas, para no ceder ante la presión grupal, para resolver conflictos...

A lo largo de toda la educación debe realizarse Educación para la Salud. Y es entre los 11 y 13 años cuando se debe comenzar con la prevención de alcohol y tabaco específicamente. Tanto el tabaco como el alcohol son las drogas más utilizadas por la juventud y por el resto de la sociedad y, ambas sustancias, son causantes de mortalidad y morbilidad evitable (el tabaco es la primera causa de mortalidad evitable y el alcohol la tercera). Además, estas sustancias se convierten en drogas de inicio que pueden precipitar el consumo de otras.

5.3.- ¿Quién?

Una acción preventiva será más eficaz cuantos más agentes estén implicados y cuanto mejor se planifique. Para realizar un buen abordaje será necesario involucrar a toda la comunidad:

- Personal sanitario.
- Personal educativo.
- Autoridades locales, comunitarias, nacionales y europeas. (Por ejemplo en Cantabria, a través de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales se desarrolla el Plan de Prevención y Control del Tabaquismo y una de las actividades preventivas que desarrolla a nivel escolar específicamente de tabaco es el concurso ***Clase sin humo***. A nivel europeo, entre otras, se realiza la campaña ***Help, por una vida sin tabaco***).
- Medios de comunicación. Facilitando información veraz, respetando la legislación, ofreciendo programas de Educación Para la Salud...
- Padres, madres y demás familiares. Dejando el consumo de tabaco; no exponiendo a sus hijos e hijas al aire contaminado por humo de tabaco (ACHT); no fumando en su presencia, ni en casa ni en la calle; explicándoles que el tabaquismo es una dependencia y todas sus consecuencias....

Respecto a la planificación se debe indicar cuál es la función de cada agente y el momento en que debe actuar. Para ello se necesita formación y recursos.

5.4.- Prevención escolar

Existe un amplio consenso entre profesionales e instituciones que trabajan en el campo de la prevención de las drogodependencias a la hora de asignar a la escuela un papel central en el desarrollo del proceso educativo y, por extensión, en la prevención de las drogodependencias, por cuanto que cada vez más la prevención se asienta en el axioma de que la misma debe estar basada en la educación. Una educación que, en línea con lo establecido en el XX Informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Farmacodependencia, debe ser concebida como "un proceso bilateral en el cual la facilitación del aprendizaje y la maduración es más importante que la adquisición de conocimientos y cuya finalidad es aumentar la capacidad para tomar decisiones, esclarecer los valores, facilitar su puesta en práctica y desarrollar la aptitud para enfrentarse con diversas situaciones" (Sánchez L, 2005).

Prevenir desde el ámbito escolar supone:

- Crear en los centros escolares un clima saludable incompatible con el consumo de tabaco; cumpliendo la legislación que prohíbe fumar en los centros educativos e intentando que el alumnado no vea fumar al personal educativo para no normalizar la conducta.
- Ayudar, desde las familias y desde la escuela, a formar personas cuyas características les permitan relacionarse adecuadamente con las drogas. Si esto no sucediera, deberemos tratar de modificar aquellas variables que pudieran favorecer el consumo de tabaco.
- Preparar a los sujetos para tener relaciones adecuadas con los grupos con lo que se relacionen.
- Capacitarles para resistir la influencia de los determinantes socioculturales que puedan favorecer que tengan problemas con el consumo de tabaco.
- Crear actitudes positivas ante la ocupación del tiempo libre.
- Proporcionarles la información necesaria para que tomen decisiones razonadas y responsables respecto al consumo de tabaco y demás drogas.

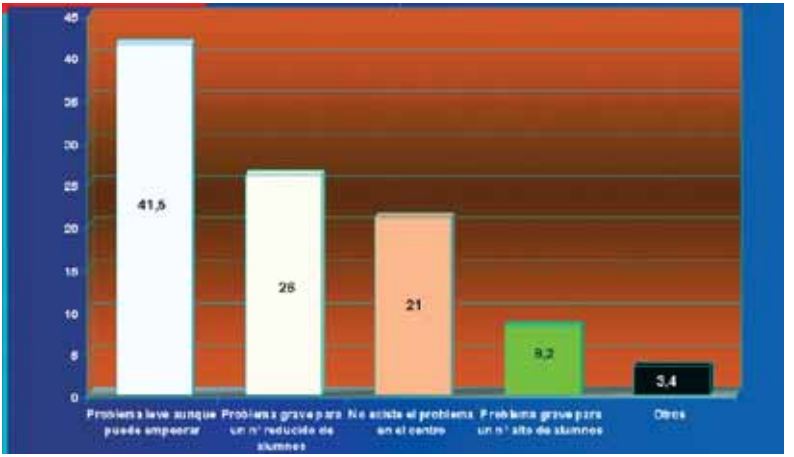
5.4.1.- Características de la información sobre drogas en general y sobre tabaco en particular:

La información suministrada a la población escolar debe ser:

- Adecuada a la edad y nivel de conocimientos del alumnado.
- Ha de ser veraz, creíble y actual.
- Debe transmitirse, desde los aspectos farmacológicos, sociales y psicológicos de la sustancia.
- No debe exagerar los aspectos dramáticos y morbosos. Es decir, no dedicar gran parte del tiempo a hablar de las enfermedades, sino de los beneficios y las ventajas de estar sin fumar. No hacer demasiada referencia al riesgo porque el riesgo forma parte de sus valores.
- No deben hacerse prohibiciones. La juventud tienden a transgredir.
- No facilitar todos los datos, sino propiciar que sean ellos y ellas quienes busquen información y puedan sacar sus propias conclusiones.
- Evitar estimular la curiosidad por consumir.
- Deben abordarse las ideas preconcebidas, creencias irracionales y falsos mitos que aparezcan durante las clases, aclararlas y reestructurarlas.

En el estudio *Los docentes ante los consumos de drogas y las actuaciones para su prevención* (Sánchez L, 2005) se concluye que "...a pesar de las dificultades detectadas, existen factores que avalarían las posibilidades de generalización de los programas de prevención escolar, como son: el alto grado de sensibilización entre el personal docente frente al problema, las positivas valoraciones de las actuaciones preventivas realizadas en sus aulas y su mayoritaria disponibilidad para participar activamente en los programas de prevención si contaran con el apoyo de especialistas externos y si dispusieran de materiales adecuados a la labor preventiva".

FIGURA 18: OPINIÓN DE LOS DOCENTES ACERCA DE LA INCIDENCIA DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN SU CENTRO ESCOLAR. *(Encuesta a Docentes sobre Percepciones, Actitudes y Conductas ante el Consumo de Drogas entre los Escolares y las Actuaciones Preventivas.PND, 2001).*



Como nos muestra esta gráfica (figura 18) para más del 67% del personal docente la incidencia del consumo de drogas entre su alumnado es un problema (leve aunque puede empeorar para el 41,5% y grave para el 26% del alumnado).

En la figura 19 vemos que un 20,1% considera que la prevención de las drogodependencias es un tema prioritario que debería ser abordado en el aula, solo por detrás de la educación cívica y moral; y por delante de la educación para la paz, educación sexual, educación ambiental, educación para la igualdad de oportunidades entre sexos, etc.

FIGURA 19: *TEMAS PRIORITARIOS QUE A JUICIO DE LOS DOCENTES DEBEN SER ABORDADOS EN EL AULA. (Encuesta a Docentes sobre Percepciones, Actitudes y Conductas ante el Consumo de Drogas entre los Escolares y las Actuaciones Preventivas. PND, 2001).*

En la figura 20 vemos que cuando se pregunta por las razones por la que no se realizan actuaciones preventivas en el aula, del personal docente encuestado, un 54,9% refiere que por falta de formación en el tema y un 28,3% por falta de tiempo. Solamente un 6,3% considera que sea difícil realizar dichas acciones preventivas.

FIGURA 20: *MOTIVOS ESGRIMIDOS POR LOS DOCENTES PARA LA NO REALIZACIÓN DE ACTUACIONES PREVENTIVAS EN EL AULA. (Encuesta a Docentes sobre Percepciones, Actitudes y Conductas ante el Consumo de Drogas entre los Escolares y las Actuaciones Preventivas. PND, 2001).*

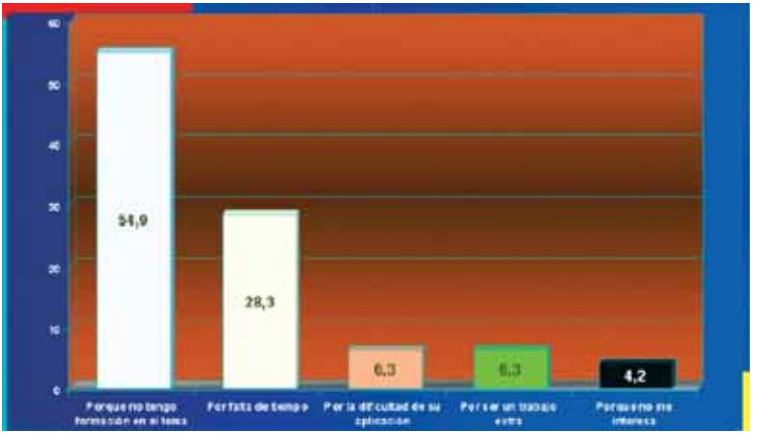
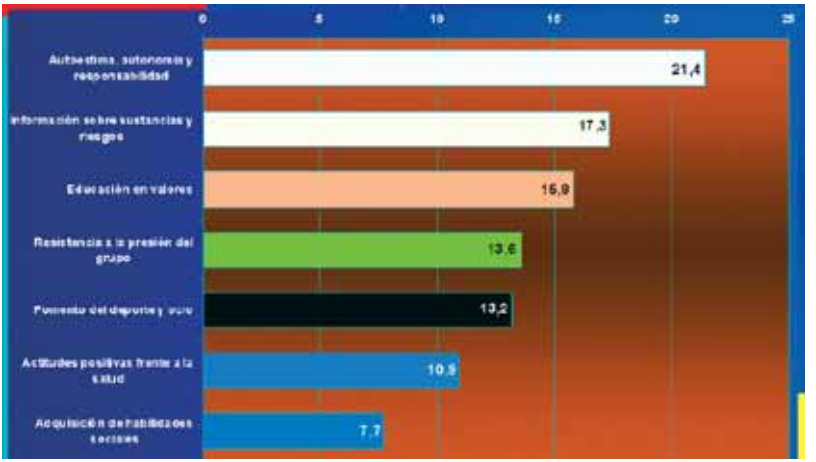


FIGURA 21: ASPECTOS QUE A JUICIO DE LOS DOCENTES DEBERÍAN PRIORIZAR LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN. *(Encuesta a Docentes sobre Percepciones, Actitudes y Conductas ante el Consumo de Drogas entre los Escolares y las Actuaciones Preventivas. PND, 2001)*



Como vemos en la figura 21, los componentes que el profesorado estima que deben aparecer en los programas preventivos son, entre otros, fomento de autoestima, autonomía y responsabilidad; información sobre sustancias y riesgos; educación en valores; resistencia a la presión del grupo, etc,.

5.4.2.- Componentes de un programa de prevención en drogodependencias (nida, 1997, pnsd, 2000)

A continuación se detallan los componentes que deben aparecer en un programa de prevención de drogodependencias. Como vemos se debe trabajar a todos los niveles, tanto cognitivo, de autoimagen, toma de decisiones, control emocional, habilidades sociales... es decir, en todos los aspectos que conforman la personalidad.

Cognitivo:

- Información sobre sustancias, prevalencias y riesgo de consumo.
- Romper falsas creencias.

Autoimagen y superación:

- Formación de la propia imagen y mejora del autoconcepto.

Toma de decisiones:

- Pensamiento crítico ante la publicidad y persuasión de "modas".
- Toma responsable de decisiones (corto/largo plazo).
- Resolución de conflictos, problemas.

Control emocional:

- Afrontamiento de la ansiedad.
- Técnicas de autocontrol.

Entrenamiento en Habilidades Sociales:

- Habilidades de comunicación y resistencia a la presión del grupo.

Criterios de ocio:

- Alternativas a la búsqueda de sensaciones.
- Ocio saludable.

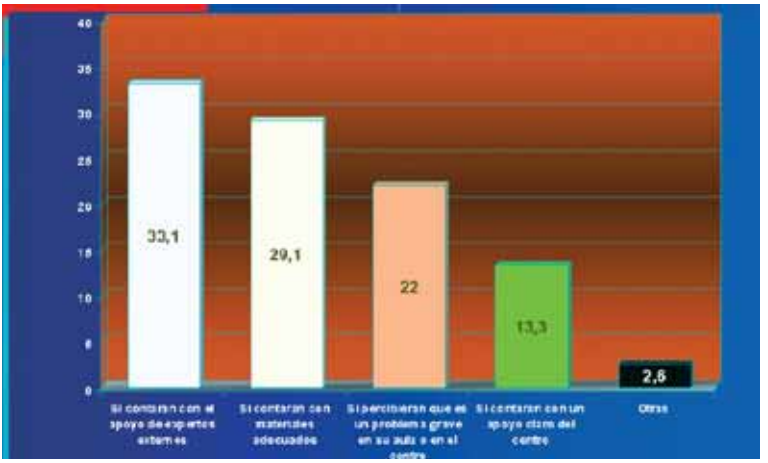
Intervención familiar:

- Habilidades de comunicación familiar.
- Estrategias comunes de normas y límites.

Valores:

- Tolerancia, solidaridad, cooperación.
- Romper asociacionismo entre consumo y determinados valores "progres".

FIGURA 22: CONDICIONES ESGRIMIDAS POR LOS DOCENTES PARA DESARROLLAR ACTUACIONES PREVENTIVAS PLANIFICADAS EN EL AULA. *(Encuesta a Docentes sobre Percepciones, Actitudes y Conductas ante el Consumo de Drogas entre los Escolares y las Actuaciones Preventivas. PND, 2001).*



Al preguntar al colectivo docente por las condiciones necesarias para desarrollar actuaciones preventivas (figura 22), un 33,1% refiere que las desarrollarían si contasen con el apoyo de expertos externos, un 29,1% si contaran con los materiales adecuados, un 22% si percibieran que es un problema grave dentro del centro y un 13,3% si contaran con apoyo claro del centro.

Los programas que muestran un impacto positivo son aquellos que abordan la influencia social al consumo y utilizan una metodología de trabajo activa que enfatiza la participación del alumnado. Este tipo de metodología permite un mejor abordaje de los principales contenidos que deben poseer los programas preventivos, es decir, ensayar nuevas conductas para hacer frente a la presión de grupo y conocer las actitudes y el uso de drogas real de los compañeros y compañeras (Tobler, 1997). Los programas centrados en tabaco deben incluir además información sobre las consecuencias negativas del consumo a corto plazo, entrenar para resistir a los mensajes sobre tabaco y hacer un compromiso público para no fumar. También pueden incluir otros contenidos como, por ejemplo, estrategias para mejorar la autoeficacia y la comunicación o métodos para hacer frente a la ansiedad (Rooney et al, 1996).

En la figura 23 se detallan las características de orientación, metodología, contenidos, mediadores y mediadoras, número de sesiones y evaluación que deben aparecer en los programas preventivos para que sean efectivos.

FIGURA 23: RESUMEN DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS EFECTIVOS (Fernández S, Nebot M y Jané M, 2002).

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGAMAS PREVENTIVOS EFECTIVOS	
Orientación del programa	Dirigido a las influencias sociales: ▪ Presión sociocultural directa ▪ Norma social subjetiva: percepción subjetiva de la conducta y la actitud del entorno respecto al consumo.
Metodología	Activa
Principales contenidos	Consecuencias negativas del consumo a corto plazo. Abordaje de la norma social subjetiva. Técnicas para resistir la presión social.
Mediadores	Profesor/a Participación de iguales
Sesiones	Nº mínimo: a partir de 4-5 sesiones. Sesiones de refuerzo una vez acabado el programa. Aplicación completa.
Evaluación	Imprescindible la evaluación rigurosa para reflejar los efectos positivos.

Por otra parte, tras varios meta-análisis realizados donde se han estudiado los diferentes programas preventivos, se ha reunido suficiente evidencia sobre los programas y estrategias más efectivas en la prevención del tabaquismo. Se resumen en la figura 24.

FIGURA 24: PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO (Ariza C. y Nebot M., 2004).

LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO BASADA EN LA EVIDENCIA.
1. La prevención debe iniciarse antes del primer gran incremento del consumo.
2. La prevención ha de guiarse por el principio de acción iluminada por modelos teóricos explicativos de las variables a modificar.
3. Los mejores programas preventivos son los basados en el tratamiento de las normas y las competencias sociales, y en el desarrollo de habilidades para reconocer y resistir la presión social.
4. Las intervenciones deben ser múltiples y ajustarse al estadio cronológico del proceso de iniciación y consolidación del hábito.
5. Los programas deben ser preferiblemente de base comunitaria con impacto sobre el aula (y el escolar), el entorno escolar y la comunidad.
6. La prevención debe enmarcarse en el desarrollo complementario de unas políticas públicas adecuadas.
7. Los mensajes preventivos sobre los/las escolares deben acompañarse de una política de espacios sin humo en el medio escolar.
8. Las intervenciones preventivas en el medio escolar son efectivas a corto término, siendo el mantenimiento del efecto a medio y largo término mucho menor.

5.4.3.- Elementos más importantes que deben estar presentes en un buen programa preventivo para el consumo de tabaco (Becoña, 2006)

1. Información sobre el tabaco y sus consecuencias para la salud.
2. Conocimiento de los factores relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de tabaco.
3. Conocer y detectar los factores de riesgo y protección para todo el grupo y para ciertos individuos del grupo.
4. Entrenamiento en habilidades de resistencia y rechazo de cigarrillos.
5. Entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana.
6. Toma de decisiones y compromiso de no consumo.
7. Promover estilos de vida saludables.
8. Más allá de la escuela: incidir en las amistades, padres y madres y comunidad.
9. Implicar en la medida de lo posible a la familia (AMPAS, padres, madres y tutores).

10. Implicar a toda la escuela en el programa (profesorado que no fume, que no consuma otras sustancias, que promueva estilos de vida saludables).

5.5.- Factores de riesgo y protección

Como ya expusimos anteriormente existen una serie de factores de riesgo (figura 25) que hacen más probable una conducta; y a la vez, factores de protección que minimizan las posibilidades de que una conducta se realice.

FIGURA 25: FACTORES DE RIESGO.

FACTORES DE RIESGO

ESCOLARES:
- Mala adaptación escolar o escasa integración
- Insatisfacción
- Ausencia de motivación y falta de expectativas
- Bajo rendimiento

INDIVIDUALES:
- Baja autoestima
- Poca tolerancia a la frustración
- Falta de autonomía
- Falta de responsabilidad
- Dificultad para manejar la ansiedad
- Escaso sentido crítico
- Determinados sistemas de valores
- Dificultad para resolver conflictos
- Dificultad en la toma de decisiones

DE LAS RELACIONES EN EL GRUPO
- Debilidad frente a la presión de grupo
- Excesiva dependencia del grupo
- Determinadas posiciones del grupo
- Señas de identidad favorecedoras del consumo

FAMILIARES:
- Sobreprotección
- Falta de comunicación
- Dificultad para fijar límites
- Situaciones familiares conflictivas
  - Excesivo consumo de drogas por parte de los padres
  - Sobre-exigencia
  - No fomentar la autonomía

SOCIO-CULTURALES:

- Concepción actual del ocio
- Sistema de valores dominantes
- Publicidad

(FUENTE: Plan Nacional de Drogas, 1997)

A continuación se detalla cómo pueden abordarse desde la escuela los factores de riesgo que están relacionados directamente con el ámbito escolar.

FACTORES DE RIESGO ESCOLARES:

Cómo se reflejan en el alumnado dichos factores:

- Tienen un comportamiento inhibido.
- Suelen pasar desapercibidos al profesorado y a sus compañeros y compañeras.
- No trastornan el orden de la clase ni perjudican el desarrollo del trabajo docente.
- Se caracterizan por su timidez, inseguridad y no se integran en el grupo de clase o bien tienen comportamientos excesivos -inquietud, nerviosismo, necesitan hacerse notar, trastocan el orden de la clase y dificultan el proceso enseñanza-aprendizaje-.
- Participan escasamente en las actividades escolares y extraescolares.
- No creen que los estudios les aporten nada.

Mala adaptación escolar o escasa integración: el alumno o la alumna no se implica en la vida escolar.

Qué hacer:

- Lograr un ambiente adaptado a las necesidades del alumnado.
- En situaciones de inadaptación extrema deberemos contar con al intervención tutorial y el apoyo del departamento de Orientación para valorar las causas que la producen, tales como la sensación de

incapacidad, el temor al fracaso, la tensión emocional, la dificultad para establecer relaciones con el alumnado, con el profesorado, etc.

Insatisfacción: falta de gratificación en la escuela.

Qué hacer:

- Procurar hacer más atractiva la vida escolar.
- Despertar el interés del alumnado favoreciendo su incorporación activa en las actividades fuera y dentro del aula.
- Crear en el aula un ambiente grato, motivador y no frustrante.
- Proponer aprendizajes que sean significativos para el alumnado.
- Proponer aprendizajes funcionales que contribuyan a una mejor adaptación e integración en el medio escolar y social, instruyendo al alumnado en su modo diario de vida, en su relación con los demás y en la resolución de situaciones conflictivas.

Ausencia de motivación y falta de expectativas: falta de interés por la vida escolar y poca confianza en su utilidad.

Qué hacer:

- Ayudar al alumnado a pensar con claridad acerca de las consecuencias de su acción para lograr que se motiven para realizar cambios. Sin embargo, no debemos excluir la utilización de medidas disciplinarias apropiadas para conseguir la integración o la corrección de su actitud.
- Aprobar y reforzar el trabajo bien hecho y el comportamiento adaptado.
- Proponer al alumnado metas adecuadas a su edad y a sus capacidades; ni tan elevadas que sea imposible alcanzarlas ni tan bajas que no requieran ningún esfuerzo.
- Dar siempre más importancia a lo que son capaces de conseguir que a los errores que comenten.
- Reconvertir las preguntas o comentarios poco acertados de modo que el alumnado sienta que son provechosos para el grupo.

Bajo rendimiento: rinden por debajo de sus posibilidades.

Qué hacer:

- Para fijar criterios de evaluación deberemos tener en cuenta la situación del alumnado, el ciclo educativo en que se encuentra y sus propias características y posibilidades. Para esto es importante que sepan: qué se espera de ellos y ellas, en qué grado lo van consiguiendo, cuáles son las estrategias personales que más les han ayudado así como cuáles son las dificultades que se han encontrado y los recursos de los que se disponen para superarlos.

CÓMO PUEDE DESARROLLAR FACTORES DE PROTECCIÓN EL PERSONAL EDUCATIVO *(Cuaderno del profesor para la prevención de drogodependencias. Plan Nacional sobre Drogas)*:

- Despertando el interés del alumnado, favoreciendo su incorporación activa en las actividades fuera y dentro del aula.
- Prestando atención, aprobando y reforzando el trabajo bien hecho y el comportamiento adaptado.
- Proponiendo al alumnado metas adecuadas a su edad y sus capacidades.
- Dando siempre más importancia a lo que son capaces de conseguir que a los errores que hayan cometido.
- Reconvirtiendo las preguntas o comentarios poco acertados de modo que sienta que son provechosos para el grupo.
- Dando la información de modo que favorezca la autoestima del alumnado.
- Haciendo elogios ajustados a la realidad.
- Valorando no sólo el trabajo académico sino aquellas capacidades que no tienen que ver con lo escolar.
- Dando responsabilidades en los trabajos de grupo.
- Reconociendo sus éxitos aunque sean pequeños.
- Reforzando en las ocasiones en que se manifiesten públicamente.

- Aceptándoles tal y como son, evitando las comparaciones con sus compañeros y compañeras.
- Enseñándoles a asumir sus fracasos, haciéndoles ver que de los errores se aprende.
- Haciendo que respeten las normas y los acuerdos, sin ceder a las presiones.
- Enseñándoles que en muchas ocasiones las cosas que deseamos no podemos obtenerlas inmediatamente.
- Haciendo que no sienta como propios aquellos fracasos que obedecen a causas ajenas a ellos mismos.
- No haciendo públicos los malos resultados que tengan, sino comentándolos previamente con ellos.
- Reforzando sus manifestaciones de autonomía.
- Estableciendo normas que sean tan rígidas que les impidan actuar con una cierta autonomía ni tan laxas que no les den la seguridad mínima.
- No tomando las decisiones que les corresponden.
- Redactando y acordando entre todos las normas de disciplina imprescindibles así como las sanciones correspondientes.
- Manteniendo una actitud tranquila y relajada ante las reacciones agresivas.
- Frente a manifestaciones de rigidez: intentando persuadirles sin obligarles o, si actitud persiste, dejando pasar el tiempo y retomándolo en otro momento.
- Dando normas claras y sencillas, empleando el tiempo necesario para que puedan entender lo que se les exige.
- Creando un clima de confianza en que se sientan libres para expresar sus ideas.
- Intentando que intervengan en actividades que requieran el uso de la imaginación y la creatividad.
- Asignándoles el papel de portavoces en debates organizados.

- Admitiendo sus manifestaciones críticas, cuando éstas sean acertadas.
- Encargándoles tareas abiertas que requieran que improvisen o inventen.
- Favoreciendo que puedan evaluar sus tareas.

5.6.- Cómo podemos trabajar desde la escuela con las familias.

Por último, desde la escuela, conociendo la importancia que tiene que se implique la familia en la prevención podemos:

1. Dar a conocer a los padres y madres el currículo escolar, y en el caso de que se haya elaborado un Proyecto de Prevención para el centro, explicárselo e invitarles a participar.
2. Recordar a los padres y madres que cualquier trabajo sobre Educación para la Salud tendrá mayores posibilidades de éxito si se hace en colaboración entre la escuela y la familia.
3. Tomar conciencia de las actitudes de los padres y madres respecto al fenómeno del consumo de tabaco.
4. Informar a las familias de los factores de riesgo que pueden favorecer el consumo de drogas en general y el consumo de tabaco en particular.
5. Informar no sólo del rendimiento académico de los hijos e hijas sino también de los aspectos personales de su relación con sus iguales y con el profesorado, de su proceso de maduración, sus hábitos de trabajo y estudios y sus hábitos conductuales. Es importante hacerlo en términos positivos, haciendo hincapié no sólo en lo que queda por conseguir, sino también en lo ya alcanzado.

T.6.

Herramientas útiles para el trabajo preventivo con población escolar

Las encuestas realizadas manifiestan que 1 de cada 5 chicos y 1 de cada 3 chicas fuman diariamente a los 16 años. Es entre los 12 y los 14 años cuando se empieza a experimentar con el tabaco, coincidiendo con el inicio de la secundaria. Para explicar este hecho hemos de acudir a factores socioculturales, familiares, escolares, personales, etc. La conducta de fumar, al igual que el consumo de las demás drogas, es un fenómeno multicausal y complejo, donde confluyen una gran cantidad de factores de índole personal y social. En capítulos anteriores hemos visto los factores de riesgo que influyen en el proceso de aprender a fumar. Dichos factores se distribuyen en distintos ámbitos: escolar, individual, grupal, familiar y sociocultural. Más concretamente, los factores de riesgo correspondientes a cada una de estas esferas son:

- **Factores escolares**: Mala adaptación escolar o escasa integración, insatisfacción, ausencia de motivación y falta de expectativas, bajo rendimiento.
- **Factores individuales**: baja autoestima, poca tolerancia a la frustración, falta de autonomía, falta de responsabilidad, dificultad para manejar la ansiedad, escaso sentido crítico, determinados sistemas de valores, dificultad para resolver conflictos, dificultad en la toma de decisiones.
- **Factores grupales**: debilidad frente a la presión de grupo, señas de identidad favorecedoras del consumo, excesiva dependencia grupal.

- **Factores familiares**: sobreprotección, falta de comunicación, dificultad para fijar límites, situaciones familiares conflictivas (excesivo consumo de drogas por parte de los padres y madres, sobreexigencia, no fomentar la autonomía).

- **Factores socioculturales**: concepción actual del ocio, sistema de valores dominantes, publicidad.

No debemos olvidar que un determinante fundamental por el que la juventud se inicia en el consumo de tabaco es la gran aceptación social que tiene esta sustancia. El alcohol y el tabaco son las drogas legales más difundidas y aceptadas en nuestra sociedad. Este hecho supone que la percepción de riesgo respecto a sus efectos se ve disminuida y se encuentran menos impedimentos a la hora de consumirlas. En la niñez y la adolescencia están rodeados de personas adultas que dicen que fumar es malo y sin embargo fuman. Si lo que pretendemos es educar a la juventud en hábitos saludables y evitar que caigan en el consumo de tabaco y otras sustancias, se debe comenzar por dar buen ejemplo. La familia y el profesorado son las principales figuras de referencia hasta la adolescencia, periodo en el que las personas adultas pierden capacidad de influencia sobre la juventud, aunque siguen siendo figuras muy importantes. La prevención del tabaquismo no implica sólo avisar de que el tabaco es perjudicial, sino que supone también ponerlo en práctica y ser coherente con lo que se está intentando inculcar a la juventud.

Existen por tanto factores de riesgo y de protección para iniciar o no el consumo de tabaco. La infancia y, especialmente, la adolescencia son los períodos más sensibles a dichos factores. Por esta razón, la prevención para el consumo de tabaco y otras drogas ha de realizarse desde la infancia. Esto no quiere decir que desde la infancia se deba hablar del tema de las drogas como si de una persona adulta se tratase. Cada etapa vital tiene unas peculiaridades y por lo tanto, en cada etapa, deberemos trabajar de una u otra forma en relación a la prevención. Explicaremos más adelante las técnicas de prevención adecuadas para cada edad.

6.1.- El clima escolar

Las interacciones que se producen en el medio escolar, los códigos de disciplina, las pautas prevalentes de conducta, los valores implícitos en la acción educativa, es decir, el ambiente que se vive y respira en el medio escolar son fundamentales para el desarrollo de una adecuada educación y para la prevención tanto del tabaco como de otras drogas. Esto es porque el clima escolar no sólo afecta a los resultados académicos del alumnado sino también a lo afectivo, a sus valores, a su desarrollo personal...

El clima escolar puede funcionar tanto como factor de riesgo como de protección, y es importante por tanto contribuir a que el ambiente en la escuela sea el propicio para cumplir los objetivos educativos. El centro educativo debe tener en cuenta los aspectos socioemocionales, las actitudes y las interacciones entre estudiantes, profesorado, padres, madres y otros.

Un principio básico para este clima positivo es que cada persona sea aceptada y respetada en su propia individualidad. Un sistema rígido, en el que los y las estudiantes son tratados con desconfianza y a menudo con hostilidad, ayuda a crear un clima en el que la rebeldía, el escapismo, el desafío a las normas y la toma de riesgos, rasgos todos típicos de la conducta adolescente, son despertados.

Las características de un ambiente saludable en el centro son:

- El profesorado se relaciona de forma integradora y no dominante con el alumnado, favoreciendo su participación, autonomía, iniciativa, etc.
- Se fomenta la cooperación y la solidaridad con los demás, de forma que el alumnado sea capaz de aplicar estos principios tanto dentro como fuera del centro.
- Se evita cualquier tipo de discriminación o marginación, tratando de forma igualitaria a todos.
- Se produce una comunicación fluida y bidireccional.
- Se potencia la autonomía personal y la responsabilidad de cada uno.
- El profesorado es accesible y cercano al alumnado atendiendo a los aspectos tanto intelectuales como socioafectivos y emocionales.

- Se promueve la participación del alumnado en el proceso de enseñanza-aprendizaje, desarrollando aprendizajes activos y significativos.
- Se promueve la empatía entre los miembros, así como actitudes de confianza, seguridad y apertura.
- Se fomenta el trabajo en equipo y la coordinación entre el profesorado y demás miembros de la comunidad educativa (personal de orientación, familia, personal no docente).
- Se establecen vínculos positivos entre la escuela, la familia y la comunidad.

Todos estos aspectos relativos al ambiente del centro educativo, suponen el pilar básico a partir del cual desarrollar una adecuada labor de prevención, que como hemos dicho, incluye como parte fundamental el desarrollo de una identidad propia, unas habilidades sociales adecuadas, una capacidad de toma de decisiones y adopción de responsabilidades y un sentido crítico que haga que el alumnado sea capaz de decir no ante el ofrecimiento de un cigarrillo.

6.2.- Prevención desde la escuela.

Como hemos dicho, el consumo de tabaco es un fenómeno determinado por múltiples factores. Es preciso cultivar desde la infancia aquellos factores de protección que ayuden a que posteriormente la persona sea capaz de tomar sus propias decisiones, entre ellas la de no fumar. Así mismo, es preciso también tratar de evitar que surjan factores de riesgo que puedan influir negativamente en el desarrollo de tales habilidades. Esta tarea atañe tanto a los padres y madres como al profesorado, así como a cualquier otro agente que influya en la socialización de niños y niñas y en su posterior desarrollo.

La iniciación en la conducta de fumar puede suponer abrir la primera puerta hacia otros consumos de sustancias, tales como el alcohol, el cannabis o los psicoestimulantes.

Ya desde los primeros años, el objetivo educativo en cuanto a la prevención ha de centrarse en el desarrollo de las relaciones interpersonales, la

maduración psico-afectiva y la adquisición de hábitos de salud y bienestar. La prevención desde la escuela tendría como premisas las siguientes:

1. Es más probable que en la adolescencia se resista a la presión del grupo si el niño o la niña aprende a pensar por sí mismo y a actuar de forma independiente.
2. Los niños y las niñas que aprenden a estimarse, a conocerse, a valorarse y a tener buenas relaciones sociales tienen menos probabilidades en el futuro de desarrollar conductas adictivas como la de fumar.

Desde el Servicio de Drogodependencias de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales se ofertan cada año diferentes programas destinados a la prevención en materia de drogas desde la escuela. Muchos de los contenidos incluidos en este módulo están directa o indirectamente relacionados con dichos programas. La mayoría de programas no están dirigidos exclusivamente a la prevención del tabaquismo sino de las drogas en general, y cada uno de ellos está destinado a una etapa escolar concreta. Algunos de los programas a los que hacemos referencia son:

- "En la huerta con mis amigos"
- "¡Órdago!. Afrontar el desafío de las drogas"
- "Y tú, ¿qué piensas?"
- "De marcha"
- "¿De qué van las drogas? ¿De qué van los jóvenes?"
- "El cine en la enseñanza"
- "Sinesio"
- "Clase sin humo"

Todos ellos se ofertan a todos los centros escolares e Institutos de Enseñanza Secundaria de Cantabria al comienzo de cada curso. Aparecen detallados en el ANEXO I.

6.3.- Cómo prevenir: informar no es educar

Muchas veces confundimos la educación con la información. Información no es sino la mera transmisión de conocimientos sobre un determinado tema o la enseñanza de una técnica para adquirirlos. En este caso, la información sobre el tabaco se ceñiría a sus efectos sobre el organismo, los efectos perjudiciales, datos existentes acerca de su prevalencia o informaciones sobre su legislación.

La información que pretenda ser a su vez educativa debe tener en cuenta los métodos y técnicas que hacen posible una comunicación eficaz con el alumnado y un cambio de actitudes, ya que el objetivo final es que la juventud sea capaz de realizar elecciones responsables. Para lograr estos objetivos, es necesario que el alumnado disponga no sólo de una adecuada información, sino también de habilidades para tomar decisiones. Esta elección responsable exige que el alumnado construya su propia identidad, desarrolle habilidades interpersonales adecuadas, participe en la construcción de alternativas y acepte su responsabilidad social. Tal como señala la OMS, "la información por sí sola no influirá necesariamente sobre el comportamiento hasta que el individuo no la relacione con sus experiencias, sentimientos, valores y modo de vida propio". (OMS, Informe nº20, p.53, Ginebra, 1974).

Por otro lado, los medios de comunicación suponen una importante fuente de información para la juventud, y en ellos pueden aparecer cuestiones relacionadas con el tabaco (y otras drogas) muchas veces contradictorias. En ocasiones el tabaco aparece como un elemento que refleja independencia, atractivo, madurez, etc. y en otras se muestran los terribles afectos para la salud que éste tiene a largo plazo. Es muy importante que el profesorado tome conciencia de las posibilidades educativas de los medios de comunicación. Es un hecho reconocido por todos que los y las escolares aprenden tanto dentro como fuera de la escuela. Los medios de comunicación tienen aquí un papel básico.

En el caso concreto de las drogas, muchos estudios nos muestran que la prensa, radio y televisión constituyen fuentes de información básicas para la juventud. Precisamente el tabaco es una de las drogas legales más

extendidas y aceptadas dentro de nuestra sociedad. El tabaco está presente en la vida de la juventud, y ésta se acerca a él sin ninguna percepción de riesgo o peligro para la salud.

Asimismo, el tabaco supone una fuente de ingresos económicos muy importante, y uno de los grupos diana para su venta es el de la juventud. Por ello, gran parte de las estrategias promocionales utilizadas por la industria del tabaco están dirigidas directamente a esta población. Se asocia el fumar a una serie de valores muy apreciados tales como la diversión, la popularidad, la noche, la independencia y autonomía, etc.

Por esta razón, es conveniente que el profesorado anime al alumnado a desarrollar una visión crítica acerca de los contenidos sobre el tabaco y demás drogas legales e ilegales que son vertidos diariamente en los medios de comunicación. Es necesario concienciar al alumnado de que gran parte de la información que recibe a través de dichos medios está distorsionada, es incompleta o es falsa. Para ello, se pueden organizar actividades escolares relacionadas con la crítica de los mensajes sobre tabaco lanzados en televisión, prensa, radio, carteles, etc. Actualmente ya no están permitidos los anuncios explícitos sobre tabaco en ningún medio de comunicación, pero las estrategias comerciales ni mucho menos han desaparecido. Una de ellas es el emplazamiento de producto, del cual hablaremos en el apartado referente al análisis de la publicidad y los medios de comunicación. También se podrían utilizar viejos anuncios de tabaco aparecidos en prensa, televisión o radio para analizarlos en clase y fomentar el sentido crítico en el alumnado. Se trataría de ir desmontando ciertos mitos acerca del tabaco que se han ido asentando en nuestra sociedad gracias a los medios de comunicación.

6.4.- Trabajar el tema de las drogas en clase. técnicas de prevención

Tratar el tema de las drogas, y en concreto el tema del tabaco, no es tarea única de la tutoría o del departamento de orientación. Es un tema que ha de trabajar todo el profesorado amoldando los contenidos a la asignatura que imparten y que puede incluirse dentro de los temas transversales que se trabajan en cada curso. Por esta razón, los contenidos, objetivos, etc., referentes a este tema han de estar perfectamente definidos para poder evaluar el aprendizaje del alumnado.

6.4.1.- ¿Qué técnicas se pueden utilizar para la prevención del tabaquismo?

Hay gran variedad de técnicas que se pueden utilizar en clase. Cada profesional utilizará la que estime conveniente. Algunos criterios para seleccionar entre las distintas técnicas son:

- que sea coherente con los objetivos planteados, con los y las participantes, con las actitudes del profesorado, con los materiales de que se dispone, con el contenido de la información y las normas de la institución.
- que sea eficaz y consiga obtener los objetivos educativos específicos y generales propuestos.
- la preferencia personal de cada profesional, puesto que la técnica debe darle seguridad para influir positivamente en el alumnado.

Para aplicar correctamente las técnicas, se indican las siguientes normas generales:

1. es preciso conocer previamente el grupo y su dinámica, así como sus problemas,
2. se requiere un adecuado conocimiento teórico y práctico sobre la dinámica de grupos,
3. es necesario un clima democrático y cooperativo, las técnicas no pueden imponerse.

Describiremos brevemente las posibles técnicas de prevención en el aula:

a) Información

Una adecuada información acerca del tabaco u otras sustancias cuyo consumo se pretenda evitar es la base para una correcta prevención escolar. Que el alumnado conozca los componentes de la sustancia, sus efectos físicos y psíquicos, tanto a corto como a largo plazo, es muy importante para que posea criterios adecuados para posteriores decisiones acerca de un posible consumo. Pueden servir como métodos para lograr que esté correctamente informado sobre el tabaquismo las exposiciones por parte del profesorado y otro tipo de recursos educativos como folletos informativos, búsquedas en Internet, libros o revistas, trabajos escolares, etc. Sin embargo, y

como ya se ha mencionado en apartados anteriores, informar no es suficiente. Informar no es educar, y por este motivo presentamos a continuación otras técnicas útiles en la prevención escolar del tabaquismo.

b) Role-playing

Se trata de representar un papel, ser y actuar de la forma en que cree que lo haría otra persona. Así, el alumnado puede representar el papel de una persona que fuma, de una persona fumadora pasiva, etc. El profesorado debe describir las características y forma de actuar de cada uno de los personajes, que sepan identificarse con el papel que le toca representar. La escena será representada mientras el resto de la clase observa y se fija en los comportamientos de interés que previamente ha indicado el profesorado. Una vez finalizada la representación se comentarán y analizarán las pautas de actuación observadas, se aclararán las dudas y se tratarán de obtener unas conclusiones acerca del tema en el que se está trabajando. En este caso, el objetivo es aprender los diferentes efectos perjudiciales del tabaco, cómo es el proceso de fumar, posibles comportamientos de personas fumadoras o fumadoras pasivas, posibles alternativas a su consumo, etc.

Esta técnica resulta especialmente válida para cambiar las actitudes y los hábitos de conducta. Se pueden plantear una gran cantidad de situaciones relacionadas con el tabaco y así enfrentar al alumnado con la necesidad de tomar decisiones, hacerle comprender la problemática del abuso del tabaco, los elementos del proceso de fumar tales como la tolerancia, la dependencia, el síndrome de abstinencia, los efectos perjudiciales para la persona fumadora pasiva...

c) Grupo de discusión

Consiste en dividir la clase en pequeños grupos de tres a cinco personas cada uno y que estos establezcan un pequeño debate acerca de las cuestiones que plantee el profesorado. Es recomendable que cada grupo vaya anotando las conclusiones que vayan estableciendo para así recoger todas al final y exponerlas públicamente, a ser posible utilizando el encerado o un cartel para poder ver claramente los resultados. Esta técnica permite expresar opiniones libremente, en un clima cómodo y libre de presiones. Además sirve para desarrollar diferentes habilidades, necesarias para enfrentarse con la problemática del tabaco y de las drogas en general, tanto a nivel intelectual y afectivo (describe, analiza, cuestiona, etc.) como en habilidades

comunicativas (escucha, interviene, argumenta, etc.). Asimismo, el pequeño grupo sirve para romper con la monotonía de la clase pasiva, algo que agradecen tanto al alumnado como al profesorado.

d) Discusión de clase

Se plantea un tema o una situación determinada y toda la clase tiene la posibilidad de intervenir. Un tipo de discusión de clase muy útil es aquella dirigida por el alumnado, en cuyo caso, las opiniones están dirigidas hacia los compañeros y compañeras y no hacia el profesorado. Cuando existe acuerdo respecto al tema que se está tratando, el profesor o la profesora puede jugar el papel de "abogado del diablo", provocando la discusión de clase, lo cual les ayudará a profundizar en el tema (no se trata de crear confusión).

e) Estudio independiente

Las actividades de estudio independiente llevan a que los y las estudiantes seleccionen temas de interés y los estudien dentro de una estructura de asistencia y dirección por parte del profesorado. Estas actividades incluyen entrevistas, salidas sobre el terreno, sondeos, debates y otras formas de investigación. Todo esto exige que el alumnado esté razonablemente motivado, disciplinado y consciente de un compromiso efectivo en este método de estudio. El método más ordinario de usar esta técnica es ofrecer una lista de temas para que elijan el que más les interese, pudiendo trabajar de forma individual o en pequeños grupos. El profesorado orienta y proporciona materiales, lugares de información, técnicas y estructura del trabajo, etc. Una vez realizados los trabajos, una buena opción es que sean expuestos al resto de la clase para tener información de los diferentes aspectos que rodean al tabaco y conocer los trabajos que han realizado los demás.

f) Entrevistas y sondeos

Ambas técnicas están destinadas a que el alumnado recoja diferentes opiniones acerca del tabaquismo y conocer así diversos puntos de vista sobre el tema. De esta forma, el alumnado contará con diferentes visiones para ir configurando su propia opinión acerca del tema del tabaquismo. Al existir gran variedad de respuestas, se provoca que se cuestionen las bases

de sus creencias. Es positivo además informar de los resultados y de su interpretación crítica a la clase.

Este tipo de estrategia hace que el alumnado se acerque a la realidad que le rodea, observe aspectos acerca del tabaquismo de los que anteriormente no se había percatado, observe comportamientos concretos en familiares o amistades que fuman, etc.

g) Escritos

Escribir un trabajo sobre el tabaco es importante para el alumnado porque:

1. El escribir estimula el pensamiento creativo y crítico sobre el tabaquismo de una forma difícil de conseguir en el intercambio verbal.
2. El escribir crea una oportunidad para el alumnado de leer lo escrito por sus compañeros y compañeras y esto les ayude a ver que tienen también ideas interesantes que comunicar.

El objetivo de este tipo de escritos es manifestar las propias ideas, sentimientos y opiniones y, por tanto, el profesorado no debe realizar juicios sobre éstos. De lo contrario, el alumnado tratará de expresar aquello que el profesorado espera más que lo que realmente piensa. Los escritos serán más productivos cuando el alumnado se centre en defender adecuadamente sus opiniones más que si se está o no de acuerdo con él.

Los temas a tratar en las técnicas descritas, o en otras que pueda proponer el profesorado, no tienen porque referirse directamente a la cuestión del tabaquismo. No olvidemos que el objetivo principal no es informar sino educar y, por ello, lo que el alumnado debe aprender son habilidades de afrontamiento ante la realidad que se le presenta. Cuestiones como los límites marcados por los padres y madres, la prohibición de fumar en ciertos lugares, las responsabilidades que en la adolescencia ya pueden obtener, las relaciones con los iguales, la toma de decisiones, saber rechazar un ofrecimiento, etc., son temas que de forma directa o indirecta afectan al hecho de que un alumno o alumna decida fumar o no y tenga una u otra opinión acerca del tabaco.

6.5.- Prevención por etapas

A continuación describiremos las características esenciales de las diferentes etapas del desarrollo y los principales objetivos de prevención en cada una de ellas. Asimismo, indicaremos las técnicas de prevención escolar más adecuadas para cada edad. En líneas generales, hablaríamos de las siguientes **etapas**:

6.5.1.- De 5 a 8 años

En esta edad están fuertemente influidos por las personas adultas. La curiosidad es una de las características más relevantes de este período, y esta curiosidad y ganas de saber pueden incluir también el mundo de las drogas. Necesitan saber acerca del uso de medicamentos y el peligro que conlleva ingerir ciertas sustancias. Asimismo, deben saber cuándo es adecuado aceptar un "dulce" o pastillas ofrecidas por una persona desconocida. En esta etapa, se aprende a tratar con los demás de forma social y cooperativa, comienza su independencia de la familia y explora su capacidad de relación con los demás. Es importante que ya en este momento se aprendan habilidades de socialización que les ayuden a desarrollar su autonomía y su capacidad de entablar relación con los demás.

En estas edades, como ya hemos indicado, la prevención ha de centrarse en el desarrollo de las relaciones interpersonales, la maduración psico-afectiva y la adquisición de hábitos de salud y bienestar. Para desarrollar dichos objetivos se pueden utilizar situaciones cotidianas con las que el niño y la niña puedan identificarse y, a través de ellas, ayudarles a desarrollar su capacidad de enfrentarse al mundo y ser responsables de sus acciones. Los objetivos educativos han de centrarse más en el desarrollo de las capacidades del niño y la niña que en los propios contenidos. Por esta razón, cualquier situación que surja durante la clase puede ser propicia para fomentar ciertos valores y actitudes. Se fijan mucho en la conducta de los demás y la imitación se convierte en una importante fuente de aprendizaje. Además, el profesorado supone para los niños y niñas una figura de referencia y las actitudes y comportamientos de éste influyen directamente en sus actitudes y comportamientos.

Algunos de los temas que han de trabajarse en estas edades en referencia a la prevención son: los miedos racionales e irracionales, las mentiras y las trampas, los prejuicios y la discriminación, las diferencias físicas y culturales, las burlas, los celos, los castigos injustos, la presión del grupo, el uso de medicamentos y la resolución de problemas.

El trabajo de prevención ha de estar relacionado con las tres grandes líneas de actuación de estas etapas, que son: socialización, autonomía y adquisición y dominio de instrumentos.

Respecto a la **socialización**, hacemos referencia a que se aprenda a establecer relaciones sociales en un ámbito cada vez más amplio, iniciándose en la actitud de escucha y aprendiendo a articular progresivamente sus intereses, puntos de vista y aportaciones con los de los demás. También implica establecer vínculos con las personas adultas y con sus compañeros y compañeras, intercambiando muestras de afecto, respetando la diversidad y desarrollando actitudes de ayuda y colaboración.

En cuanto a la **autonomía**, en esta etapa el niño y la niña aprende a actuar de forma cada vez más autónoma en sus actividades habituales, adquiriendo progresivamente más seguridad afectiva y emocional y desarrollando sus capacidades de iniciativa y confianza en sí mismos.

Asimismo, aprenden a descubrir, conocer y controlar progresivamente el propio cuerpo, formándose una imagen positiva de sí mismo y de su identidad, valorando sus capacidades y limitaciones de acción y expresión. Va adquiriendo competencias motoras que le permiten **utilizar instrumentos** con una finalidad concreta.

Más concretamente, los objetivos de prevención en esta etapa serían los siguientes:

a) Conocer el propio cuerpo y contribuir a su desarrollo, adoptando hábitos de salud, bienestar e higiene y valorando las repercusiones de determinadas conductas sobre la salud y la calidad de vida.

b) Actuar de forma autónoma en las actividades cotidianas y en las relaciones grupales, desarrollando las posibilidades de tomar iniciativas y de establecer vínculos afectivos.

c) Establecer relaciones equilibradas y constructivas con las personas en situaciones sociales conocidas, adoptando un comportamiento solidario, sin hacer discriminaciones basadas en las diferencias de sexo, clase social, creencias, razas y otras características individuales y sociales.

La educación para la salud cobra una especial relevancia en estas edades. Deben empezar a adquirir hábitos de vida saludables, actitudes positivas ante la vida y los conocimientos necesarios para cuidar de su propia salud. Se trata de un proceso de información, de responsabilización del sujeto para que adquiera los conocimientos y actitudes necesarios para desarrollar un estilo de vida sano y equilibrado y unas conductas positivas de salud.

Algunas pautas generales para que el centro educativo sea capaz de desarrollar dichos objetivos son las siguientes:

- Es indispensable que el centro sea reflejo de un ambiente físico y humano saludable.
- Es importante utilizar métodos activos y participativos para potenciar los mecanismos de aprendizaje y desarrollo personal. No se trata de transmitir mensajes que son recibidos de forma pasiva.
- Dichos objetivos deben presentarse de forma transversal e interdisciplinaria, correlacionando los contenidos de las diferentes áreas.
- Deben desarrollarse actividades cercanas a la realidad y situaciones cotidianas del alumnado con las que se sientan identificados, alejándonos de todo enfoque abstracto que dificulte el cambio actitudinal.
- Es necesario fomentar la participación y apoyo por parte de toda la comunidad educativa, destacando la importancia de implicar a las familias.

Estas pautas no son exclusivas de esta etapa escolar sino que han de seguirse a lo largo de todo el ciclo escolar del alumnado.

¿QUÉ TÉCNICAS DE PREVENCIÓN SON ADECUADAS EN ESTA ETAPA?

El **role-playing** es una técnica apropiada para esta edad. Sería conveniente representar papeles sencillos. Por ejemplo, en lugar de representar el papel de una persona fumadora que no quiere dejar de fumar o de un padre y una madre que descubren que su hijo o su hija fuma, se podrían representar papeles más simples, como un cigarro animado, la nicotina, etc. El profesorado debe indicar de forma clara cuales son las principales características de cada personaje y dar unas pautas de actuación sencillas apropiadas para estas edades. Otra forma de llevar a cabo esta actividad puede ser con

marionetas que se elaboren en clase. De la misma forma, los personajes serían sencillos y fáciles de comprender. Con las marionetas y un escenario, pueden escenificar una historia o crear un cuento en el que intervengan dichos personajes.

El objetivo principal en esta etapa es saber qué es el tabaco, qué es fumar, los efectos perjudiciales del tabaco, etc. El aprendizaje de estrategias de afrontamiento respecto al ofrecimiento de tabaco se realizará en edades posteriores.

En esta etapa es adecuado fomentar la creatividad. Se pueden utilizar actividades y estrategias que habitualmente se realizan en clase para tratar el tema del tabaco o los hábitos saludables. Una posible opción es que niños y niñas inventen **historias o cuentos** en los que los personajes estén relacionados directa o indirectamente con dicha temática. También se puede trabajar con plastilina, de forma que, por ejemplo, construyan los personajes de los cuentos que han inventado.

Asimismo, podrían utilizarse las técnicas de **grupo de discusión, discusión de clase o estudio independiente**, sobre todo con el alumnado de mayor edad, pero siempre adaptando los contenidos y el formato a las edades a las que están dirigidas. El resto de las técnicas resultarían más indicadas en edades posteriores puesto que requieren un mayor nivel de profundización y habilidades por parte del alumnado.

6.5.2.- De 9 a 14 años

En esta etapa, la responsabilidad ante la propia conducta es cada vez mayor y el alumnado se va haciendo consciente de ello. Es una edad en la que el tema de las drogas comienza a suscitar curiosidad, se fijan más en las conductas de las personas mayores y muchas veces pretenden imitar dichas conductas. La autoridad de los padres y madres comienza a perder fuerza y el grupo de iguales se convierte poco a poco en su principal referencia, junto con otras fuentes de información como la televisión o internet.

El período comprendido entre los 12 y los 14 años es una edad conflictiva, ya que ni se está en la niñez ni en la edad adulta. En ocasiones actuará con independencia y otras veces preferirá volver a comportarse como en la niñez. En esta etapa el grupo de iguales supone una fuente de presión hacia ellos. A medida que la independencia aumenta, crece también la conciencia de los controles legales fuera de la familia, y resulta básico aprender cuándo y cómo cuestionar o aceptar la autoridad. Es en esta edad,

como ya hemos señalado, cuando son más frecuentes los contactos con el tabaco y cuando se producen los primeros consumos. Los factores que propician este fenómeno serán explicados más adelante

¿QUÉ TÉCNICAS DE PREVENCIÓN SON ADECUADAS EN ESTA ETAPA?

A medida que aumenta la edad del grupo podemos ampliar el abanico de técnicas a utilizar puesto que el alumnado dispone de una mayor capacidad de razonamiento y comprensión de los temas a tratar.

La técnica del **role-playing** resulta muy interesante en esta etapa puesto que están adquiriendo las habilidades sociales y actitudes respecto a los demás, las personas adultas y las sustancias como el tabaco, habilidades que irán desarrollando y aplicando en sus vidas. Es en estas edades cuando el grupo de iguales comienza a cobrar más importancia y el alumnado resulta más influenciable por las opiniones y actitudes de los demás. Es muy importante orientar a alumnos y alumnas en estas edades puesto que suele ser a los 12 ó 13 años cuando se producen los primeros acercamientos y consumos de tabaco. Se pueden representar situaciones relacionadas con esos primeros consumos, la habilidad para rechazar un ofrecimiento, saber expresar la propia opinión, ser asertivo y no hacer siempre lo que marca el grupo, etc.

También resulta muy interesante la técnica del **grupo de discusión**, ya explicada anteriormente. Supone una actividad que puede fomentar que el alumnado exprese sus propias ideas y opiniones ante el grupo y al mismo tiempo conozca el punto de vista de los demás para poder conformar una opinión propia más completa. No sólo es útil para conocer la realidad del tabaquismo y las posibles alternativas, sino que es una técnica que ayuda a desarrollar las habilidades de reflexión, argumentación, expresión de ideas en público, realización de conclusiones, etc. Lo mismo sucede con la estrategia de discusión en clase, también muy apropiada a estas edades.

Por último, las técnicas de **estudio independiente, entrevistas y sondeos y escritos** son aplicables y apropiadas en esta etapa. Respecto a estas estrategias es necesario que el profesorado explique claramente su funcionamiento y proporcione al alumnado unas pautas para su correcta utilización. En función de la edad se realizará un trabajo que profundice más o menos en la temática tratada. Asimismo se deben facilitar al alumnado los recursos que necesite para realizar estas actividades puesto que aún no dominan el método de búsqueda de información, redacción, etc.

6.5.3.- De 15 a 18 años. la adolescencia

Comienza el deseo de llegar a la edad adulta y tomar responsabilidades propias (estudios, trabajo...). La juventud cuestiona los valores recibidos y desean cambiar el mundo, tomando cada vez más conciencia de las consecuencias de las propias decisiones.

La educación secundaria obligatoria abarca desde los 12 a los 16 años y por tanto coincide con el inicio de la adolescencia, en la que el alumnado pasa por un intenso proceso de cambio corporal, intelectual y afectivo que genera una cierta tensión cuyas causas muchas veces las encontramos, más que en sí mismos, en la familia y la comunidad escolar.

La pre-adolescencia y la adolescencia son las etapas en las que se producen los primeros contactos con el alcohol, el tabaco y otras drogas. Es una etapa especialmente relevante para la construcción de la identidad personal y el desarrollo de estilos de vida, que puede verse condicionada por la relación con las sustancias psicoactivas. El tabaco suele ser la primera sustancia con la que experimentan, junto con el alcohol, cuyo consumo se produce básicamente los fines de semana. Estos consumos podrían desempeñar en la adolescencia diversas funciones:

- actuar como un rito de paso hacia el mundo adulto,
- favorecer el sentimiento de integración grupal,
- ayudar al establecimiento de relaciones sociales y
- satisfacer la curiosidad.

Algunas características de esta etapa a tener en cuenta para la labor de prevención son:

- Es un período de transición de la infancia a la madurez que sirve como preparación e iniciación a la vida adulta.
- Es un período en el cual se producen muchos cambios a nivel corporal, afectivo, cognitivo y social, entre otros. Se integra fuertemente en el grupo de iguales y comienza a emanciparse de la familia. Los lazos de amistad se estrechan, pasando de pandillas de un solo sexo a pandillas mixtas. El grupo se convierte en el eje central de la vida adoles-

cente, permitiendo practicar conductas, habilidades y roles que contribuirán a la construcción de su identidad adulta.

- Es un momento crítico en la formación de la identidad. La representación de sí mismo pasa a constituir un tema central. Los y las adolescentes necesitan ser reconocidos y aceptados para formarse un concepto positivo de sí mismos. Aparece una moral autónoma, es decir, las normas emergen de las relaciones de reciprocidad y cooperación, no de la imposición del mundo adulto.

Hemos hablado de una serie de factores de riesgo que hacen que la conducta de fumar sea más o menos probable. La adolescencia, es, en sí misma, un importante factor de riesgo. Algunos de los rasgos que caracterizan esta edad pueden fomentar las conductas de riesgo en cuanto al consumo de tabaco, así como de otras drogas:

1. Omnipotencia: pensar que sabe perfectamente lo que está haciendo y que no le puede pasar nada malo por ello.
2. Inseguridad: el hecho de fumar delante del grupo le hace parecer más maduro y aumenta su auto-confianza.
3. Atracción por las situaciones de riesgo: fumar y consumir otras drogas puede vivirse como una actividad arriesgada.
4. Necesidad de ser y significarse: necesitan que se fijen en ellos. Si no lo consiguen de forma positiva lo harán desde la indisciplina o el consumo de determinadas sustancias como el tabaco o el alcohol.
5. Necesidad de autoafirmarse: fuma para oponerse a las normas y rebelarse, o para ser como las personas mayores en algunas ocasiones.
6. Búsqueda de identidad en el grupo de iguales: si todas sus amistades fuman y beben, también lo harán por no ser diferentes.

Además de estas características propias de adolescencia, hay otras que pueden funcionar como importantes factores de riesgo en cuanto al consumo de tabaco y otras drogas:

- baja autoestima,
- poca tolerancia a la frustración,
- falta de autonomía,

- falta de responsabilidades,
- dificultad para manejar la ansiedad,
- escaso sentido crítico,
- dificultad para resolver los conflictos,
- dificultad para tomar decisiones.

Por último, hemos de considerar el propio entorno, puesto que los factores de riesgo pueden provenir de diversas fuentes como el medio educativo, las relaciones de grupo, la familia o determinantes socioculturales. La forma de ser del alumnado no depende únicamente de sus características personales, sino que se va conformando influida por los agentes de socialización presentes en su entorno, y que, como hemos dicho, pueden convertirse en factores tanto de riesgo como de protección.

Conociendo los posibles factores de riesgo, la prevención ha de centrarse en tratar de reducir lo máximo posible la influencia que éstos ejercen y retrasar, en la medida de lo posible, el consumo de tabaco.

¿QUÉ TÉCNICAS DE PREVENCIÓN SON ADECUADAS EN ESTA ETAPA?

En esta etapa se puede aplicar cualquiera de las técnicas explicadas. Lo único que podría variar sería la temática concreta que se trabaje con dichas estrategias. El alumnado se encuentra ya dentro de la adolescencia y sus preocupaciones no son las mismas que cuando tenía 8 o 10 años. Además han sufrido cambios físicos, hormonales, cognitivos que hacen que se deba abordar el tema de la prevención de una forma más compleja. Los temas que más podría interesar tratar con cualquiera de las técnicas propuestas son los que ya hemos mencionado anteriormente: la búsqueda de la propia identidad, el grupo de iguales, la conducta social, el consumo de drogas y en concreto el tabaquismo, la asertividad, la autoestima, la tolerancia a la frustración, la autonomía y responsabilidades, el manejo de la ansiedad, el sentido crítico, la resolución de conflictos, la

toma de decisiones, la comunicación, la familia, etc.

En este período escolar suelen ser muchos los contactos con el tabaco. Por este motivo, no solo se tratarán de prevenir los primeros consumos sino que se intentará que quienes ya fuman abandonen dicho hábito. Un primer intento por parte del profesorado para que dejen de fumar es aconsejarles que visiten a sus profesionales sanitarios de Atención Primaria, puesto que son los indicados para informar y tratar el tabaquismo. También es adecuado informar al alumnado de programas ofertados para la juventud para dejar de fumar. En todo caso, se trata de animarles a que abandonen el tabaco, bien sea a través de información, consejos, o bien utilizando cualquiera de las técnicas descritas anteriormente.

Una nueva actividad de la que ya hemos hablado es el análisis de la publicidad y los medios de comunicación. Esta técnica es especialmente indicada para esta etapa, puesto que están desarrollando su propio sentido crítico respecto de la sociedad que les rodea y ya son capaces de analizar las tácticas que utilizan los profesionales de la publicidad para captar su atención. A continuación ampliamos esta actividad.

ANÁLISIS DE LA PUBLICIDAD Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Como ya hemos indicado, los medios de comunicación suponen una relevante fuente de información para la juventud. La televisión o internet se han convertido en un eje fundamental a la hora de obtener cualquier tipo de información. En estos medios se lanzan continuamente mensajes acerca del tabaco, el alcohol, etc. que pueden resultar confusos. Por ello, es bueno analizar este tipo de informaciones e ir desmitificando ciertas ideas que están muy asentadas en nuestra sociedad y que el alumnado no suele plantearse.

Algunas de las ventajas de introducir actividades que relacionan los medios de comunicación con el tabaco y otras drogas son:

- supone un instrumento para relacionar la escuela con la vida y para interesar al alumnado en un problema social que afecta a toda la población,
- fomenta el desarrollo de una actitud crítica ante los temas relacionados con el tabaco,
- contribuye a enriquecer y completar la visión de la problemática del tabaco y las demás drogas desde diferentes enfoques,

- acostumbra al alumnado a intervenir y opinar sobre un problema que les afecta personalmente.

Es importante saber que la legislación actual aborda de manera muy concreta el tema de la publicidad y anuncios sobre tabaco. Los objetivos de la publicidad de tabaco son: promover en la juventud el inicio del consumo, mantener e incrementar la adicción de quienes ya fuman y estimular recaídas en las personas abstinentes. Gran parte de los anuncios de tabaco han sido dirigidos a la juventud y muchos transmiten deliberadamente un mensaje para que se interprete de forma errónea.

En España, a partir del 1 de enero de 2006 y en base a la Ley 28/2005 de 26 de diciembre, queda prohibido el patrocinio de los productos del tabaco, así como toda clase de publicidad, y promoción de los citados productos en todos los medios y soportes. Posteriormente también se prohíbe el patrocinio de los equipos participantes en eventos deportivos del motor con efectos transfronterizos. Sin embargo, la publicidad de tabaco no ha desaparecido ni mucho menos de los medios de comunicación. Actualmente se utiliza la estrategia del emplazamiento de producto. Es un recurso publicitario y promocional que consiste en mencionar o mostrar productos o marcas de forma integrada dentro de los contenidos publicitarios difundidos por los medios.

El emplazamiento de producto oculta la naturaleza publicitaria del mensaje al no establecer ninguna advertencia óptica o acústica sobre la misma, privando el derecho a conocer cuando existe interés comercial en los mensajes que reciben. Es decir, sería un tipo de publicidad no directa que puede aparecer en el transcurso de una serie de televisión, una película, etc. Y no hablamos únicamente de la aparición explícita de determinada marca de cigarrillos (no siempre aparece el nombre de la marca en sí, sino que a veces utilizan los colores o signos distintivos del logotipo de la marca, de forma que es reconocido inmediatamente) sino también y sobre todo de personas (generalmente personajes famosos) que aparecen fumando e incluso atribuyendo ciertas cualidades al hecho de fumar. En estos casos, se introduce el cigarrillo como una elemento imprescindible dentro del argumento de series y películas, una seña de identidad que da cierto glamour y estilo a quien lo fuma.

El profesorado puede trabajar estos temas en clase

analizando la posible publicidad encubierta existente tanto en prensa y radio como en cine o televisión. Las técnicas para llevar a cabo dicho propósito pueden consistir en pedir al alumnado que lleve a clase recortes de periódicos o revistas relacionados con el tabaco y su publicidad, o que graben en vídeo muestras del mencionado emplazamiento de producto. El objetivo es analizar en clase, por grupos o individualmente dichos contenidos. El profesorado puede indicar ciertas claves en las que deban fijarse mientras analizan los recortes publicitarios o los vídeos. También pueden utilizarse las técnicas de grupo de discusión, discusión de clase, escritos...

Bibliografía

Ariza C, Nebot M. *La Prevención del Tabaquismo en los Jóvenes: realidades y retos para el futuro*. Adicciones. 2004; 16 Supl 2.

Aronson E. *El Animal Social*. Madrid: Alianza; 1975.

Ayesta FJ, Álvarez S, Benito BM (Eds). *Manual de Tabaquismo para Profesionales Sanitarios*. Ceuta: INGESA; 2006.

Ayesta FJ, Corral LP, Cortijo C, Román J, Jiménez A. *Manual Ibermutuamur: Cómo crear una empresa sin humo*. Madrid: PyCH&Asociados, S.L.; 2004.

Ayesta FJ, Otero M. *El Tabaquismo como Enfermedad Adictiva Crónica*. En Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO (Eds), Manual de Tabaquismo. Madrid: Aula Médica Editorial; 2004.

Ball K. *The role of cigarette smoking in vascular disease*. En: Greenhalg RM (ed): Smoking and arterial desease. Tunbridge Wells. Pitman Medical Pub. 1981; pp. 9 - 16.

Ballagh SA, *Oral Contraceptives and Smoking*. [Online meeting]. Baylor College of Medicine;. [acceso nov. 2006]. Disponible en: http://www.contraceptiononline.org/meetings/smoking/index.cfm?cme_activityid=63&cmepage=cme_info

Bandura A. *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe; 1982.

Barrueco M, Alonso A, Y González-Sarmiento R. *Bases Genéticas del Hábito Tabáquico*. Medicina Clínica. 2005;124(6):223-8.

Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. ERGON; 2003.

Becoña E. *Bases Teóricas que Sustentan los Programas de Prevención de Drogas*. Madrid: Plan Nacional de Drogas;1999.

Becoña E y Vázquez FL. *Tratamiento del Tabaquismo*. Madrid: Dykinson; 1998.

Benito BM. Tratamiento: *herramientas psicológicas*. En Tabaquismo. Barcelona: Permanyer; 2005.

Carmo JT et al. *La Evolución del Concepto de Tabaquismo*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2005; 21(4):999-1005.

Córdoba R, Clemente L, Aller A. *Informe sobre el Tabaquismo Pasivo*. Aten Primaria. 2003; 31(3):181-90.

Cortijo, C. *Características asociadas al consumo de tabaco en la población adolescente de Cantabria*. [Tesis doctoral]. Universidad de Cantabria; 2005.

Cortijo C, Fuentes-Pila JM. *Toxicidad derivada del consumo de tabaco*. Trastornos adictivos. 2004; 6(2): 89-94.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta a Docentes sobre Percepciones, Actitudes y Conductas ante el Consumo de Drogas entre los Escolares y las Actuaciones Preventivas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2001.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta sobre Drogas a Población Escolar*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2001.

Encuesta sobre drogas a la población escolar. Cantabria 2004. Santander: Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2004.

Fernández E, Schiaffino A, Borrás JM. *Epidemiología del Tabaquismo en Europa*. Salud Publica Mex. 2002; 44 supl 1:S11-S19.

Gately I. *La Diva Nicotina. Historia del tabaco*. Barcelona: Ediciones B, S.A.; 2003.

JHA P, Peto R, Zatonski W, Boreham J, Jarvis MJ, López AD. *Social Inequalities in Male Mortality, and in Male Mortality from Smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America*. The Lancet. 2006; 368 (9533): 367-370.

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.

Luengo Martín A. *La Prevención del Consumo de Drogas y la Conducta Antisocial en la Escuela. Análisis y Evaluación de un Programa*. Madrid: Universidad de Santiago de Compostela. Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio del Interior; 1999.

Megías E. *Los Docentes Españoles y la Prevención del Consumo de Drogas*. Madrid: Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción; 1999.

Miller WR, Rollnick S. *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós;1999.

Montes A, *Villalbi JR. The Price of Cigarettes in the European Union. Tob Control*. 2001;10(2):135-136.

Convenio *Marco para el Control del Tabaco. Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, Suiza; 2003.

Organización Panamericana de la Salud. *Por una Juventud sin Tabaco: adquisición de habilidades para una vida saludable*. Publicación Científica y Técnica No. 579; 2001.

Peto R, LÓpez A. *Future Worldwide Health Effects of Current Smoking Patterns*. Koop CE, Pearson CE, Schwartz MR, editors; 2001.

Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000*. Oxford: Oxford University Press; 1993.

Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C, Doll R. Mortality from Smoking Worldwide. Br Med Bull. 1996; Jan;52(1):12-21.

Plan Nacional sobre Drogas. *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Madrid*: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2000.

Plan Nacional sobre Drogas. *Prevención de las Drogodependencias. Análisis y Propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1997.

Prochaska J, Diclemente C. *The Transtheoretical Approach*. New York: Dow Jones; 1984.

Ramström L, Villalbí JR. *Los cigarrillos light no disminuyen los riesgos del fumador*. Rev Clin Esp. 2000; 200: 108.

Salvador J. y col. *Tendencias en la Exposición al Tabaquismo durante la Gestación: Barcelona, 1994-2001*. An Pediatr (Barc). 2004; 60(2):139-41.

Sánchez P. *Los Docentes ante el Consumo de Drogas y las Actuaciones para su Prevención*. Consultoría, Estudios y Gestión de Proyectos.

Smoke Free Partnership. *Levantar la Cortina de Humo. 10 Razones para una Europa sin Humo del Tabaco*. ERSJ Ltd.; 2006.

British Medical Association Board of Science and Education & Tobacco Control Resource Centre. *Smoking and reproductive life. The Impact of Smoking on Sexual, Reproductive and Child Health*. London: British Medical Association; 2004.

The 12th World Conference on Tobacco or Health 2003. *Tobacco Control Country Profiles*. 2ª ed. American Cancer Society, Inc., World Health Organization, and International Union Against Cancer; 2003.

U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.

U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.

U.S. Department of Health and Human Services. *Women and Smoking*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2001.

Villalbí JR, Ariza C. *El Tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención*. CNPT; 1999.

World Health Organization. *Building Blocks for Tobacco Control. A handbook*. Tobacco Free Initiative. Geneva: WHO; 2004.

World Health Organization. *Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Acute Myocardial Infarction and Combined Oral Contraceptives: results of an international multicentre case-control study*. Lancet. 1997 Apr 26;349(9060):1202-9

World Health Organization. *Critical Issues in Global Health. San Francisco*: Jossey-Bass, Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. Geneva: WHO; 2002.

World Health Organization. *Tobacco or Health: A global status report*. Geneva: WHO; 1997.

World Health Organization. *Women and the Tobacco Epidemic. Challenges for the 21st Century*. The World Health Organization in collaboration with the Institute for Global Tobacco Control. Johns Hopkins School of Public Health; 2001.

Direcciones web de interés

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria:
www.saludcantabria.org

Ministerio de Sanidad y Consumo:
www.msc.es

Plan Nacional sobre Drogas:
www.msc.es/pnd

SOCIEDADES CIÉNTIFICAS

- AECC: www.aecc.es

  Asociación Española Contra el Cáncer. Ofrece programas y servicios gratuitos que pueden ayudarle, tanto si es enfermo o familiar, como si quiere conocer algo más sobre el cáncer.

- CNPT: www.cnpt.es

  Página española portavoz del comité que lleva su nombre, en el que se agrupan 24 entidades profesionales interesadas en la prevención y tratamiento del tabaquismo. La página ofrece información institucional, sanitaria, bibliográfica y de enlaces relacionados, además de material didáctico dirigido a médicos y a público general.

- LASDROGAS.INFO: www.lasdrogas.info

  El Instituto para el Estudio de las Adicciones (IEA) desarrolló en 1996 el primera web dedicada a la prevención del consumo de drogas. La página ofrece un apartado de noticias de actualidad renovado diariamente, información sobre novedades legislativas, reportajes monográficos, reseñas de revistas y libros, agenda de eventos y congresos, artículos de opinión, boletines y listas de correo.

- SANAT: www.sanat-tabaquismo.com

  La Sociedad Andaluza para el Abordaje del Tabaquismo agrupa a profesionales y no profesionales que, de una u otra forma, actúan y trabajan en el campo del tabaquismo.

- SEDET: www.sedet.es

  La Sociedad Española de Expertos en Tabaquismo es una sociedad que agrupa a todos los profesionales con interés en el control, la prevención y el tratamiento del tabaquismo.

- SEMERGEN: www.semergen.es

  La Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista está constituida como una Sociedad científica, profesional y reivindicativa que tiene por objeto fundamental la promoción de la Medicina General/de Familia.

- SEMFYC: www.gat-semfyc.com/paginas/inicio.htm

  La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria es una asociación científica médica, sin ánimo de lucro, que vela por el adecuado desarrollo de la Medicina de Familia y Comunitaria en España.

- SEPAR: www.separ.es

  La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica -SEPAR-. La página de esta sociedad cuenta con una sección dedicada al tabaquismo dentro del apartado de grupos de trabajo.

ASOCIACIONES Y ORGANISMOS INTERNACIONALES

- ENYPAT:www.ktl.fi/enypat

  ENYPAT es una red de profesionales que trabajan en el ámbito del control de tabaco en adolescentes, y pretende prevenir el tabaquismo en los jóvenes mediante la colaboración de todas las agencias europeas implicadas.

- Help - Por una vida sin tabaco: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/tobacco_es.htm

- INWAT:www.inwat.org

  The International Network of Women Against Tobacco (INWAT), La Red Internacional de Mujeres contra el Tabaco, es una red con casi 1200 miembros, en 70 países diferentes, que trabaja por la eliminación del consumo de tabaco y de la exposición al aire contaminado de humo de tabaco entre las mujeres.

- OMS: www.who.int

  Portal de la Organización Mundial de la Salud.

- SRNT:www.srnt.org

  Society for Research on Nicotine and Tobacco. Es una sociedad internacional dedicada el estudio de la nicotina y sus efectos. Forman parte de la misma personal con un especial interés en este campo de investigación, con formación específica y, al menos, una publicación reconocida.

- Tobacco Control: http://tc.bmj.com/
- Tobacco Free Kids: http://www.tobaccofreekids.org/
- TobaccoOrg: http://www.tobacco.org
- U.S. Department of Health & Human Services. Office of the Surgeon General.: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/

REVISTAS CIÉNTIFICAS

- Cochrane Library: www.cochrane.es/Castellano/
- Diario Médico: www.diariomedico.com
- El Mundo Salud: www.elmundo.es/elmundosalud/tabaco/index.html
- Gaceta Sanitaria: http://db.doyma.es/
- The Journal of the American Medical Association: http://jama.ama-assn.org/
- The Lancet: www.thelancet.com/

- Tobacoo Facts:www.tobaccofacts.org Es la revista Web del ministerio de Salud de British Columbia (Canadá), con mucho material dirigido a los jóvenes y a los educadores que desean preparar a sus estudiantes acerca de los peligros del tabaco, y una guía para los padres.

Anexo 1:

Programas de prevención escolar en Cantabria

EN LA HUERTA CON MIS AMIGOS

OBJETIVOS

- Contribuir al desarrollo de las relaciones interpersonales de las niñas y los niños, a partir del trabajo sobre situaciones de la vida cotidiana.
- Contribuir a la maduración psico-afectiva, la adquisición de hábitos básicos de salud y bienestar y al inicio de un trabajo preventivo sobre el abuso de drogas.

POBLACIÓN:

- Alumnado de 5 a 9 años

SOPORTES DIDÁCTICOS:

- **Libro de cuentos:**
  Consta de 18 cuentos cuyos personajes son hortalizas con problemas personales que exigen solución.
- **Guía para el profesorado:**
  Esta guía didáctica pretende servir de orientación. Para cada cuento se presenta un plan de trabajo que contiene: el tema, objetivos, orientaciones, preguntas, dos o tres actividades para el aula y una actividad para hacer en casa.

PREVENIR PARA VIVIR

OBJETIVOS

- Reducir el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.
- Retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.
- Desarrollar la prevención del consumo de drogas en el alumnado mediante la promoción de las capacidades afectivas, intelectuales y sociales.

POBLACIÓN:

- Alumnado de Educación Infantil, Primaria y Secundaria

SOPORTES DIDÁCTICOS:

- **Guía para el profesorado**
  Descripción del programa y fundamentación
- **Cuaderno para el alumnado**
  Existe uno para cada alumno de los distintos cursos. Contienen las fichas para llevar a cabo en el aula

CONCURSO ESCOLAR "EL SECRETO DE LA BUENA VIDA"

OBJETIVOS

- Difundir entre los escolares mensajes preventivos.
- Difundir un material lúdico y educativo, como complemento a las intervenciones preventivas desarrolladas en el aula.
- Sensibilizar al profesorado sobre la importancia de la prevención escolar y sus posiblidades de actuación.
- Dar a conocer entre el profesorado los programas de prevención escolar ofertados por el Plan Regional sobre Drogas.

POBLACIÓN:

- Alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

SOPORTES DIDÁCTICOS:

- Agenda para el profesorado, en la que se incluye información sobre drogas, actividades preventivas que puede desarrollar en el aula con los alumnos y un catálogo de programas de prevención escolar desarrollados en la Comunidad Autónoma.
- Agenda escolar para el alumnado en la que se incluyen contenidos informativos sobre drogas y un CD-Rom con el juego El Secreto de la Buena Vida

CONCURSO ESCOLAR "CLASE SIN HUMO"

OBJETIVOS

- Retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco en la adolescencia
- Promover el abandono del tabaco de los adolescentes que han experimentado con él para evitar que se conviertan en fumadores habituales
- Potenciar la autoeficacia y habilidades de los escolares para mantenerse como no fumadores

POBLACIÓN:

- Alumnado de 1º y 2º de ESO

SOPORTES DIDÁCTICOS:

- Los centros interesados deben rellenar el formulario de inscripción
- La participación es por clase completa junto con un profesor
- Los alumnos firman un compromiso de clase y compromiso del alumno. Este compromiso implica: Mantenerse sin fumar desde el 1 de diciembre del 2004 al 30 de abril del 2005 y elaborar un eslogan sobre la prevención del tabaquismo que los identifique como grupo
- Las clases que cumplan los requisitos optarán a un premio al mejor eslogan y a un segundo premio por sorteo.

¡ÓRDAGO!

OBJETIVOS

- Que el alumnado disponga de la información, las actitudes, los valores y las habilidades necesarias para decidir de manera razonada y autónoma ante la oferta de drogas

POBLACIÓN:

- Alumnado de los cuatro cursos de la E.S.O.

SOPORTES DIDÁCTICOS:

- **Cuaderno para el profesorado:**
  Un manual para el profesorado para cada uno de los cuatro niveles de la ESO.
- **Cuaderno para el alumnado:**
  Un cuaderno de ejercicios para cada uno de los niveles de la E.S.O.

EL CINE EN LA ENSEÑANZA

OBJETIVOS

- Contribuir al desarrollo y consolidación de la capacidad del alumnado para identificar y resistir de manera positiva y firme la presión y las influencias que, en el consumo de sustancias, puedan provenir de los iguales, de la familia, de otras personas adultas, de los estilos de vida y de los medios de comunicación, así como valorar aquellas relaciones e influencias encaminadas a su crecimiento y pleno desarrollo personal.

POBLACIÓN:

- Alumnado con edades comprendidas entre 15 y 18 años.

SOPORTES DIDÁCTICOS:

- **El cine:**

  El visionado de cinco películas a lo largo del curso escolar, es el punto de partida motivador para pasar a la siguiente fase en la que el trabajo ha de llevarse a cabo en el aula

- **Unidades didácticas:**

  Constituyen el material de trabajo básico que, tras el visionado de las películas, se entrega a profesores y alumnado para el posterior trabajo en clase.

¿DE QUÉ VAN LAS DROGAS? ¿DE QUÉ VAN LOS JÓVENES?

OBJETIVOS

- Reforzar el compromiso del mundo educativo con la prevención de los usos inadecuados de alcohol y otras drogas.
- Favorecer el proceso de reflexión y debate entre adolescentes y jóvenes susceptibles de propiciar la adopción de decisiones positivas ante las drogas.
- Promover actitudes de desinterés hacia el recursos sistemático de las drogas en la organización y vivencia del tiempo libre

POBLACIÓN:

- Alumnado con edades comprendidas entre 15 y 18 años.

SOPORTES DIDÁCTICOS:

- **La exposicón**

  Consta de 20 paneles en los que se analizan diferentes aspectos del consumo de drogas juvenil: las creencias, los riesgos, las motivaciones y los estilos de vida alternativos

- **Guía para el debate**

  Proporciona elementos para conducir reflexiones y debates sobre los siguientes tópicos: los jóvenes vistos por los jóvenes, mitos y realidades sobre las drogas, riesgos a considerar, tiempo de ocio, emitir nuestra opinión.

Y TÚ, ¿QUÉ PIENSAS?

OBJETIVOS

- Informar sobre datos, planteamientos e ideas acerca de temas de importancia y relevancia en la vida de los jóvenes para que puedan situarse de forma más efectiva ante ellos.
- Provocar y facilitar el uso del debate, el diálogo, la discusión y el intercambio de ideas como forma de acceder a conclusiones individuales enriquecidas y optimizadas por la presencia de otras personas y por la fuerza del grupo

POBLACIÓN:

- Alumnado de 16 a 18 años

SOPORTES DIDÁCTICOS:

- **Pack:**

  Comprende siete dossieres para los alumnos, cada dossier contiene ideas y datos acerca de un tema central. Los temas tratados son: tiempo libre, publicidad y moda, la vida en grupo, jóvenes y adultos, relaciones personales, los jóvenes y el mundo, y de marcha.

- **Guía para el profesorado:**

  Tiene como objetivo ayudar y orientar sobre el uso de los materiales informativos y de trabajo, facilitando a los educadores la presentación del tema, la dinamización de los grupos y la animación y participación.

GOBIERNO
de
CANTABRIA
CONSEJERÍA DE SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA